

"Nostro Discere"

No. 4 2016 -1

Notas de
actualidad

Comité Editorial

El comité editorial del Boletín "Nostro Discere" está conformado por Docentes y Estudiantes de la Facultad de Enfermería de la FUCS, quienes retroalimentarán a los autores sobre sus escritos, privilegiando la interlocución para la formación.

Docentes

Nathaly Rivera Romero

Coordinadora Boletín. Enfermera, Mg. en Salud Mental, Coordinadora de Salud Mental Facultad de Enfermería FUCS.

Alexandra Castiblanco Montañez

Enfermera, Candidata a Mg. en Salud Pública. Instructora asistente. Grupo de Investigación Facultad de Enfermería FUCS

Ana Julia Carrillo Algarra

Enfermera, Mg. en Administración en Salud. Coordinadora de Convenios Docencia-Servicio. Coordinadora de Investigación Facultad de Enfermería FUCS

Juan David Montenegro

Enfermero, Est. Maestría en Enfermería, Docente Facultad de Enfermería FUCS

Estudiantes

David Santiago García Hernández

Estudiante auxiliar de edición miembro del Semillero de Investigación RCUAE.

Semillero de Investigación RCUAE

Boletín Nostro Discere 4ta. Edición
Junio de 2016.

Bogotá D.C., Colombia
Periodicidad: Semestral
Editora: Nathaly Rivera

Contenido

- 3** **Editorial**
La evaluación una herramienta de aprendizaje
Carmen Adriana Escobar Orozco
Enfermera Especialista en Cuidado Intensivo, FUCS.
Especialización en Edumatica, Universidad Autónoma de Colombia.
Maestría en Currículo y Evaluación Educativa, Santiago de Chile,
Universidad Aconcagua de Chile.
Especialización en Gerencia Educativa, Universidad de la Sabana
- 5** **Investigaciones en Salud**
La desensibilización - opciones para eliminar la reacción alérgica a la penicilina
Gloria Paulina Pulido Acuña
Enfermera, profesora titular, FUCS
Patricia de las Mercedes Vásquez Sepúlveda
Enfermera, profesora asistente, FUCS
Alejandro Martínez Celis
Andrés Felipe Pinzón Ramírez
Estudiantes de Enfermería - FUCS
- 10** **Semilleros de Investigación**
Caso clínico basado en la evidencia
Estoy polimedicada ¿Cómo puedo optimizar la toma de mis medicamentos en casa?
Andry Yuliana Arenas Osorio
Michael Efraín Yustres Osso
Estudiante de Enfermería V Semestre - FUCS Miembros semillero RCUAE - Facultad de Enfermería.
- 12** **Actualidad**
Factores de riesgo para enfermedad renal crónica. Día mundial del riñón, 14 de marzo de 2013.
- 17** **Convocatorias y Eventos**
David Santiago García Hernández
Estudiante de Enfermería VII Semestre - FUCS
Miembro del semillero de investigación RCUAE - FUCS
- 18** **Otros Apuntes**
Narrativa: Mi Vida, Mi Historia, Mi Hijo
Diego Fernando Moreno Leguizamón
Estudiante de Enfermería VII Semestre - FUCS

Editorial

La evaluación una herramienta de aprendizaje

La educación en el siglo XXI se enfrenta a los desafíos que demanda la sociedad de la informática, asumir estos retos requiere de docentes que reflexionen frente a sus prácticas con innovación e ingenio lo que permitirá mejorarlas y/o adaptarlas a las nuevas necesidades. El cambio en el paradigma educativo ha centrado su objeto en diferentes teorías que estudian las formas de aprender a aprender, lograr aprendizaje significativo y per duradero en el tiempo.

Los docentes tienen la responsabilidad de propender por que la transformación en la educación se dirija a formar recurso humano calificado que dé respuesta a estas nuevas necesidades de la sociedad, fortaleciendo la pedagogía, la didáctica y la evaluación. Los docentes que asumen este desafío deben acudir a la investigación como herramienta dinamizadora de sus procesos, en esta oportunidad se abordará el tema de la evaluación como estrategia en esta transformación.

La evaluación ha evolucionado de ser la asignación de un nota a los resultados de un proceso académico para convertirse en una herramienta pedagógica para el aprendizaje, que permite valorar el logro de competencias alcanzadas en el transcurso de los proceso de formación, ofrece información relevante sobre los procesos de enseñanza – aprendizaje no solo para el estudiante, sino para el docente y la institución, en tanto que el estudiante reconoce aspectos a fortalecer durante el proceso de aprendizaje, por su parte el docente retroalimenta al estudiante, explora nuevos métodos y didáctica en el aula, y la institución establece de manera objetiva los procesos y planes de mejoramiento con el análisis de esta.

De aquí que se deba reflexionar frente a este proceso en cuanto a que los resultados de la evaluación sean relevantes y confiables, lo que hace necesario asegurar que se realice con la mayor objetividad y validez (1) al mismo tiempo que contemple los aspectos éticos, ya que esta tiene impacto directo en los procesos de desarrollo del individuo, auto imagen y puede reforzar sentimientos de fracaso en el evaluado (2)

Por otra parte el programa de pregrado de Enfermería de la Fundación Universitaria Ciencias de la salud ha establecido un currículo por competencias del cual la evaluación es pilar fundamental para asegurar en qué medida estas son alcanzadas por el estudiante. Establecer la evaluación al tiempo que se planean las competencias y los contenidos permite que esta se convierta en una herramienta de aprendizaje, en tanto que le permite al

estudiante conocer sobre qué aspectos será evaluado, que se espera que logre al finalizar un proceso de formación y cuáles son sus oportunidades de mejoramiento.

Los instrumentos de evaluación recomendadas para evaluar competencias son las escalas por criterios, listas de chequeo, baremos o rubrica (1) en estas se definen los criterios de logro para cada competencia, se asigna una puntuación a cada uno de acuerdo a un nivel de cumplimiento y es así como el estudiante conoce que aspectos debe alcanzar y en qué nivel para ser promovido.

Es así como el programa de enfermería de pregrado se encuentra trabajando por fortalecer los procesos de evaluación que conduzcan a mejorar la práctica pedagógica.

Carmen Adriana Escobar Orozco

Enfermera Especialista en Cuidado Intensivo, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Especialización en Edumatica, Universidad Autónoma de Colombia. Maestría en Currículo y Evaluación Educativa, Santiago de Chile, Universidad Aconcagua de Chile. Especialización en Gerencia Educativa, Universidad de la Sabana

Bibliografía

1. Allen - Tanner, D. A. (2006 Fall; 5(3): 197–203.). CBE life Sciences Education ., de Rubrics: Tools for Making Learning Goals and Evaluation Criteria Explicit for Both Teachers and Learners: Recuperado el 2 de agosto de 2016 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1618692/>
2. Fernández A, M. (s.f.). La Evaluación de los aprendizajes en la Universidad: Nuevos Enfoques. Instituto de Ciencias de la Educación Universidad Politécnica de Valencia: Recuperado el 1 de agosto de 2016 http://red-u.net/redu/documentos/vol8_n1_completo.pdf
3. Ministerio de Educación Nacional. (2008). Documento La Evaluación del Aprendizaje, Diálogo Nacional sobre la Evaluación del aprendizaje en el aula., de Plan Decenal en Acción, Evaluación del Aprendizaje y Calidad de la Educación: Recuperado el 2 de agosto de 2016 http://www.educarvirtual.com.co/UTILS/DOCUMENTOS_LEGALES/Guias/Evaluacion_del_Aprendizaje_Aspectos_Pedagogicos.pdf
4. Figuerias, S. C. (2004). Educación, Aprendizaje y cognición Teoría en la práctica. México: Manual Moderno.
5. García, J. M. (1989). Bases Pedagógicas de la Evaluación. Madrid: Síntesis
6. Castillo - Cabrerizo, A. S. (2007). Evaluación Educativa de aprendizajes y Competencias. España: Pearson

Investigaciones en Salud

La desensibilización - opciones para eliminar la reacción alérgica a la penicilina

Gloria Paulina Pulido Acuña*

Patricia de las Mercedes Vásquez Sepúlveda**

Alejandro Martínez Celis***

Andrés Felipe Pinzón Ramírez****

* Enfermera, profesora titular, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, gppulido@fucsalud.edu.co.

** Enfermera, profesora asistente, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, pmvasquez@fucsalud.edu.co

***Estudiante, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, afpinzon@fucsalud.edu.co

****Estudiante, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, gamartinez@fucsalud.edu.co

Resumen

Las mujeres con sífilis gestacional con prueba de sensibilidad cutánea positiva a la penicilina, pueden ser desensibilizadas por vía oral o intravenosa. Se siguió la estructura y secuencia recomendada para la resolución de dudas clínicas con la metodología de Enfermería Basada en la Evidencia – EBE. La búsqueda de artículos se hizo en bases de datos que tuvieran libre acceso, sin ninguna restricción en el idioma y tiempo. Se realizó valoración crítica de la literatura a través del instrumento de Evaluación de Guías de Práctica Clínica (AGREE II) y de las plantillas CASPE, de acuerdo con el tipo de estudio. Se concluye que la desensibilización a la penicilina en mujeres alérgicas, es una posibilidad para tratar la sífilis gestacional aunque el procedimiento puede realizarse por vía oral o intravenosa, la mejor forma de manejo es por vía oral. Los profesionales de la salud desconocen las guías o protocolos para llevar a cabo la desensibilización.

Palabras clave: sensibilización, penicilina, desensibilización

Introducción

El único tratamiento eficaz contra la neurosífilis, sífilis gestacional o sífilis congénita, es la penicilina benzatínica, las gestantes que tienen prueba cutánea positiva a la penicilina, pueden ser desensibilizadas antes de recibir este tratamiento ⁽¹⁾, este es un procedimiento que puede ser realizado por vía oral o intravenosa ⁽²⁾.

La alergia a la penicilina se produce cuando el sistema inmune responde a alguno de sus componentes como si fueran sustancias nocivas, haciendo que ciertas células produzcan inmunoglobulina E (IgE) para luchar contra el alérgeno y así producir reacciones inmediatas, tempranas y tardías, que van desde reacciones leves como la urticaria, angioedema y sibilancias, hasta graves como el shock anafiláctico ⁽³⁻⁵⁾. El no tratamiento puede desencadenar sífilis congénita, que da como resultado prematuridad, recién nacidos de bajo peso, y otras veces produce abortos y mortinatos, también puede producir la neurosífilis en la gestante.

Problema planteado

Situación clínica: Gestante con sífilis gestacional que requiere tres dosis de penicilina benzatínica 2.400.000 U, una cada semana por tres semanas, al realizarle la prueba de sensibilidad resulta positiva, motivo por el cual es hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos para la desensibilización; se indaga al personal médico y de enfermería sobre el protocolo institucional seguido para dar respuesta a esta necesidad, pero ninguno refirió guiarse por alguno en específico porque la institución no dispone de él, basándose en que estas son situaciones excepcionales. La desensibilización es prescrita por vía intravenosa por el médico intensivista y administrada en conjunto con la enfermera del servicio de la unidad de cuidado intensivo, bajo la monitorización permanente de los signos vitales de la gestante. La dosis administrada total fue de 111.120 U de penicilina G, en cuatro horas. Después de seis horas se inicia la primera dosis de penicilina, sin presentar ninguna reacción adversa.



Se puede concluir que los profesionales que están realizando estos procedimientos no tienen la fundamentación que los respalde, situación que motiva a buscar la mejor evidencia en esta práctica y responder a la pregunta: ¿Cuál es la forma en que se debe hacer la desensibilización a la penicilina?

Preguntas susceptibles de respuesta

¿Cuán indispensable es la desensibilización a la penicilina en mujeres gestantes?

¿Cuál es la mejor vía para la desensibilización a la penicilina?

¿Cómo es el proceso de desensibilización para la penicilina según la vía de administración?

¿Cuáles son las condiciones operativas recomendadas que se deben tener para hacer la desensibilización a la penicilina?

¿Cuáles son las intervenciones de enfermería que se deben planear para el proceso de desensibilización a la penicilina?

Estrategia de búsqueda bibliográfica

Como metodología se siguió la estructura y secuencia recomendada para la resolución de dudas clínicas con la metodología de Enfermería Basada en la Evidencia EBE.

Se realizó la búsqueda bibliográfica en las bases de datos, CLINICAL KEY, PUBMED y NURSING OVID, se utilizaron palabras clave "Sensitization, Penicillin, Desensitization" y la combinación del operador booleano AND. Los límites de búsqueda fueron artículos que tuvieran libre acceso y no se establecieron límites ni en el idioma y tiempo. Se buscaron evidencias como: meta-análisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios de cohortes, estudios de casos y controles, guías y protocolos de práctica clínica. Se realizó valoración crítica de la literatura a través del instrumento de Evaluación de Guías de Práctica Clínica (AGREE II) y de las plantillas CASPE, de acuerdo al tipo de estudio.

Resultados

Como resultado de la búsqueda se seleccionó la "Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita, Colombia, 2014", como respuesta a la duda clínica planteada y el artículo Desensitization in patients with beta-lactam drug allergy⁽⁷⁾.

Conclusión clínica y respuestas a las preguntas

¿Cuán indispensable es la desensibilización a la penicilina en mujeres gestantes?

Las mujeres gestantes que presentan sífilis requieren ser tratadas con penicilina para evitar la transmisión de sífilis al feto. Según la GPC, no hay evidencia para el uso de otros medicamentos como los macrólidos (azitromicina, claritromicina y eritromicina) para tratar la sífilis gestacional porque no atraviesan la barrera placentaria por tanto no previenen la sífilis congénita⁽¹⁾.²⁾ por lo que se puede concluir que

es indispensable la desensibilización debido a que la penicilina es el único medicamento que presenta respuesta para el tratamiento de la sífilis

¿Cuál es la mejor vía para la desensibilización a la penicilina?

La mejor opción para tratar la sífilis congénita y gestacional en gestantes alérgicas a la penicilina es la desensibilización por vía oral.⁽¹⁾

¿Cómo es el proceso de desensibilización para la penicilina?

De acuerdo con la vía de administración se puede administrar así:

Tabla 1. Protocolo de Desensibilización Oral de la penicilina

Solución	Cómo prepararla	Número de dosis	U/ml	VL(ml)	Unidades	Dosis acumulada	
1	1 cc de penicilina V potásica (80.000U)+79ml de agua	1	1.000	0.1	100	100	
		2	1000	0.2	200	300	
		3	1000	0.4	400	700	
		4	1000	0.8	800	1.500	
		5	1000	1.6	1.600	3.100	
		6	1000	3.2	3.200	6.300	
		7	1000	6.4	6.400	12.700	
2	2cc de penicilina V potásica (160.000U)+14ml de agua	8	10.000	1.2	12.000	24.700	
		9	10.000	2.5	24.000	48.700	
		10	10.000	4.8	48.000	96.700	
3	Solución comercial de 80.000 U/ml sin diluir	11	80.000	1.0	80.000	176.700	
		12	80000 U/ml sin diluir	80.000	2.0	160.000	336.700
		13	80.000	4.0	320.000	656.700	
		14	80.000	8.0	640.000	1.296.700	

1. Por vía oral el proceso de desensibilización se realiza de la siguiente manera:

El tratamiento se debe realizar "con una solución de Penicilina V potásica, suspensión oral de 250 mg por 5 cc, equivalente a cuatrocientas mil unidades (400.000 U); es decir, 80.000 U por centímetro cúbico. Se deben administrar 14 dosis, una dosis cada 15 minutos, en un tiempo total de 3 horas y 45 minutos, para una dosis acumulada de un millón doscientas noventa y seis mil setecientas unidades (1.296.700 U)." ⁽¹⁾ tabla 1.

2. Por vía intravenosa, iniciando la administración con 16 unidades (16 U), se dobla cada 15 minutos, llegando a una concentración máxima acumulada que está dentro del rango de 1.023.472 U y 1.304.820 U, con un número de dosis que oscila entre 16 y 17, según se muestra en las tablas 2, 3 y 4.

Fuente: Ministerio de salud Colombia; guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita. Colombia, 2014.

Tabla 2. Protocolo de desensibilización en revisión de pacientes

Dosis No.	Cantidad dada	Dosis acumulada
	mg/U	mg/U
1	0.01/16	0.01/16
2	0.02/32	0.03/48
3	0.04/64	0.07/112
4	0.08/128	0.15/240
5	0.16/256	0.31/496
6	0.32/512	0.63/1008
7	0.64/1.024	1.27/2032
8	1.2/1.920	2.47/3.952
9	2.4/3.840	4.87/7.792
10	4.8/7.680	9.67/15.472
11	10/16.000	19.67/31.472
12	20/32.000	39.67/63.472
13	40/64.000	79.67/127.472
14	80/128.000	159.67/255.472
15	160/256.000	319.67/511.472
16	320/512.000	639.67/1.023.472

Fuente: Allergología et immunopathologia. Desensitization in patients with beta-lactam drug allergy 2012. Pág. 299.

Tabla 3. Protocolo de desensibilización parenteral con penicilina

Dosis 7-15min	Concentración de betalactámico (mg/ml)	Concentración de penicilina G (U/ml)	Volumen (ml)	Dosis (mg/U)	Dosis acumulativa (unidades)
1	0.1	160	0.1	0.01/16	16
2			0.2	0.02/32	48
3			0.4	0.04/64	112
4			0.8	0.08/128	140
5	1	1.600	0.15	0.15/240	380
6			0.30	0.30/480	860
7			0.60	0.60/960	1.820
8			1	1/1.600	3.420
9	10	16.000	0.20	2/3.200	6.620
10			0.40	4/6.400	13.020
11			0.80	8/12.800	25.820
12	100	160.000	0.15	15/24.000	49.820
13			0.30	30/48.000	98.920
14			0.60	60/96.000	194.820
15			1	100/160.000	354.820
16	1.000	1.600.000	0.20	200/320.000	674.820
17			0.40	400/640.000	1.304.820

Fuente: Recomendaciones de tratamiento antimicrobiano en pacientes alérgicos a antibióticos betalactámicos. Rev Esp Quimioter 2008;21(1):60-82. Disponible en: <http://seq.es/seq/pdf/consensos/betalactamicos.pdf>

Tabla 4. Protocolo de desensibilización intravenosa con antibióticos betalactámicos

Dosis No.	Betalactámico	Penicilina G	Cantidad dada	Dosis dada
	conc. mg/mL	U/mL	mL	mg/U
1	0.1	160	0.10	0.01/16
2			0.20	0.02/32
3			0.40	0.04/64
4			0.80	0.08/128
5	1	1600	0.15	0.15/240
6			0.30	0.30/480
7			0.60	0.60/980
8			1.00	1.000/1.600
9	10	16.000	0.20	2.0/3.200
10			0.40	4.0/6.400
11			0.80	8.0/12.800
12	100	160.000	0.15	15.0/24.000
13			0.30	30.0/48.000
14			0.60	60.0/96.000
15			1.00	100.0/160.000
16	1000	1.600.000	0.20	200.0/320.000
17			0.40	400.0/640.000
				/1280.000

Fuente: Revista de inmunología, disponible en: <http://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/alergia/vol-112/alergia11202-alergia1/>

¿Cuáles son las condiciones operativas recomendadas que se deben tener para hacer la desensibilización a la penicilina?

“El protocolo de desensibilización debe hacerse en una institución prestadora de los servicios de salud o empresa social del estado que cuente con equipo básico para reanimación cardio-cerebro-pulmonar (RCP)”, previa firma del consentimiento informado ⁽¹⁾ ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾. Se recomienda espirometría, electrocardiograma antes de iniciar el protocolo y monitoreo electrocardiográfico continuo. De manera preventiva no se recomiendan el uso de los corticoesteroides o antihistamínicos, porque no son efectivos y pueden enmascarar algunas manifestaciones de la alergia. Un médico debe vigilar permanentemente el procedimiento ⁽⁷⁾. La administración de la desensibilización debe ser realizada por enfermeras de cuidado crítico ⁽⁶⁾.

¿Cuáles son las intervenciones de enfermería que se deben planear para el proceso de desensibilización a la penicilina?

Para una paciente con diagnóstico NANDA: “Riesgo de lesión o riesgo de shock relacionado con la **desensibilización a la penicilina**”, la taxonomía NIC propone: manejo de la alergia, código 6410 y especifica las siguientes actividades, modificadas para la pertinencia de la situación:

- Indagar sobre la historia de alergias de la paciente y su familia, registrarlas en la historia clínica y realizar la prueba de sensibilidad previo consentimiento informado de acuerdo con el protocolo.
- Identificar la alergia a la penicilina y posibles reacciones.
- Colocar identificadores de riesgo, según corresponda.

Otras intervenciones recomendadas son:

- Disponer de acceso venoso según protocolo institucional ⁽⁷⁾.
- Las dosis a administrar deben ser diluidas en 50 cc de solución salina normal ⁽⁶⁾.
- Para iniciar el protocolo de desensibilización intravenosa (IV), se debe iniciar en forma lenta y si no se presentan síntomas leves se puede aumentar la velocidad de infusión; si estos se presentan durante, se suspenderá mientras son tratados los síntomas ⁽⁷⁾.
- Monitorizar y registrar los signos vitales antes y después de cada dosis ⁽⁷⁾.
- Al finalizar el esquema de la desensibilización, se recomienda la observación por una hora para la administración de la dosis terapéutica ⁽⁸⁾.

Finalmente, los profesionales de enfermería de enfermería deben seguir las recomendaciones de la GPC 2014, y utilizar la desensibilización oral a la penicilina en mujeres gestantes con sífilis gestacional con prueba de sensibilidad positiva, por ser más económica, segura y fácil de realizar.

Bibliografía

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia para Atención Integral de la Sífilis Gestacional y Congénita. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014. p. 126.
2. Casas P R, Rodríguez M, Rivas J. Sífilis y embarazo: ¿cómo diagnosticar y tratar oportunamente? Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2009;60(1):49-546.
3. Guzmán M MA, Salinas L J, Toche P P, Afani S A. Alergia a β lactámicos. Revista Chilena de infectología. 2004;21(4):285-98.
4. Ministerio de la Protección Social. Guía de atención de la sífilis congénita. Colombia: Ministerio de la Protección Social; 2000. p. 22.
5. Barberán J, Mensa J, Fariñas C, Llinares P, Olaechea P, Palomar M, et al. Recomendaciones de tratamiento antimicrobiano en pacientes alérgicos a antibióticos beta lactámicos. Revista Española de Quimioterapia. 2008;21(1):60-82.
6. Yusin JS, Klaustermeyer W, Simmons CW, Baum M. Allergologia et immunopathologia. ELSEVIER DOYMA. 2012;21(5):298-303.
7. Manejo de pacientes alérgicos a la penicilina; 11(2). Available from: <http://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/alergia/vol-112/alergia11202-alergia1/>.
8. Public Health Agency of Canada. Gestión y tratamiento de infecciones específicas. Public Health Agency of Canada,; Canada; 2014. p. 16.

Semilleros de investigación

Caso clínico basado en la evidencia Estoy polimedicada ¿Cómo puedo optimizar la toma de mis medicamentos en casa?

Andry Yuliana Arenas Osorio. Michael Efraín Yustres Osso.
Fundación Universitaria ciencias de la salud. V semestre. Miembros semillero RCUAE – Facultad de Enfermería.



Descripción de la duda clínica

Durante la práctica clínica con pacientes en terapia de hemodiálisis en la unidad renal se evidencia la presencia de pacientes con múltiples patologías crónicas y por lo tanto polimedicados que además son de difícil seguimiento y monitorización una vez egresan de la institución.

- ü Práctica habitual: Recomendaciones posingreso; seguimiento en la consulta de control
- ü Situación de la paciente: mujer de 59 años con falla renal, padece LES hace 14 años, hipertensión, fracción de eyección baja, paro cardíaco en 2012 y síndrome convulsivo. Tiene prescritos 14 medicamentos.
- ü Problema planteado: se detecta que los pacientes polimedicados refieren dudas acerca de la interacción de los medicamentos y como optimizar la toma de sus medicamentos.

Pregunta clínica

¿Qué estrategias permiten mejorar la adherencia y la toma adecuada de los medicamentos en casa?

Estrategia de búsqueda bibliográfica

Se realizó una búsqueda en Google académico utilizando descriptores como: adherencia, polimedicados y autogestión de la medicación. Y se seleccionan cuatro estudios recientes que permiten dar una respuesta rápida y efectiva a la duda clínica expresada por la paciente.

Consideraciones éticas

Se tuvieron en cuenta los aspectos éticos relacionados con: derechos de autor y propiedad intelectual.

Resultados

Los estudios seleccionados ⁽¹⁻⁴⁾ demuestran que la utilización de aplicaciones móviles puede ser altamente efectiva para mejorar la adherencia y la toma adecuada de los medicamentos en pacientes polimedicados, ya que son ampliamente aceptadas, permiten mayor interacción y comunicación entre el equipo de salud y el paciente; funcionalidad, usabilidad; a través de los sistemas de recordatorios y alarmas permite asistir al usuario para cumplir su pauta de medicación.

Conclusión clínica y respuesta a la pregunta

Las aplicaciones móviles son una estrategia efectiva y accesible para ayudar a pacientes polimedicados a mejorar su adherencia al tratamiento. Sería pertinente que los profesionales de la salud conozcan el beneficio de estas herramientas para mejorar la atención a las personas fuera de la práctica habitual.

Bibliografía

1. Lapuente –Pinilla, E. implementación y evaluación de la usabilidad de una aplicación para sistemas android de cumplimiento de pauta de medicación en pacientes con enfermedades crónicas. Trabajo fin de máster universitario en rehabilitación visual. Universidad de Valladolid. Septiembre 2013. Disponible en : <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/4452/6/TFM-%20M%2052.PDF>
2. Escobar - P & Del Fresno, E. Plataformas telemédicas de bajo costo y alto impacto basadas en telefonía móvil. Trabajo en colaboración por INTELYMEC, Dpto. Electrónica, Facultad de Ingeniería, Universidad Nacional del Centro & PLADEMA-ISISTAN, Facultad de Ciencias Exactas, Universidad Nacional del Centro. Argentina. Disponible en: <http://www.bioingenieria.edu.ar/grupos/geic/biblioteca/archivos/Trabypres/T08EPAr18.pdf>
3. Burgos –Rodas & Echeverry- Aguirre, E. Estado del arte del uso de aplicaciones en dispositivos móviles en el área de la telemedicina. Trabajo de grado universitario para optar al título de Ingenieros de Sistemas y Computación. Universidad tecnológica de Pereira. 2012. Disponible en: <http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/11059/2740/1/0053B957.pdf>
4. Martínez – Rasec, E. Desarrollo de un prototipo de pastillero electrónico, para organizar el consumo de medicamentos de uso oral sólidos y otras actividades diarias, con brazaletes inalámbrico para notificar la toma de las pastillas y realización de las actividades. Trabajo de proyecto de grado universitario en Ingeniería electrónica. Universidad Nueva Esparta. Caracas, Venezuela. Septiembre 2011. Disponible en: <http://miunespace.une.edu.ve/jspui/bitstream/123456789/650/1/TG%204640.pdf>

Actualidad

Factores de riesgo para enfermedad renal crónica. Día mundial del riñón, 14 de marzo de 2013

Ligia Garzón Morales*, Katya Anyud Corredor Pardo**, Yolanda Vallejo Pazmiño***, Nidia Johanna Leguizamón Ospina****, Johana Aguilera González,****

*Enfermera. Especialista en Auditoría en Salud. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. posgrados.enfermeria@fucsad.edu.co.

**Enfermera. Magister Universidad Nacional de Colombia.

***Enfermera. Especialista en Enfermería en Urgencias. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

****Estudiante de la Especialización en Enfermería Nefrológica y Urológica. Facultad de Enfermería

Trabajo presentado en el XIV Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, que se realizó del 7 al 10 de septiembre de 2014, en la ciudad de Cartagena de Indias, Colombia.

Nombre del póster que se presentó: FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA. DÍA MUNDIAL DEL RINÓN. MARZO 14 DE 2013. BOGOTÁ, COLOMBIA

Resumen

La enfermedad renal crónica se ha convertido en un problema importante de salud pública a nivel mundial. La prevalencia de la enfermedad renal en Colombia está en aumento. El presente estudio se basa en las directrices dadas por la Sociedad Internacional de Nefrología para la celebración del Día Mundial del Riñón, con el objeto de enviar un mensaje al público, entes gubernamentales en salud, profesionales del área de la salud, pacientes y sus familiares, con respecto a que la enfermedad renal crónica es común, es nociva y es tratable.

Objetivo: describir la frecuencia de factores de riesgo para enfermedad renal crónica en la población general.
Método: estudio descriptivo de corte transversal. El análisis estadístico se realizó con el programa STATA 11®.

Resultados: participaron en el estudio 528 personas (61.2% mujeres), con edad promedio de 48 años. Antecedente familiar de hipertensión arterial se encontró en 29.9%, de diabetes en 15.3% y de enfermedad cardiovascular en 2.3% de los participantes. Antecedentes personales de ingesta de alcohol y de consumo de cigarrillo en el 29.2% y

el 19.5% respectivamente. La tensión arterial promedio fue 114/70 mm Hg. Se encontraron valores compatibles con prehipertensión en el 34.4% y con hipertensión arterial (tensión arterial $\geq 140/90$ mm Hg) en el 10.6% de la población a estudio. Un IMC ≥ 25 kg/m² se encontró en 47.8%.

Conclusiones: los factores de riesgo más frecuentes para enfermedad renal crónica fueron edad ≥ 50 años e IMC ≥ 25 kg/m²; sin embargo otros factores de riesgo, tales como, hipertensión arterial, uso de cigarrillo y alcohol también fueron relativamente frecuentes.

Palabras clave: Día mundial del riñón, enfermedad renal crónica, factores de riesgo, diabetes mellitus, hipertensión arterial, índice de masa corporal.

Abstract

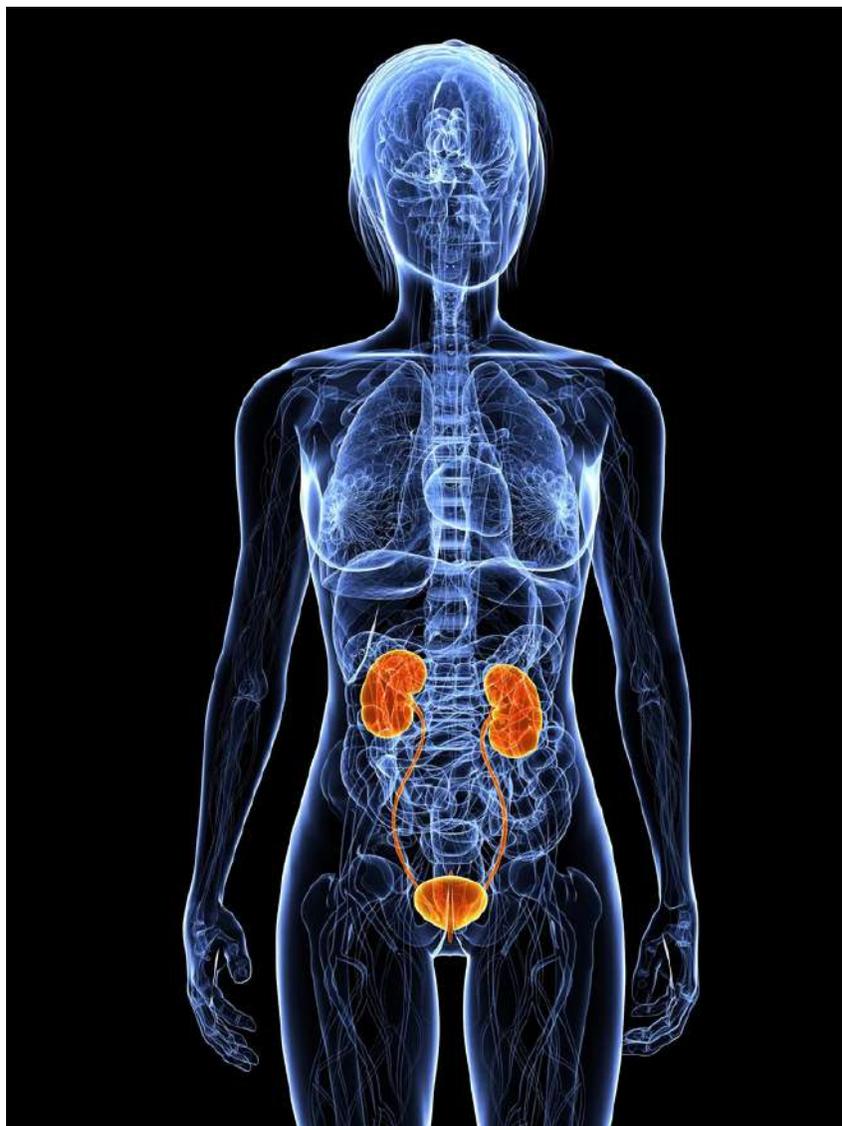
Chronic kidney disease has become an important public health problem at a worldwide level. The prevalence of kidney disease in Colombia is increasing. This paper is based on the directives given by the International Society of Nephrology for the celebration of World Kidney Day, with the goal of sending a message toward the public, governmental health authorities, health professionals, patients and their families, stating that chronic kidney disease is common, harmful, and treatable.

Goal: To describe the frequency of risk factors for chronic kidney disease for the general population.

Method: Descriptive cross-sectional study. Statistical analysis was performed with STATA 11®.

Results: A total of 528 people (61.2% women) participated in the study, with an average age of 48. Family medical history of high blood pressure was found in 29.9%, and diabetes in 15.3% and cardiovascular disease in 2.3% of the participants. Personal history of alcohol intake and tobacco consumption in 29.2% and 19.5% respectively. The average blood pressure was 114/70 mm Hg. Values compatible with prehypertension were found in 34.4% and with hypertension (blood pressure $\geq 140/90$ mm Hg) in 10.6% of the studied population. A BMI ≥ 25 kg/m² was found in 47.8%.

Conclusions: the most common risk factors for chronic kidney disease were age ≥ 50 years old, and BMI ≥ 25 kg/m²; but nevertheless, other risk factors such



as high blood pressure, and use of alcohol and tobacco were also relatively frequent.

Key Words: World Kidney Day, chronic kidney disease, risk factors, hypertension, diabetes mellitus, body mass index.

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) se ha convertido en un problema importante de salud pública a nivel mundial; la diabetes mellitus (DM) tipo II, y la hipertensión arterial (HTA) son sus causas principales^{1, 2}. En América Latina estas etiologías representan el 32% y el 33% respectivamente de los pacientes en diálisis crónica³. Los costos generados por diálisis y trasplante son una carga muy grande para los sistemas de salud, principalmente en los países en desarrollo⁴.

En Colombia se estima que para el año 2005 el manejo de la ERC comprometió aproximadamente el 2% del gasto en salud y el 4% del gasto en Seguridad Social en Salud; así mismo, la tasa de crecimiento en pacientes que ingresan a terapia de sustitución de la función renal alcanzó el 15% anual en la última

década⁵. Además de acuerdo a los datos de la Cuenta de Alto Costo para el año 2013 la prevalencia de personas en terapias de sustitución de la función renal fue de 658 por millón de habitantes⁶, en comparación a 475 por millón de habitantes para el año 2008⁷.

Es importante recordar que la ERC puede detectarse en estadios tempranos de la enfermedad con exámenes de laboratorio sencillos y que las intervenciones terapéuticas en estos estadios tempranos son efectivas al disminuir o evitar la progresión de la ERC. Estas estrategias incluyen entre otros un control estricto de la glicemia en pacientes diabéticos y un control de la tensión arterial (TA) en pacientes hipertensos⁸.

El presente estudio se basó en las directrices dadas por la Sociedad Internacional de Nefrología (ISN) para la celebración del Día Mundial del Riñón realizado anualmente a partir de marzo de 2006, con el objeto de enviar un mensaje al público, entes gubernamentales en salud, profesionales del área de la salud, pacientes y sus familiares, con respecto a que la ERC es común, es nociva y es tratable⁹⁻¹¹.

Materiales y método

Se realizó un estudio de corte transversal incluyendo público en general, quienes asistieron a la jornada del Día Mundial del Riñón el día 14 de marzo de 2013, en el Hospital de San José, Fundación Hospital Infantil Universitario de San José, locales comerciales de San Andresito y el Colegio Agustín Nieto Caballero de la ciudad de Bogotá, Colombia, mayores de 18 años, con participación voluntaria. Se excluyeron mujeres en embarazo y pacientes en terapias de sustitución de la función renal.

La recolección de datos se realizó mediante encuesta, teniendo en cuenta las siguientes variables: edad, sexo, tabaco (si o no), alcohol (si o no), antecedentes familiares de HTA, enfermedad cardiovascular (ECV) y DM, toma de tensión arterial (TA), talla, peso y cálculo del índice de masa corporal (IMC) con la fórmula: peso (kgs)/ talla (mts 2).

La TA se clasificó de acuerdo a "The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure"¹² y el IMC de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud¹³.

Como actividad de promoción de la salud, se repartieron folletos educativos relacionados con ECR, su prevención y complicaciones y también con el lema para el año 2013: "Riñones para una vida. Detengamos el daño renal agudo", además se suministró información individualizada a personas con HTA, DM e IMC ≥ 25 kg/m² y se fomentó la demanda inducida a los diferentes programas de promoción y prevención de su respectiva Entidad Prestadora de Servicios de Salud (EPS).

El análisis estadístico se realizó con el programa STATA 11®. Las variables cualitativas se reportan con frecuencias absolutas y relativas; para las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados

Participaron en el estudio 528 personas (61.2% mujeres), con edad promedio 48 años (DE 16, mínima 18 – máxima 87), siendo mayores de 50 años el 50.9%. Antecedente familiar de HTA se encontró en 29.9% de los participantes, de DM en 15.3% y de enfermedad cardiovascular en

2.3%. Antecedentes personales de ingesta de alcohol y de consumo de cigarrillo en el 29.2% y el 19.5% respectivamente (Tabla I). Entre las personas que fuman se encontró un 73.7% que también consumían alcohol.

n	528
Mujeres n (%)	323(61.2)
Edad, años, Promedio (DE)	48(16)
minima – máxima	18 - 87
Grupos de edad, años n (%)	
< 50	259(49.1)
≥ 50	269(50.9)
Antecedentes familiares n (%)	
Hipertensión arterial	158(29.9)
Diabetes mellitus	81(15.3)
Enfermedad cardiovascular	12(2.3)
Antecedentes personales n (%)	
Tabaco	103(19.5)
Alcohol	154(29.2)
Tensión Arterial mm Hg, Promedio (DE)	
Tensión arterial sistólica	114 (14)
Tensión arterial diastólica	70 (10)
Estadios TA* n (%)	
Normal	210 (38.2)
Pre HTA	229 (41.7)
HTA estadio I	71 (12.9)
HTA estadio II	39 (7.1)
Índice de Masa Corporal Promedio (DE)	
< 50 años	24.9(4.3)
≥ 50 años	25.8(4.1)

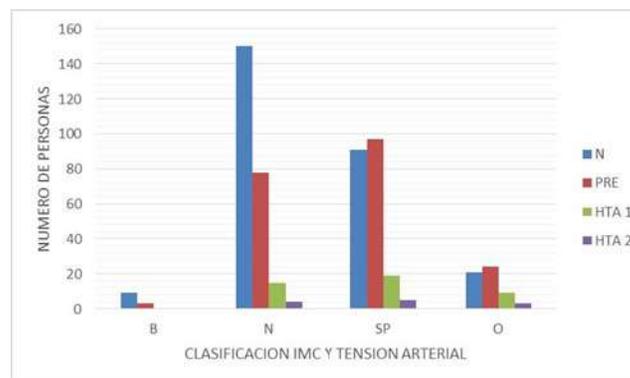
*TA = tensión arterial; HTA = hipertensión arterial

Tabla I. Características de la Población

La TA sistólica promedio fue de 114 mm Hg (DE 14, mínima 77 – máxima 185) y la TA diastólica promedio fue de 70 mm Hg (DE 10, mínima 45 – máxima 110). Se encontró valores compatibles con prehipertensión en el 38.4% y con hipertensión arterial (TA $\geq 140/90$ mm Hg) el 10.3% de la población a estudio.

Un IMC ≥ 25 kg/m² se encontró en 50.7% del total de la población a estudio y en 47.1% de las personas menores de 50 años. En personas menores de 50 años el IMC promedio fue de 24.9 kg/m² (DE 4.3, mínimo 15.4 kg/m² – máximo 52.6 kg/m²).

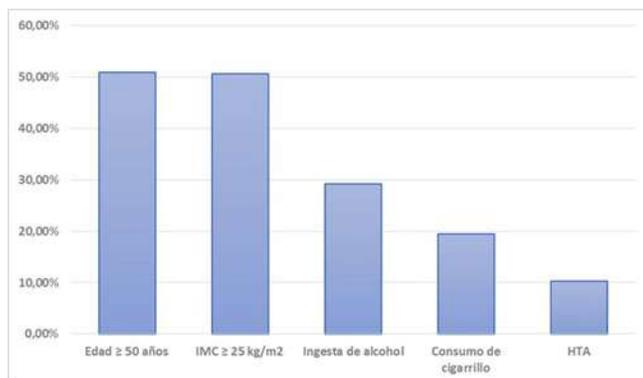
En la Gráfica 1 se observa la relación entre los valores de TA y el IMC, el grupo de personas con sobrepeso tiene con mayor frecuencia valores de TA compatibles con pre HTA.



B= Bajo Peso, N= Peso normal, SP = Sobrepeso, N= Tensión arterial normal, PRE = Prehipertensión, HTA 1 = Hipertensión arterial estadio 1, HTA 2 = Hipertensión arterial estadio 2.

Gráfica 1. Relación entre los valores de tensión arterial y el índice de masa corporal

En la Gráfica 2 se observan los factores de riesgo para ERC siendo los más frecuentes edad ≥ 50 años e IMC ≥ 25 kg/m².



Gráfica 2. Frecuencia de Factores de Riesgo para Enfermedad Renal Crónica

Discusion

La alta participación de mujeres en comparación con hombres en el presente estudio, podría explicarse porque las mujeres asisten a las instituciones hospitalarias con mayor frecuencia, no solo como pacientes sino como acompañantes de sus familiares, además pueden estar más interesadas en su salud por razones biológicas y buscan más ayuda en relación con prevención de enfermedades^{14, 15}.

Es importante tener en cuenta que la edad es un factor de riesgo independiente para ERC; en personas > 50 años el número de glomérulos escleróticos aumenta debido a isquemia glomerular secundaria a cambios en el flujo sanguíneo renal que suceden con el envejecimiento. Estos cambios producen alteración progresiva de la función renal y también producen proteinuria por la hipertensión glomerular e hiperfiltración de los glomérulos residuales^{16, 17}.

En relación con los valores de la TA, es importante recordar que el número elevado de personas con antecedente de HTA tiene relación con los datos que se observan a nivel mundial; en el año 2000 era de 997 millones, para el año 2025 se predice un incremento cercano al 60% para un total de aproximado de 1.56 billones de personas hipertensas¹¹. El número de participantes en quienes se encontró TA ≥ 140/90 mm Hg fue algo menor que otros datos reportados en el país. El Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas - ENFREC II, realizado por el Ministerio de Salud en Colombia por el Ministerio de Salud el año 1999 mostró que el 12.3% de la población adulta era hipertensa¹⁸ y el estudio sobre evaluación del riesgo cardiovascular realizado en 7 ciudades capitales de América Latina (CARMELA), mostró una prevalencia de HTA en la ciudad de Bogotá de 13.4%¹⁹. El número de personas con pre HTA fue alto en el presente estudio, dato acorde con la tendencia mundial²⁰.

Datos obtenidos en el Framingham Heart Study han indicado que valores de TA entre 130–139/85–89 mm Hg se asocian con un incremento mayor a 2 en el riesgo relativo de enfermedad cardiovascular comparado con valores de PS ≤ 120/80 mm Hg⁹. Es importante al encontrar valores de TA compatibles con pre HTA tener en cuenta que esto aumenta el riesgo de tener HTA en algún momento de la vida, y que se deben realizar modificaciones al estilo de vida para disminuir la TA^{12, 18, 20}.

De acuerdo con la OMS el antecedente familiar de DM es un predictor de aumento en la susceptibilidad para presentar la enfermedad, dada la interacción entre factores genéticos, ambientales y de comportamiento los cuales son

compartidos entre las poblaciones; por lo tanto es muy importante adoptar estilos de vida saludables, los cuales disminuyen este riesgo²¹.

En relación con el uso de cigarrillo como factor de riesgo para ERC, se ha observado que se asocia con proteinuria y además con un deterioro progresivo rápido de la función renal en pacientes con enfermedad renal, también debe tenerse en cuenta que el uso de cigarrillo aumenta el riesgo cardiovascular en la población general²². Varios mecanismos por los cuales el uso de cigarrillo afecta la función renal han sido identificados, incluyendo la promoción de aterosclerosis renal, alteraciones en la hemodinámica sistémica y renal, y efectos en la función endotelial²³.

La exposición combinada a cigarrillo y alcohol se asocia con una mayor posibilidad de ERC que el efecto individual de cada uno de ellos, es posible que el efecto del cigarrillo a nivel renal pueda acentuarse por el efecto del alcohol incluyendo HTA relacionada con este y un efecto tóxico directo del alcohol. Por lo tanto intervenciones individuales conjuntas simultáneas para suspender el cigarrillo y el alcohol pueden ser más benéficas^{23, 24}.

El IMC estuvo en un porcentaje alto con valores compatibles con sobrepeso, datos concordantes con la tendencia mundial. El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para varias enfermedades crónicas, entre ellas DM, enfermedades cardiovasculares y cáncer²⁵.

Conclusiones

En la población evaluada se observó una participación muy alta de mujeres posiblemente por una afluencia mayor de estas en las instituciones de salud.

Los factores de riesgo más frecuentes para ERC fueron edad ≥ 50 años e IMC $\geq 25\text{kg/m}^2$; sin embargo otros factores de riesgo, tales como, HTA, uso de cigarrillo y alcohol también fueron relativamente frecuentes.

Este estudio concuerda con lo reportado en la literatura mundial, donde se observa un aumento en factores de riesgo para ERC, los cuales pueden ser fácilmente prevenibles al adaptar estilos de vida saludables.

Bibliografía

1. Levey AS, Atkins R, Coresh J, Cohen EP, Collins AJ, Eckardt K-U, et al. Chronic kidney disease as a global public health problem: Approaches and initiatives – a position statement from Kidney Disease Improving Global Outcomes. *Kidney International* 2007; 72(3):247-259.
2. Hamer RA. The burden of chronic kidney disease. *British Medical Journal* 2006; 332(7541):563-564.
3. Rodríguez-Ilturbe B, Bellorín-Font E. End stage renal disease prevention strategies in Latin America. *Kidney International* 2005; 68(Suppl 98):S30-S36.
4. Atkins RC. The changing patterns of chronic kidney disease: The need to develop strategies for prevention relevant to different regions and countries. *Kidney International* 2005; 68(Suppl 98):S83-S85.
5. Ministerio de la Protección Social. Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social (FEDESALUD). Guía para el manejo de la enfermedad renal crónica. Basada en la evidencia. Bogotá, Colombia 2005 [citado 11-09-2014]. Disponible en: <http://www.saludcolombia.com>.
6. Cuenta de alto costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación de la enfermedad renal crónica en Colombia 2013 [citado 11-09-2014]. Disponible en: http://www.cuentadealtocosto.org/byblos/Docs/SITUACION_DE_LA_ENFERMEDAD_RENAL_CRONICA_2013.pdf.
7. Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación de la Enfermedad Renal crónica en Colombia 2008 [citado 16-06-2015]. Disponible en: <http://www.cuentadealtocosto.org/byblos/Docs/Situacion%20de%20la%20Enfermedad%20Renal%20Cronica%20en%20Colombia%202008.pdf>
8. National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification. *American Journal of Kidney Diseases* 2002; 39(1):1-212.
9. Collins AJ, Couser WG, Dirks JH, Kopple JD, Reiser T, Riella MC et al. World Kidney Day: an idea whose time has come. *American Journal of Kidney Diseases* 2006; 47(3):375-377
10. Levey AS, Andreoli SP, DuBose T, Provenzano R, Collins AJ. Special announcement. CKD: common, harmful and treatable – World Kidney Day 2007. *American Journal of Kidney Diseases* 2007; 49(2):175-179.
11. World Kidney Day Organization. World Kidney Day [citado 30-09-2014]. Disponible en: <http://www.worldkidneyday.org/about/day/>.
12. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL et al and The National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003; 42:1206-1252.
13. World Health Organization. Global Database on Body Mass Index. [citado 18-09-2014]. Disponible en: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp>.
14. Green CA, and Pope CR. Gender, psychosocial factors and the use of medical services: a longitudinal analysis. *Social Science and Medicine* 1999;48(10):1363-72.
15. Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, Callahan EJ, Robbins JA. Gender differences in the utilization of health care services. *The Journal of Family Practice* 2000;49(2):147-52.
16. Yamagata K, Ishida K, Sairenchi T, Tahahashi H, Ohba S, Shiigai T et al. Risk factors for chronic kidney disease in a community-based population: a 10-year follow-up study. *Kidney International* 2007; 71(2):159-166.
17. National Kidney Foundation. KDOQI. Part 4. Definition and classification of stages of chronic kidney disease. *American Journal of Kidney Diseases*. 2002; 39, 2(Suppl 1):S46-S75.
18. Aristizabal D, Velez S. Guías colombianas para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Revista Colombiana de Cardiología* 2007; 13(Supl 1):187 – 313.
19. Schargrodsky H, Hernández-Hernández R, Champagne BM, Silva H, Vinuesa R, Silva LC y cols. CARMELA: assessment of cardiovascular risk in seven Latin American cities. *American Journal of Medicine* 2008; 121(1):58-65.
20. Zhang W and Li N. Prevalence, Risk Factors, and Management of Prehypertension. *International Journal of Hypertension* 2011:1-6.
21. Van der Sande M, Walraven G, Milligan P, Banya W, Ceesay SM, Nyan OA and McAdam K. Family history: an opportunity for early interventions and improved control of hypertension, obesity and diabetes. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001; 79 (4):321-328.
22. Ejerblad E, Fored CM, Lindblad P, Fryzek J, Dickman PW, Elinder CG, et al. Association between smoking and chronic renal failure in a nationwide population-based case-control study. *Journal of the American Society of Nephrology* 2004; 15(8):2178-85.
23. Shankar A, Klein R, and Klein BEK. The Association among Smoking, Heavy Drinking, and Chronic Kidney Disease. *American Journal of Epidemiology* 2006; 164(3):263-271.
24. Vupputuri S and Sandler DP. Lifestyle risk factors and chronic kidney disease. *Annals of Epidemiology* 2003; 13(10):712-720.

Convocatorias y eventos

**David Santiago García Hernández Estudiante VII Semestre. Facultad de En Enfermería.
Miembro del semillero de investigación RCUAE - FUCS**

Evento

II Encuentro - Red Colombiana de Educación en Cuidados Paliativos

Temas del evento

Educación en cuidados paliativos

Fecha de entrega

Antes del 15 de Octubre de 2016

Fecha y lugar del evento

4 de Noviembre de 2016 en la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín. Campus de Laureles (aula multipropósito 519 del bloque 9) Medellín, Colombia

Link

Para participar en el siguiente correo: redcoledupal@gmail.com

Evento

V Congreso y VIII Encuentro Nacional e Internacional de Investigación y Cuidado del Enfermería UDES 2016

Temas del evento

"Cuidado de Enfermería para el niño y la niña de hoy, por una Colombia sana, productiva y feliz"

Fecha de entrega

03 de Septiembre del 2016

Fecha y lugar del evento

Octubre 13 y 14 de 2016 Auditorio Mayor UDES, Campus Lagos del Cacique. Calle 70 N° 55 - 210 Bucaramanga, Santander Colombia

Link

congreso.enfermeria2016@udes.edu.co - revistaenfermeria@udes.udes.edu.co

Otros Apuntes

Narrativa: Mi Vida, Mi Historia, Mi Hijo

Diego Fernando Moreno Leguizamón
Estudiante de Enfermería VII Semestre.
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud



Estaba en el hospital, realizando todas mis esfuerzos, me indicaron que sería un parto normal, todos mis recuerdos llegaban en un solo minuto, las primeras ecografías, el escuchar su corazón, el ver su cara en una pantalla, hasta el día del baby shower; pero no lo voy a negar, me asustaba ver a todos los enfermeros, doctores, a todas las mamás, llorando, gritando; me llenaba de miedo todo ese ambiente, que a fortuna mía fui a un hospital universitario, un hospital donde están todos los aprendices, llegó mi turno, vi llegar a un enfermero y todos los estudiantes, él decía muchas cosas. Yo solo quería saber de mi hijo, uno de los médicos me dijo "voy a introducir unas pastas para dilatar el cuello", y yo pérdida solo decía; bueno sin saber qué era lo que estaba pasando. Recuerdo que el enfermero le explicaba a sus estudiantes cuál era la función de estas pastas en mi cuerpo, y con una voz gruesa les decía: "El misoprostol se administra para producir cambios cervicales y aumentar las contracciones y su intensidad, gracias a que interactúa con receptores específicos en las células. El misoprostol es un análogo de la prostaglandina E1. Al interactuar con los receptores de

prostaglandina suaviza la cerviz y el útero se contrae lo que trae consigo la expulsión de los contenidos uterinos. Este medicamento tiene una acción prolongada^(1,2).

Una niña muy linda le preguntaba algo de la farmacocinética; yo pensaba ¿Es solo un medicamento porque explican tanto? A lo que el enfermero respondió "El misoprostol alcanza una concentración plasmática máxima entre los 60 y 120 minutos desde la aplicación, y una mínima hasta seis horas después. Estudios de contractibilidad uterina mostraron que todas las pacientes desarrollaron contracciones uterinas. El tono uterino comienza a aumentar a los 21 minutos y su máximo efecto se observa más o menos a los 46 minutos⁽³⁾" y eso que él decía concordaba con lo que estaba viviendo. Después de un tiempo no solo los dolores, fueron aumentando si no mi angustia también; sudaba, no sabía que hacer, solo escuchaba una voz que me decía mírame como yo respiro y lo vamos hacer juntas, una voz de aliento, era una de las estudiantes de enfermería que me estaba acompañada. De repente llegó el último tacto, sentía que mis caderas se iban a reventar y el dolor se apoderaba de mí, en ese momento gritaron ¡PARTO!, fue el dolor más intenso de mi vida, cuando de repente escuche un llanto, un llanto que me devolvió la vida, que me llenó de fuerzas para vivir y decir "Debo Seguir". Una voz interna que me daba motivos y una razón de ser, cuando lo vi las contracciones, el dolor, el sufrimiento pasaron a otro plano, solo estaba él, un ser inofensivo que solo pedía cariño y protección; era mi hijo, mi ser, mi vida y mi todo.

Bibliografía

1. Alemany, A. Comité Provincial de Medicamentos. Argentina. Octubre 2011
2. Soledad-Díaz, P. El uso de las prostaglandinas en obstetricia y ginecología: el caso del misoprostol. Costa Rica. 2011
3. Soledad-Díaz, P. El uso de las prostaglandinas en obstetricia y ginecología: el caso del misoprostol. Costa Rica. 2011

Agradecimiento:

Docente Alex Julián Pacheco P. Instructor asociado facultad de enfermería, Fundación universitaria Ciencias de la Salud, por su revisión y edición de la narrativa y acompañamiento en el desarrollo de la misma.



¿Cuántas veces hemos tenido la intención y el deseo de publicar y dar a conocer nuestras experiencias profesionales e investigativas pero por diversas razones terminamos desechando la idea?

**El semillero de investigación de la Facultad de Enfermería
Red del Cuidado Ciencia y Arte de Enfermería - RCUAE,
de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS**

Invita a estudiantes, docentes, académicos y profesionales del área clínica y comunitaria a publicar sus trabajos de investigación, informes preliminares de investigación, ponencias, ensayos y otros artículos relacionados con el área de la salud y de los cuidados en nuestro boletín electrónico



“Nostro Discere”

Un espacio flexible y amigable, que busca potenciar las habilidades de escritura científica de todas y todos, donde se “aprende haciendo”.

Envíe sus escritos con un extensión de máximo dos mil palabras o cuatro cuartillas, en Microsoft Word, tamaño carta, a espacio sencillo, sin espacios adicionales entre párrafos y títulos.

Tipo de letra: Times New Román; Tamaño: 12; todos los márgenes de: 2,5 cm.

boletin.nostro.discere@fucsalud.edu.co

Conozca nuestra política editorial en www.fucsalud.edu.co

**Viva esta experiencia formativa
para la Comunicación Científica.**



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DE CIENCIAS DE LA SALUD
FUCS