

# "Nostro Discere"

ISSN: 2539-1259

No. **5** 2016-2  
2017-1



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA  
DE CIENCIAS DE LA SALUD  
**FUCS**

# "Nostro Discere"

No. 5 2016-2  
2017-1

## 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

**Sandra Milena Hernández Zambrano**  
Coordinadora Boletín. Enfermera, PhD, en Ciencias de la Salud Mg. En cuidados de salud para la promoción de la autonomía de las personas y la atención a los procesos de fin de vida, Profesora Investigadora. Facultad de Enfermería - FUCS.

**Alexandra Castiblanco Montañez**  
Enfermera, Mg. en Salud Pública. Instructora asistente. Grupo de Investigación Facultad de Enfermería - FUCS

**Ana Julia Carrillo Algarra**  
Enfermera, Mg. en Administración en Salud. Decana Facultad de Enfermería - FUCS

**Lorena Mesa Melgarejo**  
Enfermera, Mg. en Salud Pública, Est. Doctorado en Salud Pública, Coordinadora de Investigación Facultad de Enfermería - FUCS

## Semillero de Investigación RCUAE

Boletín Nostro Discere 5ta. Edición  
2016-1/2017-2  
Bogotá D.C., Colombia  
Periodicidad: Semestral  
Editora: Nathaly Rivera

# Contenido

- 3 ..... Editorial**  
**Programa paciente experto:**  
**Promoción del autocuidado del paciente crónico y sus cuidadores**  
*Sandra Milena Hernández Zambrano*  
Enfermera PhD. en Ciencias de la Salud. Mg. en cuidados de salud para la promoción de la autonomía de las personas y la atención a los procesos de fin de vida. Docente Facultad de Enfermería - FUCS
- 5 ..... Investigaciones en Salud**  
**El rol educativo de enfermería hacia los familiares de pacientes hospitalizados en unidad de salud mental**  
*Nathaly Rivera Romero*  
Enfermera Mg. en Psicología y salud mental, Instructor Asociado Facultad de Enfermería - FUCS  
*Kelly Tatiana Peña Gaitán*  
*Daniela Lorena Peña Moreno*  
Estudiantes de VIII semestre Facultad de Enfermería - FUCS
- 9 ..... Herramientas didácticas de educación en salud reportadas por la literatura científica disponible entre los años 2000 al 2016**  
*Fanny Moreno Rubio*  
Enfermera. Especialista en Enfermería Nefrológica y Urológica y Especialista en Gerencia en Salud. Jefe de la Unidad de Trasplantes, Hospital de San José, Bogotá, Colombia. Instructora Asistente, Facultad de Medicina - FUCS  
*Alexandra Castiblanco Montañez*  
Enfermera. Magister en Salud Pública. Instructora asistente. Facultad de Enfermería - FUCS  
*Lina Paola Cortés Gómez*  
*Briyith Tatiana Aguilar Rodríguez*  
Estudiantes de VIII semestre Facultad de Enfermería - FUCS
- 17 ..... Semilleros de Investigación**  
**Muerte fetal: "De la alegría a la tristeza"**  
*Angie Espitia Ariza*  
*Wendy Torrejano Alba*  
Estudiantes VI Semestre Facultad de Enfermería - FUCS
- 24 ..... "Él es el caballero y yo su escudera"**  
**El relato biográfico de una madre de un niño con parálisis cerebral**  
*Jenny Arbeláez Ospina*  
*Liliana Montaña Sierra*  
Estudiantes de VI semestre Facultad de Enfermería - FUCS
- 32 ..... Un Camino a la Evidencia**  
**Técnicas de recolección de muestra de orina en pediatría. Revisión de la literatura**  
*Elizabeth Aguirre Galeano*  
*Daniela Bermejo Matiz*  
*Paola Guaqueta Malagón*  
*Paula Montaña Chavez*  
Estudiantes de VI semestre Facultad de Enfermería - FUCS  
*Alexandra Castiblanco Montañez*  
Enfermera. Magister en Salud Pública. Instructora asistente. Facultad de Enfermería - FUCS  
*Rodrigo Bernardo Acero Barbosa*  
Enfermero. Especialista en Cuidado Intensivo Crítico Neo-pediátrico. Instructor asociado - FUCS
- 32 ..... Otros Apuntes**  
**Soy su paciente. De Jack Sanecki**  
*Ana Julia Carrillo Algarra*  
Enfermera. Mg. en Administración en Salud, Decana, Coordinadora de Investigación Facultad de Enfermería - FUCS



# Editorial

## Programa paciente experto: promoción del autocuidado del paciente crónico y sus cuidadores

El aumento progresivo de las Enfermedades no Transmisibles (ENT) es un fenómeno global que conlleva a una carga social y económica a nivel individual, familiar y estatal. Según la Organización Mundial de la Salud las ENT matan a 40 millones de personas anualmente, lo que equivale al 70% de las muertes que se producen en el mundo<sup>1</sup>. El modelo referente para el abordaje de la cronicidad tanto en el ámbito internacional como nacional, es el Chronic Care Model (CCM) que fue adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) dando origen al Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC) y al Expanded (CCM)<sup>2</sup>. Uno de los elementos clave del modelo es el apoyo al autocuidado orientado al protagonismo de los pacientes activos e informados junto con un equipo de profesionales proactivo<sup>3</sup>. Las iniciativas de apoyo al autocuidado están orientadas a mejorar el manejo de la enfermedad crónica abordando aspectos físicos, psicológicos y emocionales<sup>4</sup>.

En los últimos años han emergido programas multidisciplinarios relacionados con la educación en salud y dirigidos a promover el autocuidado. Uno de los programas más conocidos es el programa de Paciente Experto "en los que los formadores son, a su vez, pacientes con condiciones crónicas similares a las de aquellos que reciben la formación, y pueden ejercer como modelos de rol"<sup>4,5</sup>. Actualmente confluyen diversos factores que promueven formas de relación más horizontales y deliberativas entre los ciudadanos y los sistemas de salud. Estos factores pueden estar asociados al nivel educativo de pacientes y cuidadores, al aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas que promueve la adopción de estrategias de autocuidado y autocontrol, a las asociaciones de pacientes como intermediarios entre los ciudadanos y sistemas de salud<sup>6</sup>, y al crecimiento exponencial de la información en salud y el acceso a las nuevas tecnologías, entre otros factores.

Estos cambios suponen un tránsito del modelo paternalista hacia un modelo más participativo entre profesionales y pacientes, caracterizado por la toma de decisiones compartida, el empoderamiento y la autoeficiencia como métodos de apoyo al Paciente Experto<sup>7</sup>. Este nuevo rol implica que los pacientes sean conscientes de su problema de salud, estén comprometidos

con el mejoramiento de su calidad de vida y gestionen de manera más efectiva y eficiente su tratamiento favoreciendo la adherencia terapéutica<sup>6</sup>. En el ámbito internacional se han implementado numerosas iniciativas de programas Paciente Experto en las que destacan el Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) de la Universidad de Stanford, el Expert Patients Programme de Inglaterra, Programa Flinders de Australia, Escuela de Pacientes de Andalucía, Patient Expert del Institut Català de la Salut, Universidad de Cataluña, Paziante Bizia-Paciente Activo del País Vasco, entre otros<sup>2</sup>. Numerosos estudios han evaluado la eficacia de estos programas demostrando mejora de la calidad de vida, autoeficacia, control de la enfermedad, mejora en la relación y comunicación con los profesionales de la salud, reducción en las hospitalizaciones, visitas a urgencias, utilización de servicios de salud y costo efectividad<sup>2,8-10</sup>.

En el ámbito colombiano no se han identificado iniciativas de implementación y evaluación del programa Paciente Experto. En este sentido, es necesario seguir avanzando en la generación de conocimiento para el abordaje de la cronicidad desde un paradigma que reconozca al paciente como sujeto activo, capaz de gestionar su propia salud y con competencias para formar a otros pacientes.

Sandra Milena Hernández Zambrano  
Enfermera, PhD. en Ciencias de la Salud. Docente instructor asociado  
Facultad de Enfermería - FUCS.  
Contacto: smhernandez3@fucs.salud.edu.co

## Bibliografía

1. Enfermedades no transmisibles [sede Web]. Organización Mundial de la Salud; abril de 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
2. Nuño-Solinis R, Fernández-Cano P, Mira-Solves J, Toro-Polanco N, Contel JC, Guilabert Mora M, Solas O. Desarrollo de IEMAC, un Instrumento para la Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad. Gaceta Sanitaria. 2013; 27(2):128-134.
3. Guía de instrucción para el diseño de programas de gestión de enfermedades crónicas [sede Web]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2006 [fecha de acceso: 10.06.2017]. Disponible en: <http://mps1.minproteccion-social.gov.co/evtmedica/linea%2014/1.1%20modelos%20para%20el%20diseño.html>
4. Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. Nuño-Solinis R, Rodríguez-Pereira C, Pinera-Elorriaga K, Zaballa-González I, Bikandi-Irazabal J. Gac Sanit. 2013;27(4):332-337.
5. Department of Health. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the 21st century. (Consultado el 26/05/2017.) Disponible en: [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_40068016](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_40068016)
6. Jovell AJ, Navarro Rubio MD, Fernández Maldonado L, Blancafort S. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. Aten Primaria. 2006;38(4):234-7
7. Millaruelo Trillo JM. Importancia de la implicación del paciente en el autocontrol de su enfermedad: paciente experto. Importancia de las nuevas tecnologías como soporte al paciente autónomo. Aten Primaria. 2010;42 Supl 1:41-47
8. Foster G, Taylor SJ, Eldridge SE, et al. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. Cochrane Database Syst Rev. 2007;4. CD005108.
9. Management program versus usual care in bronchiectasis: a randomized controlled trial. Arch Phys Med Rehabil. 2011; 92:1194-201.
10. Rogers AE, Kennedy AP, Bower PJ, et al. The United Kingdom Expert Patients Programme: results and implications from a national evaluation. Med J Aust. 2008;189 10 Suppl:S21-4.

## Investigaciones en Salud

# El rol educativo de enfermería hacia los familiares de pacientes hospitalizados en unidad de salud mental

Nathaly Rivera Romero\*

Kelly Tatiana Peña Gaitán\*\*

Daniela Lorena Peña Moreno\*\*

\*Enfermera Mg. en Psicología y Salud Mental, Instructor Asociado Facultad de Enfermería - FUCS

\*\*Estudiantes de VIII semestre Facultad de Enfermería - FUCS

Contacto: nrivera@fucsalud.edu.co

### Objetivo

Describir el rol educativo de enfermería hacia los familiares de pacientes hospitalizados en unidad de salud mental.

### Métodos

Revisión integrativa de la literatura, se realizará la búsqueda en las bases de datos OVID, Clinical Key, Science Direct, EBSCO host, Dynamed Plus, Ciberindex - CUIDEN, incluidas en el catálogo de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS) y en el buscador Google Académico, planteando criterios de inclusión para la selección de la literatura sin límite de fecha de publicación respetando los derechos de autor de cada uno de los artículos.

### Conclusiones

El rol educativo de enfermería hacia los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental genera mayor integración del paciente en su comunidad, influye en la rehabilitación y tratamiento de las enfermedades mentales, evitando la carga del rol cuidador; para lograrlo el profesional debe tener en cuenta los temas de abordaje a tratar para satisfacer las necesidades identificadas, enfocándose en la orientación y motivación del familiar con su rol cuidador.

Palabras clave: Educación familia, enfermedad mental, reingresos, puerta giratoria.

### Introducción

La salud mental según la Ley 1616 del 2013 es definida como "estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad".<sup>1</sup>

La trascendencia en la sociedad actual de las enfermedades mentales refleja que al menos 450 millones de personas en el mundo están diagnosticadas por lo menos con una enfermedad mental; de la carga de enfermedades crónicas en el mundo las alteraciones en salud mental constituyen el 40% de los casos.<sup>2</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio", por lo tanto la familia es la principal influencia en el grupo social de las personas, esta funciona como una unidad o sistema que a través de interacciones genera dependencia entre sus miembros que se refleja en las afectaciones de los demás, por sucesos que puedan ocurrir a alguno de los integrantes<sup>3</sup>. La familia es considerada el factor más cercano al momento de la aparición de una enfermedad mental ya sea crónica o aguda, ya que es la principal fuente de apoyo y cuidados; una crisis de un paciente mental en la familia pone en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, esto se relaciona con el déficit en la educación del cuidador para disminuir o controlar estas crisis, por lo tanto, este se enfrenta a nuevas expectativas y retos en el cuidado al paciente<sup>4</sup>.

Según la encuesta de salud mental del 2015 en Colombia, la presencia por lo menos de un trastorno mental en los niños es de 84,4% por factores como la desnutrición, las experiencias de violencia física o psicológica, el consumo de sustancias en cuidadores o hermanos, la inasistencia a la escuela y la pobreza entre otros, en adolescentes 89,8 % asociado a la capacidad de regular los pensamientos y apoyo familiar, sin embargo, debe atenderse a los factores asociados que pueden aumentar el riesgo de padecerla, tomando como ejemplo, tener hermanos o padres consumidores de alguna sustancia psicoactiva, maltrato infantil, pobreza y déficit nutricional, finalmente en adultos es de 82,4% con factores de riesgo como la impulsividad, los eventos vitales adversos, género masculino, estado civil, vivir solo, el desempleo, tener antecedentes familiares de suicidio, intentos previos de suicidio, contar



con una mala salud física, tener armas de fuego en casa, consumo sustancias psicoactivas y alcohol<sup>1</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la estigmatización y la discriminación de las cuales son víctimas los pacientes con enfermedad mental y sus familiares, los desmotivan a acudir a los servicios de salud mental, lo que constituye una barrera más para el acceso oportuno a los servicios de salud, reforzando la falta de adherencia al tratamiento<sup>2,3</sup>. Así mismo otros factores que ocasionan menor control y menor adherencia al tratamiento o rehabilitación son derivadas de la cronicidad de los pacientes con enfermedades mentales que generan tiempos prolongados de hospitalización, tratamiento que requiere un proceso continuo, la falta de recursos, ya que los costos de los medicamentos son altos y acceso a los servicios debido a que la oportunidad de ver a un especialista es mínima, adicionalmente la nula participación de la familia en este proceso enfermedad - rehabilitación y el déficit de conocimientos sobre los respectivos cuidados en casa resulta un factor de riesgo en la presentación de episodios recurrentes a lo largo de su vida, lo que genera también un alto índice de recaídas y así mismo de reingresos; generando un sobre costo en el porcentaje total de los ingresos de los hospitales por el consumo de recursos sanitarios<sup>3,5</sup>.

La educación a la familia sobre las enfermedades mentales por parte del personal de enfermería, se basa en un proceso fundamentado de enseñanza - aprendizaje, donde se lleven a cabo intervenciones para cambiar ambientes adversos en el hogar, reforzar capacidades para enfrentarse a nuevos cambios, incluir la psicoeducación para dar a conocer la naturaleza de la enfermedad y cambiar actitudes de la familia hacia la enfermedad mental y de esta manera mejorar el cumplimiento de terapéuticas que eviten distorsiones del pensamiento y el procesamiento anómalo de la información<sup>6,7,8</sup>. Por lo cual se tiene como objetivo describir el rol educativo de enfermería hacia los familiares de pacientes hospitalizados en unidades de salud mental y la repercusión de la misma en la prevención, tratamiento y rehabilitación de los pacientes mentales

## Métodos

Se realizó una revisión integrativa de la literatura siguiendo los seis pasos propuestos por Sasso, Campos y Galvão (2008)<sup>9</sup>, mediante los cuales se elaboró el planteamiento del problema y el desarrollo de la pregunta de investigación; luego se elaboraron las ecuaciones de búsqueda a partir de los términos DeCS y MeSH: Paciente psiquiátrico, familia, educación, enfermería y el operador booleano AND, en los idiomas español, inglés y portugués. La búsqueda se realizó en el periodo comprendido entre marzo de 2016 y agosto de 2016. Se incluyeron artículos originales y de revisión, con límite de publicación hasta el año 2011 de revistas indexadas en las bases de datos de ciencias de la salud: OVID, Clinical Key, Science Direct, Dynamed Plus, Ciberindex - CUIDEN incluidas en el catálogo de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud y en Google Académico.

La selección se llevó a cabo a partir de los títulos, resúmenes y textos completos que responden al objetivo de la revisión. La información extraída de las unidades de análisis definitivas, se organizó posteriormente por temáticas conformadas a partir de la reducción y síntesis de los datos relevantes en una matriz bibliográfica previamente diseñada en Microsoft Excel®.

En la elaboración del protocolo y artículo científico se tuvo en cuenta la Ley 23 de 1982, la cual protege los derechos de los autores de los escritos, sus obras y sus publicaciones con sus respectivas referencias; se tuvo en cuenta la Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, la cual clasifica el estudio como de bajo riesgo por ser un estudio documental, adicionalmente cuenta con las normas sistemáticas de manejo de datos.

**Resultados**

Para la revisión integrativa de la literatura, se realizó una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos indexadas por la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (OVID, Clinical Key, Science Direct, EBSCO host, Dynamed Plus, Ciberindex - CUIDEN y el metabuscador Google Académico) con la ecuación de búsqueda "Paciente psiquiátrico AND familia AND educación AND enfermería", obteniendo un resultado de 33 artículos, 2 en la base de datos EBSCOhost, 1 artículo en la base de datos Ciberindex- CUIDEN y 30 artículos en el metabuscador Google Académico, posteriormente se escogieron 11 artículos por resumen y texto completo. A partir de los artículos seleccionados se definieron 4 unidades de análisis (enfermedad y el papel de enfermería, reconocimiento de síntomas previos a crisis por parte de los familiares, información sobre el tratamiento hacia los familiares del paciente, y limitaciones familiares).

**Enfermedad y el papel de enfermería**

En la búsqueda realizada 5 artículos retomaban el papel de enfermería y la respectiva educación acerca de la enfermedad que debía brindar el profesional a los pacientes y familiares, haciendo énfasis en que los cuidados se deben centrar en la familia del paciente psiquiátrico con el fin de disminuir la carga familiar y evaluar la mejoría del paciente, aplicando el proceso de enfermería; partiendo desde la identificación de las fases que atraviesa la familia, la utilización del instrumento APGAR FAMILIAR que nos permite identificar el funcionamiento de la familia para realizar la planeación de las intervenciones que deben incluir plan de cuidados de la familia, información acerca de la enfermedad, cuidados tras alta de hospitalización, información acerca de dispositivos o medicamentos, orientación en el afrontamiento de la enfermedad mental, prevención de situaciones críticas y estrategias para afrontarlas, evaluación de función familiar, técnicas de abordaje de situaciones estresantes o conflictivas, diseño de estrategias de intervención familiar planteadas por los familiares para modificar aspectos disfuncionales y planteamiento de objetivos; resaltando que la familia es el mejor apoyo que pueden tener los profesionales <sup>10-16</sup>.

Por otro lado, se señala que enfermería no brinda la información suficiente acerca de la enfermedad mental de su familiar y que los profesionales subestiman las capacidades de los pacientes mentales ya que no se les pide consentimiento para los procedimientos a realizar, no se les explican los mismos o no se escuchan sus inquietudes y preocupaciones respecto a su salud, generando desconfianza de los pacientes hacia los profesionales <sup>10,13,14,16</sup>.

**Reconocimiento de síntomas**

El déficit de información acerca de la enfermedad reflejada en los familiares de los pacientes mentales, se debe a fallas en la atención, relacionadas con la nula respuesta de los profesionales hacia las dudas, preguntas e inquietudes de los familiares acerca de los datos importantes de la enfermedad y el plan de cuidados que deben seguir en el hogar incluyendo la prevención y el abordaje en situaciones críticas; a lo que se suma las escasas posibilidades de implementación de programas de Atención Primaria en Salud, la alta rotación de profesionales del área y la escasez de los recursos <sup>10,11,12,15,16</sup>.

Es por esto que el profesional de enfermería debe asumir la labor de orientar, motivar y guiar a la familia en el proceso de afrontamiento de la enfermedad mental, ya que si los familiares o cuidadores tienen información acerca de la enfermedad pueden estar más atentos ante la aparición de alguna situación de crisis y así mismo actuar de manera oportuna.11 Esta educación debe estar encaminada hacia la plena identificación de los síntomas del paciente,

afrontamiento de crisis, manejo de alteraciones conductuales y agresividad, cómo actuar ante las recaídas, qué hacer ante el abandono del tratamiento y se debe tener en cuenta que para realizar una buena intervención con los familiares debe haber claridad en las recomendaciones y explicaciones, se debe hablar con naturalidad de la enfermedad, evitar las actitudes negativas hacia ella, las ideas erróneas, los prejuicios, colaborar a identificar las capacidades del enfermo, fijación de objetivos alcanzables con sus respectivas estrategias y la distribución de la carga de cuidados entre los miembros de la familia, ya que se considera que la educación a los cuidadores es un factor protector contra la carga familiar y el agotamiento del cuidador <sup>10-15</sup>.

**Información acerca del tratamiento de las enfermedades mentales**

Las enfermedades mentales necesitan de un tratamiento farmacológico de por vida, siendo esto una de las causas principales de recaídas de los pacientes que presenten algún tipo de trastorno mental debido a la falta de adherencia terapéutica, de igual manera se relaciona con problemas de control de la familia, debido a la falta de información de la enfermedad mental y educación frente al manejo de los cuidados y comunicación hacia el paciente enfermo. Según la literatura, es elemental que la familia sea incluida en el tratamiento farmacológico para aumentar la adherencia al tratamiento y mantener un activo funcionamiento de los pacientes dentro en una comunidad y disminución del inicio de los síntomas, esta inclusión se debe realizar mediante programas de educación para la familia y paciente de manera multidisciplinaria <sup>10,11,12,13,16,17</sup>.

**Limitaciones familiares**

En los artículos consultados se mencionan algunas de las limitaciones familiares que hacen

que no se ejecute correctamente del plan de cuidados de enfermería y que no se cumpla con el objetivo de la educación a los familiares, destacando como restricción principal el síndrome del cuidador quemado o síndrome de burn-out y otras dificultades como conocimientos deficientes, actitudes incorrectas ante la enfermedad, problemas de comunicación, falta de redes de apoyo, la inasistencia de los familiares a las citas programadas por barreras de acceso como inaccesibilidad a las unidades de salud mental o actividades laborales de los cuidadores. Lo anterior puede desencadenar aislamiento social, el sentimiento de culpa, miedo al futuro, vergüenza, desesperanza, desconcierto e impotencia resultando en la desarticulación en la familia y dificultad para encontrar soluciones <sup>15,17,18,19</sup>.

## Discusión y conclusiones

De acuerdo con los resultados encontrados en la revisión de la literatura, se puede afirmar que es de alta relevancia incluir el rol educativo de enfermería hacia los familiares de pacientes hospitalizados en unidad de salud mental, como parte del tratamiento de rehabilitación de las enfermedades mentales, ya que se evidencia disminución en la aparición de síntomas, evita la carga del rol cuidador, generando una mayor integración en la comunidad. Según los artículos encontrados podemos decir que el profesional de enfermería debe inicialmente identificar la necesidad de educación en los familiares, continuando con la planeación de su educación, es decir, el profesional de enfermería va a tener en cuenta los temas de abordaje para satisfacer esas necesidades, enfocándose en la orientación y motivación para poner en marcha los conceptos dados al familiar con el rol cuidador más implicado y demás miembros familiares que se encuentre a su alcance, posteriormente a todo este proceso tendrá en cuenta la evaluación de su educación brindada.

## Bibliografía

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo I. Consultado el 13 de Mayo del 2016; 2015 p. [http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud\\_mental\\_tomol.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf).
2. World Health Organization. Mental Health: facing the challenges, building solutions. Denmark: World Health Organization European Ministerial Conference; 2005 p. 1-75.
3. Trastornos mentales [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2016 [Consultado 15 Mayo 2016]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
4. Familia y ciclo vital familiar [Internet]. 2016 [Consultado 31 Mayo 2016]. Available from: <http://www.actiweb.es/yaxchel/archivo1.pdf>
5. Ortega Aladrén O. ¿Existe todavía la puerta giratoria en Psiquiatría? [Magister]. Medicina; 2011.
6. Lemos Giráldez S. Familia y enfermedad mental: Su contribución para la recuperación clínica [Internet]. Programa de prevención de psicosis. [Consultado 31 Mayo 2016]. Available from: [http://www.p3-info.es/PDF/Familia\\_y\\_enfermedad\\_mental.pdf](http://www.p3-info.es/PDF/Familia_y_enfermedad_mental.pdf)
7. Mendes Karina Dal Sasso, Silveira Renata Cristina de Campos Pereira, Galvão Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2008 Dec [Consultado 2016 Septiembre 06]; 17(4): 758-764. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.
8. Canga A., Vivar C. G., Naval C.. Dependencia y familia cuidadora: reflexiones para un abordaje familiar. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2011 Dic [citado 2016 Sep 06]; 34(3): 463-469. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272011003300112&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011003300112&lng=es).
9. Dal Sasso, Karina; Campos Pereira Silveira, Renata Cristina, GALVÃO, Cristina María. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem Texto & Contexto Enfermagem, Vol. 17, Núm. 4, octubre-diciembre, Universidade Federal de Santa Catarina Brasil. 2008, p. 758-764
10. Sifuentes Contreras A, Sosa Gil E, Jaimez T, Manzanillo Y. Rol educativo del profesional de enfermería hacia los familiares de pacientes esquizofrénicos. Enfermería Global [Internet]. 2011 [cited 29 July 2016]. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n24/docencia1.pdf>
11. Collazos V, Sánchez Sánchez M, Díaz Martínez A, Gutiérrez López L, Rodríguez Verdugo M,

Rodríguez Verdugo M et al. La rehabilitación integral del paciente esquizofrénico en México: el modelo del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Grupo III. Salud Mental [Internet]. 2005 [cited 29 July 2016];28(6). Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58262802.pdf>

12. Ballesteros García J, Urcola Pardo F, Boada Apilluelo E. Programa de educación para la salud dirigido a familiares de pacientes con trastornos depresivos [Pregrado]. Universidad Zaragoza; 2015.
13. Álvarez Fernández M. Valoración de la atención de enfermería por los familiares de pacientes con un primer episodio psicótico. Asociación Nacional de Enfermeras de Salud Mental [Internet]. 2016 [cited 4 September 2016]. Available from: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/2016/03/proyecto-investigacion-2016.pdf>
14. Granada López J. La familia en la enfermedad mental. Intervención de enfermería en esta área. Unizar [Internet]. 2012 [cited 4 September 2016]. Available from: <https://invenio2.unizar.es/record/7772/files/TAZ-TFG-2012-426.pdf>
15. Gómez González E, Londoño C, Builes Correa M, Bedoya Hernández M, García Valencia J, López Jaramillo C. Carga familiar en familias antioqueñas del Grupo Psicoeducativo del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Antioquia que tienen un miembro diagnosticado con trastorno afectivo bipolar. Revista Colombiana de Psiquiatría [Internet]. 2011 [cited 31 July 2016];40. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40s1/v40s1a08.pdf>
16. Gallardo A J, Torres N. B, Yáñez C C, Cepeda C. Y. Trabajo educativo en familias de pacientes con esquizofrenia, consultorio dr. Luis herrera. Chañaral 2005. [Internet]. 2005 [cited 1 August 2016]. Available from: <http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/4/La%20Serena%202005/Educacion%20familias%20de%20pacientes%20esquizofrenicos.pdf>
17. La rehabilitación psicosocial del enfermo neurológico y psiquiátrico crónico. Problemas y soluciones. Revista neurología, Neurocirugía y Psiquiatría [Internet]. 2005 [cited 4 September 2016];38(4). Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2005/nnp054e.pdf>
18. García Fernández S. Enfermedad Mental: Familia y Sociedad. [Internet]. 2012 [cited 1 September 2016]. Available from: <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/888/GarciaFernandezS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Cardona Patiño D, Zuleta Guzmán V, Londoño Bernal L, Ramírez Nieto L, Viveros Chavarría E. Acompañamiento familiar durante el tratamiento de pacientes con diagnóstico de enfermedad mental. Revista Colombiana de Ciencias Sociales [Internet]. 2012 [cited 11 August 2016];3(2). Available from: <http://funlam.edu.co/revistas/index.php/RCCS/article/view/888/837>

## Investigaciones en Salud

# Herramientas didácticas de educación en salud reportadas por la literatura científica disponible entre los años 2000 al 2016

Fanny Moreno Rubio\*

Alexandra Castiblanco Montañez\*\*

Lina Paola Cortés Gómez\*\*\*

Briyith Tatiana Aguilar Rodríguez \*\*\*

\* Enfermera. Especialista en Enfermería Nefrológica y Urológica y Especialista en Gerencia en Salud. Jefe de la Unidad de Trasplantes, Hospital de San José, Bogotá, Colombia. Instructora Asistente, Facultad de Medicina, FUCS

\*\* Enfermera. Magister en Salud Pública. Instructora asistente. Facultad de Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

\*\*\*Estudiantes de VIII semestre Facultad de Enfermería – Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Contacto: fmoreno@fucsalud.edu.co

### Resumen

La educación para la salud es un proceso que permite al usuario ampliar y desarrollar los conocimientos, las habilidades y los valores que requiere para promover y mantener un buen estado de salud. Objetivo: Describir cuales son las herramientas didácticas que se utilizan para proporcionar educación en salud reportadas por la literatura científica disponible. Metodología: Para este estudio se desarrolló una revisión integrativa basada en la propuesta de Mendes, Silveira y Galvão (2008), en la cual se realizó la búsqueda bibliográfica de artículos publicados en revistas indexadas en las siguientes bases de datos: Clinicalkey, CINALH Y Medline, Google Académico, ScienceDirect, y Ciberindex. Se utilizaron ecuaciones de búsqueda elaboradas a partir de los descriptores DeCS y MeSH: patient, tool y education, junto con los booleanos AND Y OR en idioma inglés, español y portugués. Resultados: Se seleccionaron en total 18 artículos y se clasificaron las herramientas didácticas de acuerdo a lo expuesto por la Dirección Nacional de Promoción del empleo y formación profesional, enumerando los resultados de la siguiente manera: Visuales (folletos), auditivos (información verbal), y audiovisuales (internet y audiovisual). Conclusiones: El folleto es la herramienta didáctica de educación en salud reportada por la literatura disponible, el cual complementado con una socialización del contenido de manera verbal logra generar mayor adherencia en el paciente y además genera grandes beneficios en los servicios de salud. Por tanto, recomendamos que el folleto socializado de manera verbal sea implementado en las instituciones de salud para proporcionar educación a los pacientes. Palabras claves: Herramienta, didáctica, educación, salud, revisión, paciente, folleto, verbal, internet.

### Summary

Health education is a process that allows the user to expand and develop the knowledge, skills and values required to promote and maintain good health. Objective: To describe the educational tools which are used to provide health education reported by the available scientific literature. Methodology: For this study an integrative review based was developed in Mendes's proposal, Silveira and Galvão (2008), which was held in the literature search of articles published in journals indexed in the following databases: ClinicalKey, CINALH and Medline, Google Scholar, ScienceDirect, and Ciberindex. Search equations were used to elaborate from the DeCS and MeSH descriptors: patient, tool and education, along with boolean AND and OR in english, spanish and

portuguese. Results: A total of 18 items selected and classified the teaching tools according to the statement made by the National Directorate of employment promotion and vocational training, listing results as follows: Visual (brochures), auditory (verbal information), and audiovisual (internet and audiovisual). Conclusions: The brochure is a teaching health education tool reported by the literature, which complemented with the verbal socialization content manages to generate more grip on the patient and it also brings great benefits in health services. So we highly recommend the brochure verbally socialized to be implemented in health institutions to provide education to patients. Keywords: tool, teaching, education, health, review, patient, brochure, verbal, internet.

### Introducción

La educación para la salud, se contempla como un proceso de actividades que permiten al usuario adquirir o ampliar el conocimiento, por medio de habilidades y valores que potencien y promuevan un buen estado de salud, disminuyendo el riesgo de adquirir una complicación de su estado actual<sup>1,2</sup>.

De esta manera la educación que se pretende brindar al individuo, la familia o la comunidad, contempla

prácticas orientadas a fomentar estilos de vida saludables, preparación para procedimientos, recomendaciones para la prevención, diagnóstico, toma de decisiones respecto a las alternativas de tratamiento, educación en el afrontamiento de su enfermedad, posibles medidas de autocuidado y apoyo en procesos terminales<sup>2</sup>. Esta educación ofrece al paciente en la evolución de su enfermedad, diferentes posibilidades de cuidado, de tal manera que propicia a la participación activa en cambio de hábitos con respecto a su salud, potenciando el autocuidado y la independencia durante este<sup>2</sup>.

Es indispensable reconocer los factores relacionados con el comportamiento humano, que intervienen en el proceso de educación en salud, siendo de dos tipos: a) factores relacionados con el entorno; y b) factores relacionados de manera personal. Este último se divide en: cognitivo (los conocimientos y la toma de decisiones), emocional (las creencias, los valores y las actitudes) y habilidades (psicomotoras, de relajación, el afrontamiento, la escucha, el manejo de conflictos y la negociación)<sup>3</sup>. A sí mismo estas herramientas didácticas permiten orientar la educación, favoreciendo la relación entre el personal de salud y el usuario, al mismo tiempo mejora el proceso educativo que se está desarrollando. Es por ello que estas, fomentan la construcción de conocimiento de manera clara, específica y de buena calidad<sup>4</sup>.

Además, estas son utilizadas en el ámbito de la salud para desarrollar procesos que tiene diferentes objetivos. El primer uso de estas va dirigidas a la sensibilización directa del lector, la cual se realiza mediante carteles, desplegables, folletos y páginas web. El segundo uso hace referencia a investigaciones en Salud que van encaminadas a la promoción, un ejemplo de estos son las encuestas, entrevistas y otros; y por último, otro de los usos de estas herramientas didácticas de educación son el análisis y profundización en temas de interés como lo son las unidades herramientas didácticas, centros de interés, entre otros<sup>4</sup>. A pesar de que esta herramienta didáctica ha sido adoptada por varios profesionales en el área de la salud, al interior de las instituciones asistenciales la profesional enfermería es quien está en constante interacción con los sujetos de cuidado y cuenta con las habilidades necesarias para llevarla a la práctica, de manera que se alcancen intervenciones más eficaces y oportunas<sup>5</sup>.

En este sentido, el profesional en enfermería es reconocido por desempeñar diferentes roles en el ámbito asistencial y comunitario, en los cuales se ha destacado como líder en la planeación, ejecución y evaluación de acciones que se contemplan en estas herramientas didácticas de educación, beneficiando y contribuyendo a mejorar la calidad de vida de las poblaciones, reconociendo el valor de los lazos familiares como un aporte significativo en el proceso de salud<sup>5</sup>. Para que el profesional de enfermería pueda garantizar que estas herramientas didácticas de educación sean proporcionadas de manera segura, actualizada, y que contribuyan a un cuidado efectivo<sup>6</sup>, se hace necesario el uso de investigaciones basadas en la mejor evidencia disponible y en contraste con la experiencia del equipo de salud, poder orientar intervenciones para satisfacer las necesidades de cada población<sup>7</sup>.

Sin embargo, hay investigaciones que se han realizado donde se evidencian ciertas inconformidades. Un estudio realizado por Sayin y Guler, en Turquía, en el año 2008<sup>8</sup>, el cual tenía como objetivo determinar la cantidad de información que se requería por los pacientes peroperatorias y sus familiares y el papel que desempeñan las enfermeras en este proceso, reporto como el 68,3% de las personas encuestadas, refirieron que necesitan más educación, ya que consideran que lo proporcionado por los profesionales de enfermería

fue de manera incompleta. Es por ello que logro demostrar que a menudo, los profesionales proporcionan educación poco específica, la cual no va dirigida a satisfacer las necesidades actuales de cada población<sup>8</sup>.

Estas falencias generan en el individuo, desconocimiento sobre su patología, diagnósticos tardíos, abandono del tratamiento, poca adherencia y postergación de citas<sup>9</sup>. A nivel social puede aumentar la morbilidad y mortalidad, las afecciones en la salud mental, sensación de culpa, impotencia y temor en el núcleo familiar o acompañante<sup>9</sup>.

Con relación al profesional, este se afecta de manera negativa, ya que se genera retraso en la atención, tiempo libre desaprovechado, acumulación de intervenciones, disgustos entre el personal de salud y mala actitud de los pacientes hacia el profesional. Asimismo, en las instituciones se aumentan los costos y se afectan los estándares de calidad<sup>9</sup>.

Es por ello que se evidencia la necesidad de buscar herramientas didácticas de educación que permitan transmitir el conocimiento y que cumplan con los requisitos de información de calidad para cada paciente<sup>9</sup>. Por lo tanto, se propuso describir las herramientas didácticas de educación en salud que impactan en el paciente y su salud reportados por la literatura científica

## Metodología

Para este estudio se realizó una revisión integrativa, como método de investigación que permite la búsqueda, análisis y síntesis de investigaciones previas relacionadas con el tema indagado, logrando generar un conocimiento actualizado y la ejecución de intervenciones seguras en la atención en salud de la misma manera que identificar vacíos investigativos que requieren de estudios<sup>10</sup>.

Se tuvieron en cuenta las seis fases propuestas por Mendes, Silveira y Galvão (2008)<sup>10</sup> las

cuales comprenden: Identificación del tema o selección de hipótesis de investigación, construir criterios de inclusión de la búsqueda en la literatura y categorización de los estudios, análisis de los estudios incluidos en la revisión, interpretación de resultados y por último presentación de la revisión / resumen del conocimiento<sup>10</sup>.

El estudio se desarrolló en un periodo que inició desde agosto del 2015 y finalizó en enero del 2016. Se realizó la investigación electrónica en las siguientes bases de datos: Clinicalkey, CINALH, Medline, Google Académico, Science Direct y Ciberindex; extendiéndose a diferentes clases de artículos científicos publicados en el periodo de tiempo comprendido entre los años 2000 y 2016, disponibles en texto completo. Se utilizaron ecuaciones de búsqueda elaboradas a partir de los descriptores DeCS y MeSH con las palabras patient, tool y education y los booleanos AND Y OR en idioma inglés, español y portugués.

Los resultados se seleccionaron inicialmente mediante una lectura inicial por títulos, resúmenes, y por texto completo a fin de seleccionar los que aportaban información útil para el desarrollo de esta investigación. Los artículos seleccionados se organizaron en una matriz en Microsoft Excel® donde se ubicaron los datos de identificación de las investigaciones y se interpretaron los resultados mediante la construcción de temáticas relacionadas con las diferentes herramientas didácticas de educación en salud para una posterior discusión e interpretación de los mismos.

De acuerdo la Resolución 8430 de 1993 esta es una investigación documental de bajo riesgo. Por tanto, se contempló lo dispuesto por la Ley 44 del 1993 con relación a los derechos de autor siguiendo el referenciación continuo y el sentido de los textos tomados<sup>11,12</sup>.

## Resultados

Aspectos formales de las unidades de análisis:

Al iniciar la búsqueda en las bases de datos los resultados arrojaron 12.429 artículos, continuo a esto se realizó una selección por título donde se obtuvieron 104 investigaciones, de las cuales se excluyeron 68 ya que no se relacionaban con el sector salud y no aportaban información significativa para la investigación. Siguiendo a esto se seleccionaron 36 artículos por resumen y finalmente se eligieron 18 artículos de texto completo, que fueron los que se incluyeron en la investigación (ver gráfico 1).

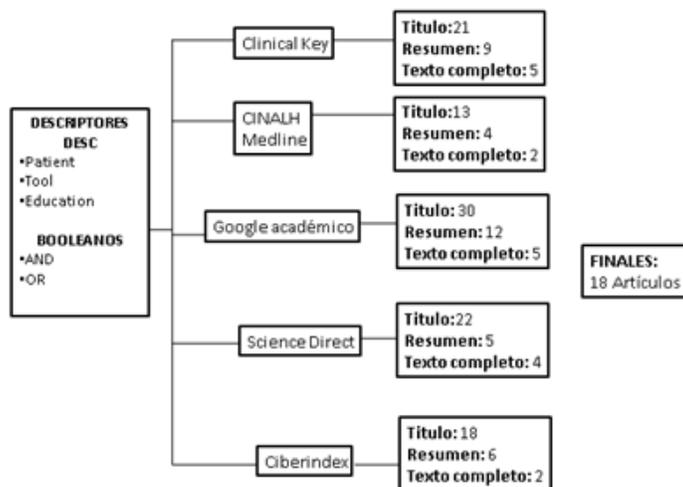


Gráfico 1: Artículos seleccionados por cada base de datos.

Fuente. Moreno F, Aguilar BT, Cortes LP, 2016.

El idioma en el que más se publicó fue en el español con un porcentaje de 83.3%, con respecto al año en el que más se efectuaron las publicaciones fue el 2015 y el lugar con mayor publicación fue España con un 55.5%. Con relación a los escenarios donde más se han aplicado es en el ámbito hospitalario. (Ver anexo 1)

Los resultados obtenidos en la búsqueda, fueron clasificados en cuatro grandes temáticas

Se clasificaron las herramientas didácticas de acuerdo a lo expuesto por la Dirección Nacional de Promoción del empleo y formación profesional<sup>13</sup>, enumerando los resultados de la siguiente manera:

### Herramientas didácticas visuales

#### • Educación escrita

Es una herramienta didáctica utilizada en varios ámbitos, pero a nivel sanitario permite educar al paciente en sus condiciones de salud y dar las recomendaciones de cuidado que debe tener en cuenta<sup>14</sup>. Permite al paciente ser partícipe de su autocuidado, logrando generar varias alternativas que van a contribuir de manera positiva en la evolución de su estado de salud<sup>14</sup>. Por tanto, se logró demostrar que es una herramienta didáctica segura, disminuyendo el riesgo de acceder a fuentes de información inadecuadas<sup>14</sup>.

Asimismo, en cuanto a los beneficios, se logró demostrar cómo influyó en la disminución de los efectos negativos y los miedos que sentían los pacientes frente a su patología<sup>15</sup> y además de generar un impacto positivo gracias al bajo costo en su realización, aparte de no necesitar de mucho tiempo, ni mayores recursos humanos<sup>16,17</sup>.

La herramienta didáctica de educación proporcionada de manera escrita más reportada, fue el folleto<sup>15, 16, 17, 18</sup>, ya que se considera muy útil debido a su claridad y facilidad en la comprensión del tema presentado,



permitiendo a los pacientes realizar las intervenciones educativas que allí se plantean de manera eficaz, logrando ajustarse a todo tipo de población y facilitando una lectura rápida en el momento de llevarla a cabo<sup>14,18</sup>.

- **Folleto socializado de manera verbal como didáctica de educación**

El folleto es una herramienta didáctica utilizada para transmitir conocimientos, el cual se caracteriza por reunir una serie de parámetros en el contenido que permiten educar al usuario frente a determinado tema de interés<sup>18</sup>.

Para favorecer la comprensión de la educación proporcionada mediante el folleto, es necesaria una socialización de manera verbal en el momento de su entrega por parte del personal de salud, el cual le permita recordar con exactitud las intervenciones de cuidado que debía realizar en casa<sup>18,19</sup>.

Entre los beneficios que proporcionó esta herramienta didáctica, fue permitir potenciar en el usuario el autocuidado e independencia en la toma de decisiones<sup>20</sup>. Además, lograba generar seguridad, tranquilidad y confianza a los pacientes y su familia, ya que les permitía reconocer las intervenciones que se iban a realizar y consultar el folleto de manera frecuente<sup>14,21</sup>. Es por ello que logró mejorar la adherencia y el empoderamiento de la educación brindada<sup>18,19</sup>.

### **Herramientas didácticas auditivas**

- **Educación de forma verbal**

Respecto a la educación proporcionada al paciente de manera verbal se tuvieron pocos resultados en la investigación, de los cuales un artículo menciona, que es una técnica de diálogo, que demuestra ser efectiva para su implementación en el ámbito hospitalario y comunitario<sup>22</sup>.

De esta manera influyó a nivel del entorno familiar del usuario, ya que permitió potenciar el apoyo familiar, brindando un espacio de pensamiento, reflexión crítica y actuar en pro de la participación del cuidado<sup>22</sup>.

Además los pacientes refirieron que la educación proporcionada de manera verbal les permitía mantener mejor relación e interacción con el personal de salud y resolución de dudas de manera inmediata, lo cual otros recursos de educación no lo permiten<sup>14</sup>.

### **Herramientas didácticas audiovisuales**

- **Herramientas de educación tecnológicas**

Entre las herramientas didácticas utilizadas para brindar recomendaciones de cuidado al usuario se encuentran las tecnológicas, que son una forma de enseñanza utilizada en el ámbito hospitalario, el cual permite la adquisición de conocimiento de una manera más gráfica y asimismo facilita la comprensión del tema presentado. En la búsqueda realizada frente a las herramientas didácticas tecnológicas, fueron reportadas la internet y las herramientas didácticas audiovisuales<sup>23</sup>.

- **Educación por medio de la internet**

El uso de la internet ha venido avanzando de manera progresiva, logrando la universalización y desarrollo de herramientas didácticas para la educación de libre acceso, potenciando las relaciones interpersonales, entre el paciente y el profesional de la salud<sup>14</sup>.

Se destacó su uso para proporcionar educación a los pacientes, ya que muchas personas de la población tenían la posibilidad de acceder a ellas en sus hogares, además de que mantenían un buen dominio de la tecnología<sup>19</sup> y se sentían satisfechos con la información encontrada en estas fuentes<sup>20</sup>. También facilitó el intercambio de experiencias<sup>24</sup>, permitiendo la promoción de comportamientos saludables y reducción de la morbi-mortalidad.

De esta manera, el uso del internet como herramienta didáctica de educación, beneficiaba a la institución ya que disminuía los presupuestos estimados<sup>19</sup> y al paciente le permitía desarrollar habilidades de cuidado, favoreciendo el mantenimiento de la salud<sup>24</sup>.

Pero así mismo fueron reportadas ciertas falencias en el uso de esta herramienta didáctica, ya que mucha de la educación accesible en

internet es incompleta, desactualizada e incluso errónea, siendo realizada por personas no competentes para brindar esta información<sup>25,26,27</sup>. A demás no garantizaba que lo proporcionado fuera leído o entendido en su totalidad por los pacientes, ya que no se lograba adaptar a todo tipo de población y los adultos mayores por sus limitaciones físicas y cognitivas se le dificultan el acceso a esa herramienta didáctica<sup>15, 26</sup>.

Es por ello que para la implementación del internet como herramienta didáctica de educación es necesario involucrar al paciente en la construcción y diseño del sistema, disminuyendo las deficiencias respecto a la terminología, la dificultad en el acceso y garantizando que el paciente previamente reconozca las fuentes seguras y de calidad. A demás esta herramienta didáctica requiere de una rigurosa evaluación periódica de entes expertos en el tema, para ajustar y orientar hacia el objetivo<sup>26,27</sup>.

- **Educación por medio audiovisual**

La herramienta didáctica audiovisual para la educación al paciente en el ámbito sanitario, demostró beneficiar de forma significativa en el proceso de atención, debido a que el avance de la tecnología informática y las redes sociales, ha facilitado la construcción y propagación de material audiovisual el cual tiene un bajo costo. Demostró ser una herramienta didáctica de educación útil, ya que garantizo la comprensión del tema presentado en su totalidad, logrando mejorar el nivel de conocimientos en el usuario, familia o comunidad<sup>28</sup>.

### **Discusión y conclusiones**

Se debe tener en cuenta que el profesional de la salud es quien brinda la educación y orienta al paciente en cuanto a las recomendaciones para mejorar la adherencia a un tratamiento específico y así brindar beneficios en su estado de salud. Es por ello que se requiere de profesionalismo, motivación e imaginación para desarrollar herramientas didácticas educativas que le permitan al paciente un mejor empoderamiento en la educación proporcionada<sup>17</sup>.

El paciente en situaciones vulnerables o no, requiere de una educación orientada a proporcionar los elementos que le permitan en su autocuidado realizar prácticas tanto de prevención como de promoción en su estado de Salud<sup>8</sup>. Cuando hay presencia de una patología que requiera de intervenciones específicas, se hace necesario brindar la educación al paciente del cuidado que debe tener en cuenta ya sea en el mantenimiento, preparación o recuperación del tratamiento que se le está proporcionando<sup>32</sup>.

A partir de los objetivos y los resultados obtenidos durante la investigación, la herramienta didáctica más reportada por la literatura fue el folleto socializado de manera verbal, proporcionaron en la educación al paciente un impacto positivo, ya que su claridad, permite una lectura rápida las veces que sea necesario<sup>14,21</sup>. De la misma manera logro demostrar alta eficiencia, debido a que genero mayor adherencia del paciente a las recomendaciones que requerían para el cuidado en su patología y facilitaban la realización de las intervenciones en su totalidad<sup>17</sup>.

De esta manera disminuía los efectos negativos como el miedo y la angustia que se generaban ante una intervención y garantizaban que la educación recibida era la apropiada<sup>14,15</sup>. También esta herramienta didáctica de educación logro llamar la atención en los servicios de salud ya que para su realización no se requerían de costos altos, ni tampoco se debía

destinar mucho tiempo, ni recursos humanos en su desarrollo<sup>16,17</sup>.

Sin embargo, requiere de una serie de recomendaciones importantes: su construcción se debe realizar de manera detallada, sencilla y comprensible para el paciente, libre de términos técnicos o científicos, involucrando imágenes explicativas que mejoren la comprensión del tema<sup>29,33</sup>. A demás se debe tener en cuenta las características de la población a la que va dirigida y el promedio de edad, ya que, para la población joven, no suele llamar mucho la atención este tipo de herramienta didáctica. Igualmente se debe tener en cuenta el nivel educativo, recursos disponibles, las necesidades de cada población y otras variables que pueden alterar el proceso de comprensión de la educación proporcionada<sup>27,29,30</sup>.

También es indispensable fortalecer las habilidades de los trabajadores en salud, con el fin de formar un equipo interdisciplinario, el cual garantice la claridad y solidez de las herramientas didácticas de educación proporcionadas, haciéndolas más sencillas y concisas en cuanto a lo que se quiere dar a conocer<sup>16,27</sup>. De esta manera los pacientes reconocerán esta herramienta didáctica como de excelente calidad<sup>17,31</sup>.

Finalmente, se recomienda para próximas investigaciones continuar abordando las herramientas didácticas de educación en el ámbito sanitario y su efectividad, ya que la literatura disponible frente a este tema es muy reducida y poco específica.

Unidades de análisis	Idioma	Año de publicación	Lugar de publicación	Escenario
Barrio Cantalejo I, Simón Lorda P, Melguizo Jiménez M, Molina Ruiz A. Consenso sobre los criterios de legibilidad de los folletos de educación para la salud. <i>An Sist Sanit Navar</i> . 2011;34(2):153-65.	Español	2011	España	Ámbito Comunitario
Barrio Cantalejo IM, Simón Lorda P, Carmona Rega I, Escalona Labella I, Molina Ruiz A, Ayudarte Larios ML. Opinión de los pacientes sobre la legibilidad de los folletos de educación para la salud. <i>Index Enferm</i> . 2008;17(4):136-240.	Español	2008	España	Ámbito Comunitario
Becerra Gálvez AL, Reynoso Erazo L, Fernández Vega M, Rumbo Nava U. Elaboración y validación de contenido de dos folletos educativos para pacientes con cáncer de pulmón. <i>Revista de Educación y Desarrollo</i> . 2013;21-7.	Español	2013	México	Ámbito hospitalario
Caetano de Souza AC, Magalhães Moreira TM, Pereira Borges JW. Tecnologias educacionais desenvolvidas para promoção da saúde cardiovascular em adultos: revisão integrativa. <i>Rev Esc Enferm</i> . 2014;48(5):944-51.	Portugués	2014	Brasil	Ámbito Comunitario
Correa Tello KJ. Diseño y validación de material para una intervención educativa en pacientes con implante de stent coronario. <i>Revista Perspectivas Educativas</i> . 2014;7(1):159-70.	Español	2014	Colombia	Ámbito hospitalario
Cortés Criado MC. Información escrita a pacientes: de papeles a documentos. <i>Rev Calid Asist</i> . 2013;29(2):92-8.	Español	2013	España	Ámbito hospitalario
Curioso WH, Gozzer E, Valderrama M, Rodríguez Abad J, Villena JE, Villena AE. Uso y percepciones hacia las tecnologías de información y comunicación en pacientes con diabetes, en un hospital público del Perú. <i>Rev Peru Med Exp Salud publica</i> . 2009;26(2):161-7.	Español	2009	Perú	Ámbito Comunitario
Delgado de Medoza Ruiz B, Uceta Pérez E, Serón Barba MJ, Ortega Jiménez P, Jiménez Pérez M, Romero Sánchez I. Folleto de educación para la salud en un servicio de angiología. <i>Revista Enfermería Docente</i> . 2015;2(104):16-22.	Español	2015	España	Ámbito hospitalario
García Marín M, Osuna Pérez MC. Efectividad de la información escrita de calidad en el aumento de la satisfacción con el servicio de fisioterapia durante la estancia hospitalaria de intervenidos quirúrgicamente por fractura de cadera. <i>Fisioterapia</i> . 2013;35(1):24-31.	Español	2013	España	Ámbito hospitalario
Marín Torres V, Valverde Aliaga J, Sánchez Miró I, Sáenz del Castillo Vicente MI, Polentinos Castro E, Garrido Barral A. Internet como fuente de información sobre salud en pacientes de atención primaria y su influencia en la relación médico-paciente. <i>Aten Primaria</i> . 2013;45(1):46-53.	Español	2012	España	Ámbito comunitario
Medrano Martínez V, Callejo Domínguez JM, Beltrán Lasco I, Pérez Carmona N, Abellán Miralles I, González Caballero G, et al. Folletos de información en migraña: satisfacción percibida en un grupo de pacientes. <i>Neurología</i> . 2015;30(8):472-8.	Español	2015	España	Ámbito comunitario
Molano Bernardino C, Maestro Fernández A, Seijas Vázquez R, Cintado Avilés M, Edelaar P, Pérez Carro L. Eficacia de internet audiovisual para educación de pacientes con artroscopia de rodilla. <i>Rev Esp Artrosc Cir Articul</i> . 2015;22(2):85-92.	Español	2014	España	Ámbito hospitalario
Ortiz J, Wang S, Elayda MA, Tolpin DA. Información preoperatoria al paciente: ¿podemos mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad? <i>Rev Bras Anestesiol</i> . 2015;65(1):7-13.	Ingles	2013	USA	Ámbito hospitalario
Padilla Quero E OPMC. Efectividad de la información escrita e ilustrada en la adherencia a un programa terapéutico domiciliario en pacientes con cervicgia crónica: un estudio piloto. <i>Rev Fisioterapia</i> . 2012;35(3):105-11.	Español	2012	España	Ámbito comunitario
Rivas Nieto AC, Málaga G, Ruiz Grosso P, Huayanay Espinoza CA, Curioso WH. Uso y percepciones de las tecnologías de la información y comunicación en pacientes con hipertensión arterial, dislipidemia o diabetes de un hospital nacional de Lima, Perú. <i>Rev Peru Med Exp Salud Publica</i> . 2015;32(2):283-8.	Español	2015	Perú	Ámbito comunitario
San Norberto EM, Taylor J, Salvador R, Revilla Á, Medino B, Vaquero C. Calidad de la información disponible en internet sobre el aneurisma de aorta y su tratamiento endovascular. <i>Rev Esp Cardiol</i> . 2011;64(10):869-75.	Español	2011	España	Ámbito hospitalario
Sartori J, Espinoza P, Soledad Díaz M, Ferdinand C, Lacassie HJ, González A. ¿Qué información preoperatoria desean los padres de niños que serán operados? <i>Rev Chil Pediatr</i> . 2015;86(6):399-403.	Español	2015	Chile	Ámbito hospitalario
Silveira RE, Furtado de Mendonça FT, Silva Santos A, Ventura Filipe EM. Estratégias de educação em saúde para idosos: experiências e desafio. <i>Cultura de los Cuidados</i> . 2015; (42):154-163.	Portugués	2015	Brasil	Ámbito comunitario y hospitalario

Anexo 1: Descripción de los artículos incluidos en la investigación.

**Bibliografía**

1. Instituto de Adicciones de Madrid Salud. Programa de educación para la salud Madrid 2006 [citado 29 Agosto 2015]. [1-137]. Disponible en: <http://www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/doctecnicos/educacion/mod1.pdf>.
2. Pérez Jarauta MJ, Echauri Ozcoide M, Ancizu Irure E, San Martín JC. Manual de educación para la salud: Gobierno de Navarra; 2006 [citado 7 Septiembre 2015]. [1-188 pp.]. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/049B3858-F993-4B2F-9E33-2002E652EBA2/194026/MANUALdeeducacionparalasalud.pdf>.
3. Metodología en Educación para la Salud individual y grupal [citado 7 Diciembre 2015]. Disponible en: [http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/ServicioAragonesSalud/Areas/03\\_Informacion\\_al\\_profesional/02\\_Calidad/MetodologiaEducacionindygrupal.pdf](http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/ServicioAragonesSalud/Areas/03_Informacion_al_profesional/02_Calidad/MetodologiaEducacionindygrupal.pdf).
4. Gallego Diéguez J. Materiales educativos en educación para la salud. Criterios de análisis y elaboración Gobierno de Aragón; [citado 7 Septiembre 2015]. [1-15 pp.]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/salud/auxiliar/MaterialesEducacionParalaSalud.pdf>.
5. Mosquera M. Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias: Organización Panamericana de la Salud; 2003 [citado 7 Septiembre 2015]. [1-15 pp.]. Disponible en: [http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/Mosquera\\_2003.pdf](http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/Mosquera_2003.pdf).
6. Carifa L, Janiszewski Goodin H. Using Games to Provide Interactive Perioperative Education 2011 [citado 7 Septiembre 2015]. [370-6 pp.]. Disponible en: [http://hannahalexander.weebly.com/uploads/1/6/3/9/16396002/case\\_3\\_research\\_1.pdf](http://hannahalexander.weebly.com/uploads/1/6/3/9/16396002/case_3_research_1.pdf).
7. Noreen Heer N, Ersser SJ. The role of the nurse educator in managing a topic dermatitis. Rev Immunol Allergy Clin NAM. [Internet]. 2010 [citado 7 Septiembre 2015]; 30(3):[369-83 pp.]. Disponible en: [https://catalogo.fucsalud.edu.co:2418/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0889856110000512.pdf?locale=es\\_ES](https://catalogo.fucsalud.edu.co:2418/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0889856110000512.pdf?locale=es_ES)
8. Sayin Y, Aksoy G. The Nurse's Role in Providing Information to Surgical Patients and Family Members in Turkey: A Descriptive Study. AORN Journal [Internet]. 2012 [citado 7 Septiembre 2015]; 95(6):[772-87 pp.]. Disponible en: [https://catalogo.fucsalud.edu.co:2418/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0001209212003420.pdf?locale=es\\_ES](https://catalogo.fucsalud.edu.co:2418/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0001209212003420.pdf?locale=es_ES)
9. Genetic Alliance. Cómo entender la genética: una guía para pacientes y profesionales médicos en la región de Nueva York y el Atlántico Medio 2009 [cited 7 Septiembre 2015]; [117 p.]. Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK132207/pdf/Bookshelf\\_NBK132207.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK132207/pdf/Bookshelf_NBK132207.pdf).
10. Lamberti Pivoto F, Lunardi Filho WD, Costa Santos S, Lerch Lunardi V. Pesquisa convergente-assistencial: revisão integrativa de produções científicas da enfermagem. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2013 [citado 10 Septiembre 2015]; 22(3):[843-849 pp.]. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000300034](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300034)
11. Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. (04-10-1993).
12. Ley 44 de 1993, por la cual se modifica y adiciona la ley 23 de 1982 y se modifica la ley 29 de 1944. Diario oficial n° 40.740, (05-02-1993).
13. Dirección Nacional de Promoción del Empleo y Formación Profesional. Herramientas didácticas. Perú [Internet]. 2008 [citado 22 Noviembre 2015]. Disponible en: [http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/publicaciones\\_dnpefp/Herramientas\\_metodologicas.pdf](http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/publicaciones_dnpefp/Herramientas_metodologicas.pdf).
14. Medrano Martínez V, Callejo Domínguez JM, Beltrán Lasco I, Pérez Carmona N, Abellán Miralles I, González Caballero G, et al. Folletos de información en migraña: satisfacción percibida en un grupo de pacientes. Neurología [Internet]. 2015 [citado 20 septiembre 2016]; 30(8):[472-8 pp.]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-folletos-informacion-educativa-migrana-satisfaccion-90439196>.
15. Ortiz J, Wang S, Elayda MA, Tolpin DA. Información preoperatoria al paciente: ¿podemos mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad? Rev Bras Anestesiol [Internet]. 2015 [citado 21 Septiembre 2015]; 65(1):[7-13 pp.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255496313001840>.
16. Becerra Gálvez AL, Reynoso Eraso L, Fernández Vega M, Rumbo Nava U. Elaboración y validación de contenido de dos folletos educativos para pacientes con cáncer de pulmón. Revista de Educación y Desarrollo [Internet]. 2013 [citado 22 septiembre 2015]; [21-7 pp.]. Disponible en: [http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/antiores/25/025\\_Becerra.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/antiores/25/025_Becerra.pdf).
17. Padilla Quero E, Osuna Pérez MC. Efectividad de la información escrita e ilustrada en la adherencia a un programa terapéutico domiciliario en pacientes con cervicalgia crónica: un estudio piloto. Fisioterapia [Internet]. 2013 [citado 25 septiembre 2015]; 35(3):[105-11 pp.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211563812000880>.
18. Delgado de Medoza Ruiz B, Uceta Pérez E, Serón Barba MJ, Ortega Jiménez P, Jiménez Pérez M, Romero Sánchez I. Folleto de educación para la salud en un servicio de angiología. Revista Enfermería Docente [Internet]. 2015 [citado 10 Octubre 2015]; 2(104):[16-22 pp.]. Disponible en: [http://www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/view/36/pdf\\_60](http://www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/view/36/pdf_60).
19. García Marín M, Osuna Pérez MC. Efectividad de la información escrita de calidad en el aumento de la satisfacción con el servicio de fisioterapia durante la estancia hospitalaria de intervenidos quirúrgicamente por fractura de cadera. Fisioterapia [Internet]. 2013 [citado 10 Octubre 2015];

- 35(1):[24-31 pp.]. Disponible en: [https://catalogo.fucsalud.edu.co:2418/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0211563812000624.pdf?locale=es\\_ES](https://catalogo.fucsalud.edu.co:2418/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0211563812000624.pdf?locale=es_ES).
20. Rivas Nieto AC, Málaga G, Ruiz Grosso P, Huayanay Espinoza CA, Curioso WH. Uso y percepciones de las tecnologías de la información y comunicación en pacientes con hipertensión arterial, dislipidemia o diabetes de un hospital nacional de Lima, Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2015 [citado 10 Octubre 2015]; 32(2):[283-8 pp.]. Disponible en: <http://catalogo.fucsalud.edu.co:2090/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7feb97f4-9735-4944-8111-f096c553d3de%40sessionmgr4005&vid=5&hid=4106>.
  21. Sartori J, Espinoza P, Soledad Díaz M, Ferdinand C, Lacassie HJ, González A. ¿Qué información preoperatoria desean los padres de niños que serán operados? *Rev Chil Pediatr* [Internet]. 2015 [citado 10 Octubre 2015]; 86(6):[399-403 pp.]. Disponible en: <http://catalogo.fucsalud.edu.co:2090/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7feb97f4-9735-4944-8111-f096c553d3de%40sessionmgr4005&vid=8&hid=4106>.
  22. Silveira RE, Furtado de Mendonça FT, Silva Santos A, Ventura Filipe EM. Estratégias de educação em saúde para idosos: experiências e desafio. *Cultura de los Cuidados*. [Internet]. 2015 [citado 22 Noviembre 2015]; 42(2):[154-163 pp.]. Disponible en: [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/49338/1/Cultura-Cuidados\\_42\\_14.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/49338/1/Cultura-Cuidados_42_14.pdf)
  23. Corporación Universitaria del Caribe. Didáctica de la Tecnología e Informática Colombia [citado 22 Noviembre 2015]. 1-82]. Disponible en: [http://e-learning.cecar.edu.co/RecursosExternos/LIBROS\\_DIGITALES/DidacticaDeLaTecnologia/Didactica\\_de\\_la\\_Tecnologia\\_e\\_Informatica.pdf](http://e-learning.cecar.edu.co/RecursosExternos/LIBROS_DIGITALES/DidacticaDeLaTecnologia/Didactica_de_la_Tecnologia_e_Informatica.pdf).
  24. Caetano de Souza AC, Magalhães Moreira TM, Pereira Borges JW. Tecnologias educacionais desenvolvidas para promoção da saúde cardiovascular em adultos: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm*. [Internet]. 2014 [citado 22 Noviembre 2015]; 48(5):[944-51 pp.]. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt\\_0080-6234-reeusp-48-05-944.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-944.pdf)
  25. Marín Torres V, Valverde Aliaga J, Sánchez Miró I, Sáenz del Castillo Vicente MI, Polentinos Castro E, Garrido Barral A. Internet como fuente de información sobre salud en pacientes de atención primaria y su influencia en la relación médico-paciente. *Aten Primaria* [Internet]. 2013 [citado 22 Noviembre 2015]; 45(1):[46-53 pp.]. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?f=10&pident\\_articulo=90185335&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=27&ty=106&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v45n01a90185335pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=90185335&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=106&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v45n01a90185335pdf001.pdf).
  26. Curioso WH, Gozzer E, Valderrama M, Rodríguez Abad J, Villena JE, Villena AE. Uso y percepciones hacia las tecnologías de información y comunicación en pacientes con diabetes, en un hospital público del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud publica* [Internet]. 2009 [citado 22 Noviembre 2015]; 26(2):[161-7 pp.]. Disponible en: <http://catalogo.fucsalud.edu.co:2090/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7feb97f4-9735-4944-8111-f096c553d3de%40sessionmgr4005&vid=12&hid=4106>.
  27. San Norberto EM, Taylor J, Salvador R, Revilla Á, Medino B, Vaquero C. Calidad de la información disponible en internet sobre el aneurisma de aorta y su tratamiento endovascular. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2011 [citado 22 Noviembre 2015]; 64(10):[869-75 pp.]. Disponible en: [https://catalogo.fucsalud.edu.co:2418/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0300893211004763.pdf?locale=es\\_ES](https://catalogo.fucsalud.edu.co:2418/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0300893211004763.pdf?locale=es_ES).
  28. Molano Bernardino C, Maestro Fernández A, Seijas Vázquez R, Cintado Avilés M, Edelaar P, Pérez Carro L. Eficacia de internet audiovisual para educación de pacientes con artroscopia de rodilla. *Rev Esp Artroc Cir Articul* [Internet]. 2015 [citado 22 de Noviembre 2015]; 22(2):[85-92 pp.]. Disponible en: [http://ac.els-cdn.com/S2386312915000274/1-s2.0-S2386312915000274-main.pdf?\\_tid=0de583cc-fd2d-11e5-bce3-00000aacb35f&acdnat=1460080745\\_68b81e8213057070264efcf08c332c5e](http://ac.els-cdn.com/S2386312915000274/1-s2.0-S2386312915000274-main.pdf?_tid=0de583cc-fd2d-11e5-bce3-00000aacb35f&acdnat=1460080745_68b81e8213057070264efcf08c332c5e).
  29. Barrio Cantalejo I, Simón Lorda P, Melguizo Jiménez M, Molina Ruiz A. Consenso sobre los criterios de legibilidad de los folletos de educación para la salud. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2011 [citado 22 Noviembre]; 34(2):[153-65 pp.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v34n2/original2.pdf>.
  30. Correa Tello KJ. Diseño y validación de material para una intervención educativa en pacientes con implante de stent coronario. *Revista Perspectivas Educativas* [Internet]. 2014 [citado 22 Noviembre 2015]; 7(1):[159-70 pp.]. Disponible en: [https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S1134282X13001541.pdf?locale=es\\_ES](https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S1134282X13001541.pdf?locale=es_ES).
  31. Cortés Criado MC. Información escrita a pacientes: de papeles a documentos. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2013 [citado 22 de Noviembre 2015]; 29(2):[92-8 pp.]. Disponible en: [https://catalogo.fucsalud.edu.co:2418/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S1134282X13001541.pdf?locale=es\\_ES](https://catalogo.fucsalud.edu.co:2418/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S1134282X13001541.pdf?locale=es_ES).
  32. León Saavedra PE. Percepción del quehacer de enfermería en el Plan de Salud Territorial: una mirada desde enfermería. *Investig Enferm Imagen Desarr* [Internet]. 2014 [citado 22 Noviembre 2015]; 16(2):[13-25 pp.]. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/7420>.
  33. Barrio Cantalejo IM, Simón Lorda P, Carmona Rega I, Escalona Labela I, Molina Ruiz A, Ayudarte Larios ML. Opinión de los pacientes sobre la legibilidad de los folletos de educación para la salud. *Index Enferm* [Internet]. 2008 [citado 22 Noviembre 2015]; 17(4):[136-240 pp.]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962008000400003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400003).

## Semilleros de investigación

### Aborto legal, interrupción voluntaria del embarazo, vivencias de una adolescente

Kharen Valeria Narvaez Moreno\*

Camila Andrea Palacio Murcia\*

\* Estudiantes VI Semestre. Facultad de Enfermería FUCS

#### Resumen

Un embarazo no deseado en las adolescentes, puede tener consecuencias no solo en la salud física de la gestante, sino también en su salud mental. Es por eso que muchas adolescentes acuden a la interrupción voluntaria del embarazo que en Colombia ha sido despenalizada desde el año 2006; aunque es bien sabido que la aceptación por parte de la sociedad a procedimientos como el aborto aún no se forja. Teniendo esto en cuenta, se crea la necesidad de analizar el contexto y las situaciones por las que deben atravesar las adolescentes que practican la interrupción voluntaria del embarazo. Este estudio pretende conocer las percepciones, expectativas, emociones y opiniones de una adolescente que acudió al aborto por las consecuencias emocionales que este produjo en ella. Para ello, se decidió realizar un relato biográfico, un tipo de estudio cualitativo descriptivo de un solo caso. Para la informante de este relato la legalización del aborto es el reconocimiento de los derechos de cada mujer.

Palabras clave: Interrupción voluntaria del embarazo / Aborto / Despenalización / Investigación cualitativa

#### Abstract

An unwanted pregnancy in adolescents may have consequences not only on the physical health of the pregnant woman, but also on her mental health. That is why

many adolescents come to the voluntary termination of pregnancy that in Colombia has been decriminalized since 2006; Although it is well known that the acceptance by society to procedures such as misbirth is not yet forged. With this in mind, there is a need to analyze the context and situations that adolescents who experience voluntary termination of pregnancy should experience. This study aims to know the perceptions, expectations, emotions and opinions of a teenager who went to misbirth because of the emotional consequences that this produced in her. For this, it was decided to make a biographical account, a type of qualitative study descriptive of a single case. For the informant of this story, the legalization of misbirth is the recognition of the rights of each woman.

Key-words: Voluntary misbirth / Misbirth / Decriminalization / Qualitative research

#### Introducción

Un embarazo no deseado puede tener muchas consecuencias para la salud de una mujer, especialmente si este embarazo se produce durante la adolescencia, ya que es en esta etapa donde se están comenzando a desarrollar todas las funciones sexuales, por tanto, se consideran embarazos de alto riesgo. Sin embargo, las consecuencias físicas no son lo único por lo que debe atravesar una adolescente con un embarazo no deseado, dado que a nivel emocional y social también se ve muy afectada la mujer.<sup>1</sup>

En algunas situaciones, las adolescentes con embarazos no deseados, acuden a procedimientos para interrumpir el embarazo. En Colombia, la interrupción voluntaria del embarazo se ha legalizado en ciertas circunstancias, por medio de la sentencia C355 de 2006 en la que se reconoce el aborto legal y seguro como parte integral e indivisible de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, en casos de que, la continuidad del embarazo representa un riesgo para la vida o la salud de la mujer, el feto presente malformaciones que hacen inviable su vida, y cuando el embarazo sea el resultado de una conducta debidamente denunciada.<sup>2</sup>

La investigación en cuanto a las experiencias y vivencias de una adolescente que ha acudido a la interrupción voluntaria del embarazo, puede brindar conocimiento sobre las posibles necesidades y cuidados que se requieren posteriores al procedimiento, esto teniendo en cuenta que a pesar que la despenalización del aborto ha sido aprobada desde el 2006, aún no es completamente aceptado en la sociedad lo cual puede generar afeción en el equilibrio emocional y social de la mujer adolescente.<sup>3</sup>

Se ha llevado a cabo un relato biográfico, siguiendo para ello la metodología propuesta por Amezcua y Hueso.<sup>4</sup> El relato biográfico se enmarca dentro de

los diseños fenomenológicos y se utiliza para describir exhaustivamente la experiencia vivida por una sola persona.

La informante, una mujer de 19 años de edad, ha sido elegida por pertenecer a la red nacional de mujeres, donde apoya las campañas de legalización del aborto. En este sentido, fue su lucha exhaustiva para obtener una interrupción voluntaria del embarazo de forma segura lo que motivó su elección. La informante fue identificada por una investigadora que tiene una relación personal con ella. La técnica de recogida de datos fue la entrevista en profundidad. Antes de dar comienzo a la entrevista, la participante fue informada del objetivo del estudio y de la confidencialidad de los datos. Seguidamente firmó un consentimiento informado para tomar parte en el estudio y para la grabación de su relato, que comenzó con el siguiente enunciado de la entrevistadora: "nos gustaría que nos contaras sobre la experiencia que has tenido en el proceso de tu embarazo no deseado". La conversación tuvo lugar en el domicilio de la participante y se realizaron dos sesiones, en mayo de 2017, la duración de ambas sesiones fue de aproximadamente media hora. La informante se mantuvo espontánea y enérgica durante las sesiones, relató sus vivencias de forma tranquila y natural, lo que facilitó la fluidez de su narración.

La entrevista fue grabada y transcrita literalmente para después hacer un análisis cualitativo del contenido, distribuyendo el discurso en categorías temáticas según las indicaciones de Amezcua y Hueso Montoro.<sup>5</sup>

## Relato biográfico La peor noticia

Supe que estaba embarazada el 25 de febrero, ya que tenía dos meses de retraso, compré una prueba casera que salió positiva. En ese momento sentí que el tiempo se me había congelado, deje de sentir el cuerpo entero, dicen que cuando uno se va a morir la vida se le pasa por los ojos, pero a mí en el momento que me salieron las dos rayitas se me paso la vida entera y además de eso deje de verme a mí con mis metas cumplidas, me visualice hecha un desastre en el futuro porque esas dos rayitas significaban adiós carrera, adiós metas, adiós sueños y hola bebé, hola mamá soltera. Después de que empecé a volver a la realidad no sabía si quería llorar, enojarme, salir corriendo o simplemente asumirlo todo.

Decidí pedir cita médica en mi EPS, la tuve el 2 de marzo, allá le hice saber a la doctora que estaba embarazada pero que no lo quería tener porque yo no quería tener hijos además no sabía ya nada del papá. Ella de forma atrevida me respondió que había sido una irresponsable que no era correcto lo que quería y que no me podría realizar un procedimiento así porque no estaba mi caso no entraba en la ley que protegía el aborto y que me remitiría con ginecólogo para iniciar los controles correspondientes al embarazó.

Yo pensé que en mi EPS me iban a apoyar, pero fue bastante frustrante obtener una respuesta así y que te quieran obligar a hacer algo que no quieres, yo no quiero ser mamá y pienso que mi decisión debe ser respetada porque es mi cuerpo y mi vida lo que está en riesgo, además me dolía pensar en mi futuro ya que no podría seguir estudiando y me tocaría responder sola por el bebé, sentía que el mundo se me estaba derrumbando. Por un momento hasta llegué a pensar que, si nadie me podía ayudar por la parte legal, buscaba los lugares clandestinos.

## Referencias

1. Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América latina y el Caribe. 2002. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf> [Consultado el 18 de mayo de 2015].
2. Ministerio de salud y protección social. Marzo 15 del 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/interrupcion-voluntaria-embarazo.aspx> [Consultado el 18 de mayo de 2015].
3. Grupo médico por el derecho a decidir – Colombia. EMBARAZO NO DESEADO, CONTINUACIÓN FORZADA Y AFECTACIÓN DE LA SALUD MENTAL. Diciembre del 2011. Documento de disposición [Consultado el 18 de mayo de 2015].
4. Amezcua M, Hueso Montoro C. Cómo elaborar un relato biográfico. Arch Memoria. 2004; Disponible en: <http://catalogo.fucsalud.edu.co:2095/memoria/metodologia.php> [Consultado el 18 de mayo de 2015].
5. Amezcua M, Hueso Montoro C. Cómo elaborar un relato biográfico. Arch Memoria. 2004; Disponible en: <http://catalogo.fucsalud.edu.co:2095/memoria/metodologia.php> [Consultado el 18 de mayo de 2015].

## Una luz en el camino

No sabía cómo decirles a mis papás para ellos un embarazo significaba que debería parar con mi carrera para dedicarme a trabajar por el bebé, eso para mí habría sido fatal, entonces decidí contarle a mi tía, ella es muy joven y liberal, ella me aconsejó que fuera a la Red Nacional de Mujeres.

Cuando llegue a la Red Nacional de Mujeres tenía miedo porque no sabía que me iban a decir, o si iban a pensar lo mismo que la doctora. Yo solo tenía algo muy claro y es que yo soy muy joven y no quiero ser mamá. Ese día estaba yo sola y pues la persona que estaba en la recepción me dijo que ese día iban a hacer una conferencia con varias chicas que estaban en mi misma situación.

Al inicio de la conferencia había una mujer de esas que se ven todas estiradas y regañonas, y yo pensé "aquí nos van a dar el sermón de

la responsabilidad para tener el bebé". Cuando la mujer comenzó a hablar, lo primero que nos dijo fue "ustedes tienen derecho a decidir sobre lo que quieren para su vida y si un hijo no está dentro de sus planes, nadie puede obligarlas a tenerlo", ahí se me iluminó el camino y fue como si alguien al fin pudiera entenderme. La conferencia básicamente trato de nuestros derechos sexuales y reproductivos, ahí fue cuando me enteré que yo si podía hacerme la "interrupción voluntaria del embarazo" como la llaman en la Red Nacional de Mujeres, porque a mí ese embarazo me afectaba muchísimo a nivel emocional y pues llegar a pensar hasta en poner en peligro mi vida con un lugar clandestino, todo eso ponía en riesgo potencial mi vida.

Después de tener las cosas mucho más claras, recuerdo que nos dijeron que en Bogotá podíamos ir a dos centros donde podríamos apoyarnos para la realización del procedimiento, uno que es Profamilia y el otro llamado Oriéntame.

### **Mi mejor decisión: el aborto**

Al día siguiente con mi tía fuimos a la Profamilia allí encontré otras respuestas, le conté todo a la enfermera y le expliqué porque no quería tenerlo y ella me explicó que la ley me cobijaba porque estaba en riesgo mi parte psicológica y social y que tenía derecho a decidir.

Allá me volvieron a realizar prueba de embarazo y me remitieron con psicología y con médico. Cuando hable con el Psicólogo, él me preguntó porque no tenía al bebé y lo daba en adopción, ante esta idea mi primera respuesta fue negativa; nunca he estado de acuerdo con la adopción de los niños, es para mí, una forma de sufrimiento para los niños que deben atravesar el proceso de adopción o para quienes tiempo después se enteran que son adoptados, eso hace saber a los niños que sus mamás no los querían, también corren el riesgo de no ser adoptados. Al psicólogo le hice saber todas mis razones y él me dijo que era completamente respetable mi pensamiento, así que después de ahondar en mis sentimientos y mi posición frente a ese embarazo me dio la autorización para que me valorara el médico. Este me explicó lo que sucedería me iba a administrar dos pastas por la vagina y que me tenía que tomarme otras dos que después de dos horas iniciaría a sentir cólicos muy fuertes y finalmente expulsar el feto.

Ellos me las administraron y me fui a mi casa, empecé a tener cólicos muy fuertes, diarrea, dolor de barriga, muchas náuseas y dolor de cabeza. mi preocupación fue tremenda no sabía que hacer tenía mucho miedo de que saliera mal. Se supone que para que el proceso se completará pasarían 12 horas, al día siguiente nada, entonces decidí volver, me hicieron ecografía y las pastas no habían hecho efecto, me dijeron que tenían que hacerme legrado o sea sacarme el bebé, me dio mucho miedo no pensé que fuera a sucederme esto que tal me muriera en la cirugía.

Llamé a mi tía porque me necesitaba un acompañante, me entraron a una sala de cirugía, acostaron en una camilla y me introdujeron unas pastas y unas pinzas, empecé a llorar porque era muy incómodo, me sentía muy sola y culpable ver como sacaban eso y me cuestioné, pero aun así seguí pensando en mi futuro.

Creo que el proceso es muy incómodo y angustiante tenía miedo de que algo me pasara o de que no se pudiera realizar y yo después qué haría con ese niño.

### **La realidad del entorno social**

A veces me cuestiono si hice lo correcto, pues por el malestar que se me generó tuve que contarle a mi familia, ellos son muy religiosos y dicen que cometí el peor pecado de la vida como pude ser capaz de quitarle la vida a un bebé que no tenía ninguna culpa, que Dios me va a castigar por haber matado que soy una irresponsable por no asumir mis errores y aceptar lo que Dios me mandó que mi vida hubiera cambiado para bien, yo lo único que les digo es que ya no se puede hacer nada porque mi decisión siempre será la misma no iba a traer al mundo a un niño que sufriría porque yo no lo querría.

No puedo negar las palabras de mi familia son fuertes y dolorosas, no pensé que les afectaría tanto, creí que me apoyarían porque nuestra situación no está para mantener a otro ser, ellos no tienen la capacidad de entender mi posición y ahora soy el peor ser humano para ellos, pero eso pasa a ser menos importante cuando pienso en lo que estoy viviendo ahora, no cambio mi cuerpo, puedo seguir aprovechando mi vida a mi gusto, puedo seguir estudiando no le daña la vida a mis papás ni la mía y tampoco le di una mala vida a otro ser, sé que tomé la mejor decisión.

## Semilleros de investigación

### Muerte fetal: "de la alegría a la tristeza"

Angie Espitia Ariza \*

Wendy Torrejano Alba \*

Estudiantes VI Semestre. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Contacto: wjalba@fucsalud.edu.co

#### Resumen

Son conocidos los miles de casos que se presentan a diario de la muerte fetal en nuestro país, no se conoce tan de cerca una experiencia en la cual la madre nos cuente el paso a paso de cómo fue su vivencia, de si tuvo o no apoyo por parte del personal médico y de enfermería. En este caso podremos conocer la vivencia de pérdida de una madre adolescente y el rol de enfermería en el proceso de acompañamiento.

#### Introducción

La salud mental de una mujer que sufre un aborto o pierde a su hijo antes de verlo nacer, es el tema de esta investigación, ya que normalmente, se atiende la salud física de la persona, pero no se tienen en cuenta las consecuencias en su psicología. Es importante que las personas que tengan contacto con casos como este apoyen a la mujer para que pueda seguir su vida, sueños y proyecto de vida con normalidad.

De acuerdo con la OMS, la muerte prenatal se presenta más en casos de mujeres adolescentes por su vulnerabilidad, ya que se estima que "se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación)".<sup>1</sup>

Otro escenario en el que se pierden vidas, es durante el parto: "un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en la sala de partos"<sup>1</sup>. La OMS también resalta que estar en embarazo en una edad tan temprana como la adolescencia



contribuye a reproducir el ciclo de pobreza y hace tanto a la madre como al bebé propensos a adquirir enfermedades que pongan en peligro sus vidas. "El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza"<sup>2</sup>.

Para analizar esta problemática es necesario mencionar sus principales causas como en la mayoría de las pérdidas gestacionales, las muertes del feto en el útero pueden ocurrir sin que se identifique la causa, sin embargo, existen algunos factores que pueden incrementar el riesgo: "El parto muerto puede deberse a una insuficiencia cervical (un trastorno en el que el cuello uterino es incapaz de mantenerse cerrado durante el embarazo), desprendimiento prematuro de la placenta, parto prematuro o anomalías de la placenta"<sup>3</sup>. También es importante mencionar que en el momento de la pérdida no solo se ve la afectación física sino también la emocional, con lo cual se debe tener tacto al momento de dar la noticia, puesto que no va a ser algo fácil de asimilar para los padres y menos cuando son adolescentes.

Comunicar malas noticias es una tarea que obliga a las enfermeras a la implementación de habilidades psicosociales para ser empáticos, asertivos y compasivos, cómo manejar y aceptar las emociones del paciente, de la familia y nuestras como equipo de salud no es una tarea fácil, ya que la expresión del duelo ante una pérdida perinatal es una respuesta afectiva normal que incluye síntomas como tristeza, depresión, ansiedad, irritabilidad, angustia, negación, llanto, rabia, impotencia y otras reacciones normales frente a la situación que se está viviendo.

Se ha observado que tras la muerte del feto durante la gestación, la madre presenta episodios psicológicos como depresión, ansiedad, duelo; entre otros, por lo que es necesario que se creen vínculos afectivos entre la madre y el personal de salud que llevará su caso para así poder brindarle una mejor atención y ayudar a que la madre logre salir de este proceso logrando conocer las experiencias de una persona por medio de sus propias palabras centrándose en un aspecto de su vida que fue impactante para así poder recuperar su estado emocional.

Resulta interesante explorar la parte emocional y de acompañamiento del duelo, esta problemática social se realizó por el interés de conocer el comportamiento de las madres adolescentes que han experimentado la muerte prematura en el embarazo, y el papel que desempeñan los profesionales de enfermería en el acompañamiento a la paciente en su duelo.

Para poder realizar este relato bibliográfico nos basamos en las definiciones de Manuel Amezcua: Se trata de un documento que recoge la narración de una experiencia vivida por una persona y expresada con sus propias palabras. Es un tipo de investigación cualitativa de carácter descriptivo en el que el relato del informante adquiere la mayor importancia. Como un tipo de artículo en concreto, el relato biográfico se compone de dos elementos: la narración del informante y un comentario crítico del investigador. Más adelante se exponen los criterios para la elaboración del artículo.<sup>4</sup>

Invitamos a Paloma, ella es una adolescente de 18 años quien a su corta edad ya vivió esta amarga experiencia y nos contará los detalles de cómo tuvo que vivir y afrontar este suceso de su vida, al cual hemos decidido titular "De la alegría a la tristeza", puesto que ella se enteró de su embarazo a los cinco meses de gestación y al poco tiempo fue cuando sucedió este hecho inesperado con lo que ella concluyó "que los únicos casos en los que sería aceptable que esto pase es cuando la madre no ha tenido los cuidados que se deben tener durante el embarazo o cuando el feto viene con alguna enfermedad o deformidad congénita, que no es justo que haya muerte fetal en casos como el de ella que fue por negligencia médica." Ver figura 1.

## Flujograma



Figura 1. Categorías emergentes

## Reflexión

Los profesionales de la salud deben entender que en el diario vivir de la atención al paciente es necesario humanizar la relación y atender sus necesidades emocionales, al tiempo que revisa y diagnostica una patología. No se puede ignorar que, aunque el trabajo de una enfermera o médico se convierte en una rutina, cada persona que atienden tiene en casa su propia historia, hay unos familiares que se interesan en ellos y hay internamente un miedo a perder la vida.

## Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud [Sede Web]. National, regional and worldwide estimates of preterm birth; Noviembre de 2016 [Fecha de acceso 17 de Mayo de 2017]. Nacimientos prematuros. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
2. Organización Mundial de la Salud [Sede Web]. [Actualizada en Septiembre de 2014; acceso 17 de Mayo de 2017]. El embarazo en la adolescencia. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
3. Paris E. Un estudio analiza las causas de muerte fetal. [Sede web] Bebesymas.com. 2011 [Fecha de consulta 17 Mayo 2017]. Disponible en: <https://www.bebesymas.com/embarazo/un-estudio-analiza-las-causas-de-muerte-fetal>
4. Amezcua M, Hueso Montoro C. Cómo elaborar un relato biográfico. Arch Memoria [revista en internet]\* 2004; 1. [acceso 25 de Mayo de 2017]. Disponible en: <file:///C:/Users/BISDBC26/Downloads/C%C3%a3mo%20elaborar%20un%20relato.pdf>

## Relato biográfico

Tengo 18 años actualmente vivo con mis suegros, mi pareja y mi cuñado ,la convivencia en esta casa va bien, hay choques como en todas las familias, pero lo normal, los problemas no son tan graves; no vivo con mi familia porque mis papás son separados; mi mamá vive actualmente en Ecuador, es estilista y allá le va mejor que acá en Bogotá, ella me consigna plata frecuentemente y mi papá vive en Río Negro, él es mecánico automotriz, yo acá solo tengo a mis abuelos y a una tía por parte de mi papá que es como una segunda mamá.

Conocí a mi pareja cuando estaba estudiando en el colegio y ahí conocí una niña que se llama Karen, un día salimos a bailar y ella me presentó a Sebastián, desde esa vez que nos vimos empezamos a hablar todos los días, primero fuimos amigos, salimos nos conocimos y después empezó un noviazgo, más adelante ya empezaron las cosas serias hasta que me entere que estaba embarazada. Mi relación es un poco complicada porque tanto él como yo tenemos mal carácter, por lo tanto tenemos diferencias y peleamos constantemente, pero en general nos queremos y nos apoyamos.

## Experiencia

Por un tiempo terminé con Sebastián, entonces tuve un retraso, pero no le presté atención porque mi periodo es irregular, me enteré a los cinco meses que estaba en embarazo, yo experimenté cambios en mi cuerpo pero no pensé que fuera un embarazo yo dije: "uno está creciendo y va cambiando", me hice una prueba la cual salió positiva. Llamé a Sebastián, le conté pero él no creía pensó que yo estaba inventando eso, que era una excusa; hasta que un día me llamó me dijo que nos viéramos, y cuando me vio la barriga pudo constatar que si estaba embarazada. Desde ahí todo empezó a cambiar, él ya empezó a preocuparse, estaba feliz, emocionado y motivado para que arregláramos las cosas y tuviéramos una relación estable por nuestra bebé. Fuimos al hospital para comprobar que si era positiva la prueba que me había realizado días antes, ahí me hicieron una prueba de sangre; cuando me dijeron que el resultado era positivo, me realizaron una ecografía y de una vez me dijeron que era una niña, me enviaron a un control. Yo solo le había contado a mi pareja, pero en ese momento pensé en mis papás y mi familia, ya que mi mamá empezó a sospechar sugirió que me hiciera una prueba, pero aprovechando la conversación, le confesé, que en efecto estaba esperando un bebé; ella empezó a llorar y le dije "tranquila yo soy la que me voy arriesgar y me voy a hacer responsable porque la que quedó en embarazo fui yo".

Al principio mi familia estaba un poco molesta conmigo, pero después con el tiempo empezaron a preocuparse, a preguntarme por la bebe, con mis suegros fue diferente porque Sebastián le contó a su hermano y él le contó a mi suegra; ella me preguntó y yo le confirme lo que mi cuñado ya le había dicho, con mi suegro fue difícil porque nunca le di la cara, pero cada vez que me preguntaba algo yo le respondía y así todos se fueron enterando del embarazo, el que estaba muy molesto era el hermano mayor de Sebastián pero, él tenía razón, en una ocasión nos dijo: "ustedes son muy jóvenes para tener un hijo, porque es una responsabilidad muy grande y sin trabajar, dijo que no teníamos nada y yo hasta ahora tenía 17 años", pero bueno, yo asistí a todos los controles prenatales al Hospital pero la verdad no me prestaban atención, nunca me ordenaron una ecografía, nosotros fuimos a Bogotá donde me mande a tomar una ecografía en 3D y allí me confirmaron que era una niña y por primera vez conocí a mi princesa, dijeron que estaba "grandota" entonces dieron la fecha probable del parto, que sería para el

17 de marzo, ese mismo día yo elegí el nombre Juana, Sebastián quería ponerle otro pero ninguno combinaba, lo hablamos mucho hasta que al final decidimos que se llamaría Juana.

En mi embarazo no tuve ningún antojo eso sí me dio mucha hambre, pero sin mareos o vómito. Yo asistía juiciosa a los controles, ya tenía ocho meses, ella todos los días se movía mucho, sobre todo en las noches y se acostaba a dormir casi a la 1 de la mañana, súper tarde.

Un día me sentía súper cansada, le hablaba, le decía que se quedara quieta, "vamos a dormir" y nunca olvidaré que esa noche me acosté de lado. Ella me tenía acostumbrada que todas las mañanas me daba pataditas para levantarme pero ese día no, ese día en la mañana me levanté por mi propia cuenta pero no la sentí y sentía el estómago durísimo, yo había sentido días algunas contracciones, porque sentía el estómago duro y ya había ido por urgencias al médico, pero dijeron que todo está bien y que volviera dentro de ocho días, sin embargo, tres días después "yo no la sentí ni nada, le puse un hielo y estaba comiendo Bonice, le puse frío en la mañana me puse muchas cosas frías y no se movía" ahí fue cuando empecé a sospechar, a las dos de la tarde tenía control, entonces bajé y había llegado mi suegra y estaba Sebastián pero no le prestó atención a eso, en cambio mi suegra si preguntó por la bebé, le conté y me dijo: "váyase para control ya", llegué y la doctora que me atendió empezó a escuchar el corazón de ella y me dijo que ahí estaba, pero empezó a hacer unas caras terribles, que la verdad me preocuparon mucho me preguntó hace cuánto no la sientes y le conté, ella me dio un papel y me mandó para el hospital de Engativá de urgencias, fui a la casa a decirle a

Sebastián y fuimos, ese día había mucha fila y me acerqué a las enfermeras y les dije: "en verdad es una urgencia no siento a mi bebe" me dijo: "tiene que esperar su turno."

Cuando me llamaron le conté al doctor y él me regañó y me dijo que porque no había avisado antes, sin tener en cuenta que las enfermeras no me prestaron atención cuando les dije, entonces me pusieron un monitor fetal pero no sonó nada, me pasaron a ecografía y el doctor dijo que el corazón ya estaba quieto, que ya estaba muerta que era un "óbito" o algo así; yo entré en shock, sentí que quería morirme, empecé a gritar que ellos podían hacer algo para reanimarla, entonces dijeron que ya no se podía hacer nada, y lo decían con tanta tranquilidad.

### **Apoyo familiar**

Llamé a mi mamá atacada llorando para contarle que Juanita se había muerto, mi mamá empezó a llorar y me colgó. Salí a buscar a Sebastián, le conté y él solo decía ¿por qué? entre sus lágrimas y gritos entró una Doctora y nos dijo que oráramos mucho, entonces entró el doctor que me había atendido a decirme que iba a empezar a inducirme el parto o que debía esperar un día para hacerme una ecografía, -yo lo único que quería era tenerla en mis brazos-.

Las contracciones me empezaron sobre las dos de la mañana, al día siguiente tuve que dar a luz a mi hija en parto normal, me preguntaron si quería verla, y la contemplé: "vi sus pequeños pies colgando" "Dios mío, es la peor sensación de este mundo" "un momento en el que solo yo puedo entender lo que sentí".

Me dieron muchos nervios, les dije que la quería ver pero con ropa le pidieron al papá la ropita y esas cosas, Juanita midió 54 Cm y peso 3120 Kg, me pasaron a la habitación llegó Sebastián y mi mamá. Cuando la trajeron, mi pareja se tiró al piso, no paraba de llorar, llegó toda mi familia a darme fuerzas, a decirme que esa era la voluntad de Dios que tuviera mucha fortaleza.

"La tuve en mis brazos, la abracé tan fuerte que hasta el día de hoy tengo su abrazo guardado en mi corazón, nunca lo olvidaré, aún sueño con ella, también la miré por todos lados, la tocaba, la besaba no quería que me la quitaran nunca y le tomé fotos, las observo todos los días, ella es mi fuerza, mi angelito mi inspiración para cada día ser mejor."

"Lo que más tristeza me da es saber que todo esto me pasó por culpa de los doctores y enfermeras, nunca tuve apoyo, yo ya había asistido a urgencias 3 días antes porque había tenido contracciones y nunca me hicieron ecografías en ese momento, ni tacto, el solo me tocaba la barriguita me decía que estaba bien, y ya pero claro como no fueron ellos que les importa."

A mi bebé la mandaron para la morgue, pero allá no la pueden tener por mucho tiempo, toda mi familia se reunió y me dieron plata para pagarle un funeral ya que eso es muy costoso la metieron en un ataúd blanco pequeño, nos acompañaron mi familia y unos amigos, ese día llovía mucho pudimos estar con Juanita 5 horas, acompañándola, la verdad yo solo lloraba cuando ya la tuvimos que enterrar el ataúd lo cargo Sebastián y el mejor amigo; todos estaban destrozados ese día supe que era separarme del amor de mi vida, todos los domingos la visitamos, me contaron que uno bautiza a los niños que no llegaron al mundo.

Un sacerdote me dijo: "uno primero se tiene que confesarse y después bautizarlos; porque ellos se murieron pero así ellos no hayan tenido pecados, ellos todavía están ahí, uno los anhela y no están descansando; entonces llegan a un punto donde no descansan", -yo siento que cada vez que la pienso o que miro sus fotos no la estoy dejando ir a descansar porque no estoy preparada- Todos los días hay algo que me la recuerda no hay día que no la piense.

### **Superación**

Después de lo que me pasó estuve en el psicólogo, obviamente esto es duro porque la verdad lo que sentí hasta el día de hoy no lo he superado, ni se si lo lograré superar, todos los días me pregunto que sería la vida ahora ella tendría un año y dos meses, pienso muchas cosas, cuando estoy sola me deprimó mucho porque no ha pasado un tiempo prudente, para decir que ya es un tema totalmente superado y pues puede que pasen años pero son cosas que no se superan fácil y tampoco se olvidan pero si se puede aprender a vivir con ellas.

He pensado en tener otro hijo pero primero quiero terminar mi bachillerato, tener una carrera, graduarme y ya tener estabilidad, estar trabajando en algo que me ayude mucho porque ahora pienso que si tengo otro hijo bajo las mismas condiciones sin tener que ofrecerle, lo que quiero es que cuando ese día vuelva a llegar estar preparada, que sea un hijo planeado y si Dios lo permite será con Sebastián.

## Semilleros de investigación

### "Él es el caballero y yo su escudera" el relato biográfico de una madre de un niño con parálisis cerebral

Jenny Arbeláez Ospina\*

Liliana Montaña Sierra\*

Estudiantes de VI Semestre Facultad de enfermería, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS. Bogotá. Colombia.

Contacto: [jjarbelaez@fucsalud.edu.co](mailto:jjarbelaez@fucsalud.edu.co)

#### Resumen

La Parálisis Cerebral es un grupo de desórdenes del desarrollo del movimiento y la postura, que causa limitaciones en las actividades, atribuibles a alteraciones no-progresivas que ocurren en el desarrollo prenatal o hasta los cinco primeros años de vida. Asimismo, estos desórdenes motores a menudo están acompañados de déficit sensitivos, cognitivos, de comunicación, percepción, y/o comportamiento, y/o crisis comiciales. Las etapas emocionales, por las que pasan los padres desde la notificación del diagnóstico son impacto, negación, tristeza, dolor, adaptación, asimilación y hacerlo de su diario vivir. Por lo cual es importante que el personal de enfermería mejore su atención y trato con las familias, y acudientes de los niños que padecen esta patología. Es importante analizar los contextos y circunstancias por las que pasan las madres que tienen un hijo que sufre de parálisis cerebral. Se decidió realizar un relato biográfico, un tipo de estudio cualitativo sobre la experiencia de la madre de un niño que padece parálisis cerebral buscando conocer las percepciones, expectativas, emociones y opiniones que tiene.

Palabras clave:

Parálisis cerebral, Investigación cualitativa, Experiencias, Personas con discapacidad.



#### Introducción

El término Parálisis Cerebral (PC) se emplea para definir a un grupo de trastornos del control del movimiento y la postura, no progresivos, que ocurren por una injuria sostenida en etapas precoces del desarrollo del sistema nervioso, dentro de los primeros 3 años de vida aunque algunos especialistas indican que se produce hasta los primeros 5 años de vida<sup>1</sup>.

Los niños que sufren parálisis cerebral pueden ser desde totalmente dependientes de otro individuo hasta independientes, dependiendo del grado y extensión de la lesión cerebral<sup>2</sup>. Existen diferentes maneras de clasificar la parálisis cerebral.

Para la parálisis cerebral no se reconoce aún una causa específica, este es considerado un síndrome multi-etiológico ya que pueden sobrevenir gracias a diferentes factores antes, durante y después del nacimiento hasta los primeros 3 años de vida<sup>3</sup>. Los factores pre- perinatales son el 85% de las causas de PC congénita se encuentran: Factores maternos: Alteraciones la coagulación, enfermedades autoinmunes, HTA, Infección intrauterina, Traumatismo, sustancias tóxicas, disfunción tiroidea, Factores placentarios por alteraciones Trombosis en el lado materno, trombosis en el lado fetal, Cambios vasculares crónicos, Infección y factores fetales: Gestación múltiple, Retraso crecimiento intrauterino Polihidramnios, hidrops fetalis, malformaciones. En cuanto a los

factores perinatales se encuentran: Prematuridad, bajo peso, Fiebre materna durante el parto, Infección SNC o sistémica, Hipoglucemia mantenida, hiperbilirrubinemia, Hemorragia intracranial, Encefalopatía hipóxico-isquémica, Traumatismo, cirugía cardíaca, Oxigenación por membrana extracorpórea y finalmente los factores postnatales aproximadamente el 15% de las PC adquiridas y se encuentran: Infecciones (meningitis, encefalitis), Traumatismo craneal, Estatus convulsivo, Parada cardio-respiratoria, Intoxicación, Deshidratación<sup>4</sup>.

La incidencia de la PC es 2,5 por cada mil nacidos vivos en países en desarrollo y 2,0 por cada mil nacidos vivos en países desarrollados. En Colombia se presentan de uno a dos casos por mil nacidos vivos<sup>5</sup>.

El diagnóstico de la parálisis cerebral se debe producir lo antes posible para comenzar el tratamiento más adecuado este requiere: Inspección de historia clínica, exámenes neurológicos que evaluarán los reflejos, de las funciones motoras y de las cerebrales; la resonancia magnética que indica las zonas lesionadas; Electroencefalograma, Evaluación Psicológica: Pruebas o Test de Inteligencia, Evaluación de los problemas sensoriales.<sup>2</sup>

A nivel internacional el programa de Acción Mundial para las personas con Discapacidad promueve medidas eficaces que permitan el cumplimiento de sus derechos, el reconocimiento de la igualdad,<sup>6</sup> a nivel de las normas Colombianas, en el Artículo 13 de la constitución política de Colombia se dictamina: "...El estado protegerá especialmente a las personas que por su condición económica, física o mental se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ella se cometan y en el Artículo 47 Se indica "...el estado adelantará política de previsión, rehabilitación e integración social para los

disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran"<sup>7</sup> como resultado de este artículo aparece la ley 361 de 1997 también conocida como la ley de discapacidad, por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación.<sup>8</sup>

La parálisis cerebral es uno de los trastornos que afectan a una alta tasa de niños y familias a nivel mundial y del territorio Colombiano, debido a las características con que cursa convirtiéndose así en una discapacidad permanente que no solo afecta el carácter físico sino que también el carácter motor, funcional, sensorial. Ejerce una presión social y económica y que probablemente produce cambios negativos al entorno y armonía familiar.

Actualmente son escasos los estudios sobre la percepción que tienen los padres de los niños afectados con PC desconociéndose el impacto que tiene esta enfermedad en el entorno familiar. Así pues el objetivo de este trabajo es profundizar en las vivencias, percepciones, sentimientos, expectativas y actitudes que tienen aquellas madres cuyo hijo padece parálisis cerebral.

Para ello se decidió realizar un relato biográfico siguiendo metodología propuesta por Hueso Montoro.<sup>9</sup> ya que es un método de investigación cualitativa que permite obtener conocimientos que no podrían ser accesibles mediante otros métodos<sup>10</sup>.

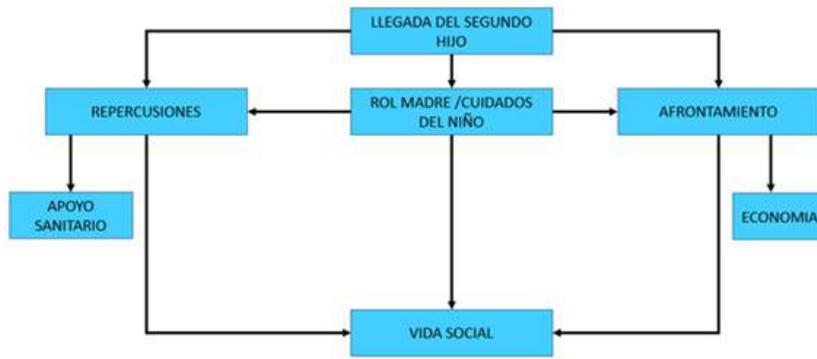
Para el desarrollo de este relato se seleccionó la madre de un paciente con diagnóstico de parálisis cerebral. La informante, una mujer de 47 años de edad, quien ha sido la cuidadora directa por 19 años de su hijo ha sido elegida por el alto grado de vivencias con la enfermedad de su hijo. Fue identificada por una de las estudiantes que tiene una relación personal con ella.

La técnica de recogida de datos fue la entrevista. Antes de iniciarla se le informó los fines académicos, la confidencialidad de los datos. Seguidamente firmó el consentimiento informado para poder grabar su relato. La conversación se realizó en el domicilio de la entrevistada, el 19 de mayo de 2017 y su duración fue de 1 hora. La informante relato sus vivencias de forma tranquila, natural facilitando fluidez.

La entrevista fue grabada y transcrita para después realizar el análisis cualitativo del contenido, distribuyendo la información en categorías temáticas, las cuales son:

- Vida familiar: Hace referencia a su niñez, vida familiar, conformación familiar y núcleo familiar
- Llegada del segundo hijo: Hace referencia a complicaciones en embarazo y parto, procesos del recién nacido
- Rol de madre y cuidados del niño: Actitudes que ha tenido como madre, como asume el rol materno, que cuidados ha tenido con el niño y su adaptación a los mimos
- Afrontamiento: Explica el modo de asumir la situación desde el nacimiento hasta la actual
- Apoyo Sanitario: Hace referencia a que servicios le ha otorgado el sistema y salud y el personal de salud para la atención.
- Vida social: Hace referencia a las diferentes relaciones sociales y familiares
- Economía: Hace referencia a los diferentes cambios que ha tenido que realizar
- Repercusión en salud: Se refiere a como la salud del hijo afectado la suya
- Reflexión: Hace referencia a consideraciones sobre su vida y consejo a otras personas pasando por la misma situación.

El análisis de relato permite observar como la llegada de un hijo con parálisis cerebral, condiciona las diferentes vivencias y experiencias de una madre. La historia se encuentra marcada por la lucha de asegurar el bienestar del niño. Las distintas categorías interaccionan entre sí, influenciándose mutuamente:



Para la informante de este relato biográfico, la parálisis cerebral es una enfermedad demandante, que requiere de una serie de cuidados específicos y es una patología a la cual se le añaden una serie de comorbilidades que afectan no solamente a la persona que la padece sino también a su familia, principalmente la madre, su interacción social, economía. Este resultado también ha sido hallado en un estudio en el cual se refería que la presencia de un niño/a con PC altera, en mayor o menor medida, la vida familiar requieren grandes cuidados y ayuda para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, cuidados que recaen en la familia, la mayoría de las veces, en la madre. Supone una quiebra en el proyecto vital, no sólo por el desgaste físico originado por su cuidado, sino también por las repercusiones psicológicas y sociales.<sup>11</sup>

En cuanto al afrontamiento inicial de la patología de base del niño y la aparición de las diversas comorbilidades junto como el emisor (Médico) daba la información tiene una influencia importante en las reacciones iniciales, la informante relata que las reacciones que tenía eran de negación y con el tiempo asimilar y aceptar los cuales son fases típicas del duelo y los cuales según diversos estudios muestran que es algo común en este tipo de padres un estudio del año 2007 se indica que La familia debe movilizar sus recursos psicológicos para renunciar a este hijo/a (sentimientos de pérdida) y acoger al nuevo que trae unas demandas específicas (asimilación y aceptación), es decir, debe elaborar el duelo.<sup>11</sup>

Otro resultado importante de este estudio es la crítica que hace la madre al sistema de salud, el trato que recibe por parte del sistema y del personal que atiende a su hijo. Esta problemática ha sido también referida en otros artículos, un estudio cualitativo de grupos focales indica que Una de las principales quejas de las madres entrevistadas en relación con la atención de sus hijos, fue la falta de cobertura de los procedimientos y valoraciones especializadas, de tal forma que se veían obligadas a enfrentar esta dificultad mediante derechos de petición y acciones de tutela.<sup>12</sup>

Otro resultado fue que en cuanto a las emociones la señora refiere que ha experimentado estabilidad emocional cuando su hijo se encuentra bien y que ha sentido angustias, tristeza y dolor cuando lo hospitalizan y ha tenido estos sentimientos más profundos especialmente en 3 momentos de su vida. Un estudio señaló que la felicidad de las madres se veía limitada por la enfermedad del hijo y las consecuencias que de ello se derivaron. El carácter varió en la totalidad, en la mayoría existió inestabilidad en la forma de conducirse, producida por la angustia ante la situación del hijo y las limitaciones para satisfacerlas.<sup>13</sup>

## Bibliografía

1. Súa1 KK , Avaria MA, Varela X. Parálisis cerebral. Rev. Ped. Elec. [en línea] 2014 [Consultado: 15/03/17], Vol 11, N° 2: pág. 54 - 59. Disponible en: [http://www.revistapediatria.cl/vol11num2/pdf/6\\_PARALISIS\\_CEREBRAL.pdf](http://www.revistapediatria.cl/vol11num2/pdf/6_PARALISIS_CEREBRAL.pdf)
2. Madrigal A. La parálisis cerebral [Sede Web]. España: Observatorio de discapacidad; 2010 [Acceso: 16/03/17] [http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO8993/paralisis\\_cerebral.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO8993/paralisis_cerebral.pdf)
3. Gómez S, Jaimes VH, Palencia CM, Hernández M, Guerrero A. Parálisis Cerebral infantil. Arch Venez Puer Ped [Internet] 2013 [Consultado: 15/03/2017]Vol. 76 N°1 Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06492013000100008](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492013000100008)
4. Póo P. Parálisis cerebral infantil. [Monografía en Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría. 2008 [Acceso: 16/03/2017] Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/36-pci.pdf>
5. García Zapata LF, Restrepo SL. La alimentación del niño con parálisis cerebral un reto para el nutricionista dietista. Perspectivas desde una revisión. U. Antioquia [Internet] Enero 2010 [Fecha de consulta: 16/03/17] Vol. 12 No. 1 págs. 78. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/penh/v12n1/v12n1a7.pdf>

6. Programa de Acción Mundial para las personas con Discapacidad, resolución 37/52, Publicado 3 de diciembre de 1982
7. Constitución política de Colombia, Publicada 1991
8. Ley de la persona con limitación y discapacidad, Febrero 7 de 1997
9. Amezcua M, Hueso Montoro C. Cómo analizar un relato biográfico. Arch Memoria. 2017; (6 fasc. 3). Disponible en: <http://catalogo.fucsalud.edu.co:2095/memoria/6/mc30863.php>
10. Popay J, Williams G. Qualitative research and evidence-based healthcare. J R Soc Med. 1998; 91(suppl 35):32-37.
11. Madrigal A. Familias Ante la parálisis cerebral. Scielo [Internet] 2007 [Consultado: 26 - 05 - 2017] Vol. 16 (1) Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592007000100005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592007000100005)
12. Suarez F, Ordoñez A. Percepción de las madres con hijos afectados por malformaciones congénitas mayores: necesidad de desarrollo de un sistema de atención apropiado. Estudio cualitativo de grupos focales. Scielo [Internet] 2009 [Consultado 26/05/2017] Vol. 40 (1) Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v40n1/v40n1a7.pdf>
13. Perez L.LA PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL: SU IMPACTO SOBRE EL AJUSTE EMOCIONAL Y DESEMPEÑO SOCIAL DE LA MADRE. Scielo [Internet] 2007 [Consultado 26/05/2017] Vol. 11 (5) Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552007000500007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552007000500007)

## Relato biográfico Vida familiar

Nací hace cuarenta y siete años, en la ciudad de Popayán pero fui criada en la ciudad de Bogotá, mi núcleo familiar era conformado por padre, madre y dos hermanos más. Mi infancia y adolescencia fueron por decirlo así normales.

En cuanto a mi vida familiar, tengo dos hijos uno de 29 años y uno de 19 años, el chiquito que es con la única persona que resido acá en Bogotá y quien padece parálisis cerebral y el mayor que vive en Cali, hace poco me enteré que soy abuela debido a que mi relación con él es algo distante.

Mi relación con mi familia es generalmente vía telefónica puesto que nos encontramos localizados en diferentes partes del país, tengo familia en el Valle, en Palmira, en Caldas, pero a pesar de ello con la persona que más tengo contacto es con mi mamá

## Llegada del segundo hijo

Mi segundo embarazo fue a las 34 semanas, fue complejo, debido a muchos factores: primero cursé por una preeclampsia severa a la cual los médicos no le prestaron mucha atención, segundo había un retardo de crecimiento intrauterino el cual diagnosticaron el día que me iban a desembarazar, para desembarazarme fue un complique, aun viendo que era una urgencia, no lo hicieron de manera inmediata, me bajaron tres veces a salas de partos y nunca había cupo, mi hijo sufrió una hipoxia fetal.

A pesar de haber visto que el niño sufrió una hipoxia fetal, que era un bebé prematuro, que el peso era bajo porque fue de 1600 y la talla era de 40 cm nunca me lo llevaron a una UCI neonatos, estuvo con oxígeno a mi lado todo el tiempo, nunca me hablaron de una unidad especial, le dio ictericia, me lo alimentaban con sonda, recuerdo que le mandaron muchos exámenes, entre esos un tac donde descubrieron que el niño tenía una microcefalia.

## Rol de madre & cuidado del niño

Los cuidados del niño no fueron nada fáciles de aprender al principio, ya uno a través del tiempo se vuelve por decirlo así en un experto en la enfermedad del niño, aprendí de la información que me daban los médicos, las enfermeras, las de terapia física, respiratoria, y de aquellas madres que se encontraban en la misma situación que mi persona.

Como madre sé que tengo deberes y uno de esos es exigirle a mi hijo, el hecho de que este postrado en una cama no indica que no le exija, le exijo que respire bien, que enderece la cabeza y cuando tengo que regañarlo, lo regaño por ejemplo cuando llega una enfermera nueva y se tose duro para que se le salga la sonda, mi hijo sabe a quién se la monta y siempre pasa lo mismo porque ellos saben lo que hacen, ellos lo manipulan muchas veces a uno y si uno se deja, uno es el afectado.

La vida de mi hijo ha sido complicada y mi rol de madre también por diferentes motivos, al principio pues las complicaciones que hubieron en el parto y mientras estuvo en mi panza, después empecé a llevarlo al plan canguro, después el diagnóstico de cada una de sus patologías iniciales, el diagnóstico de ausencia de campo visual, recuerdo que el sobre venía sellado, pero la curiosidad mató al gato y lo destapé y leí eso, no sé cómo llegué a la clínica donde me atendían al niño para que me confirmaran el diagnóstico, lo llevé a terapias en diferentes instituciones, busque que lo apadrinaran, que las terapias se las hicieran preferiblemente en la casa

debido a que uno lo llevaba a las IPS y lo único que hacían era terapia de frío y calor, el médico ni le miraba los ojos cuando tenía la cita.

A mí me tienen en concepto de la mamá cansona, de la mamá que está peleando todo el tiempo por el niño, pero es que él es el guerrero y tiene una escudera que le protege, que así él no pueda hablar tiene quien hable por él, quien luche día a día por el bienestar de él.

## **Afrontamiento**

A uno en muchas ocasiones no le dicen cómo van a suceder las cosas, como van a pasar, que puede pasar o que no puede pasar, si soy sincera este es el momento de mi vida en que no sé si me hubiesen dado la opción de la interrupción voluntaria del embarazo o que el niño naciera que hubiese escogido, a sus 19 años tiene aproximadamente 40 patologías, que día a día se van volviendo una bola de nieve, día a día le encuentran nuevos diagnósticos y yo como mamá se en el fondo que mi hijo está cansado y que sufre, él no puede moverse así se sienta incomodo, no se puede rascar, no se puede valer por sí mismo, eso es frustrante.

A la mayoría de mujeres que tenemos un hijo con discapacidad generalmente nos toca asumir solas esa situación no más míreme a mí el papá del niño prefirió dejarme todas las responsabilidades a mi sola...los papás de los niños cogen camino y la verdad si uno cuenta de diez cuantos responden por ese hijo, creo que le sobran a uno dedos de las dos manos, a pesar de que me ha tocado responder sola por él, no me pesa.

Pensé que siempre iba a poder sola con mi hijo, pero desafortunadamente uno llega a un punto en que se cansa, no quería coger el apoyo por parte de enfermería porque uno en parte pierde su privacidad, pero yo ya no puedo sola con el niño, mis dolencias a veces aumentan cuando trato de hacerlo sola.

Son muchos los sentimientos encontrados durante la vida de mi hijo al principio me negaba a aceptar que mi hijo estaba padeciendo una enfermedad tan limitante como esa e incluso todavía cada que aparece un diagnóstico nuevo, pero uno va superando eso y va afrontándolo, no es fácil saber que uno tiene una persona con una discapacidad, mi hijo me ha llevado a generar diferentes sentimientos: Sentimientos de felicidad cada vez que sonrío, cuando le hablo y me sonrío me hace muy feliz, cuando me responde que a pesar de que no lo hace con palabras sabe lo que le estoy diciendo y en qué manera.

He experimentado sentimientos de angustia, y hasta desespero cuando me lo hospitalizan, cuando se me enferma, existen tres momentos en que sentí una tristeza y un golpe demasiado duro en mi vida fue cuando a los dos años le tomamos exámenes visuales y leí en el resultado de examen visual ausencia del campo visual, el mundo se me vino abajo fue algo muy complicado para mí, el segundo fue cuando a el director médico científico del INCI me dijo en una junta que el niño era una matica, que no servía para nada, que no iba a servir para nada, que me lo llevara para la casa le diera de comer y esperara a que se muriera que le estaba quitando en esa institución el campo a alguien que si podía evolucionar y salir adelante. & el tercer momento doloroso para mi fue cuando lo tuvieron que reanimar dos veces un 31 de diciembre a las 11:30 pm cuando tenía 10 añitos.

He sentido ira cuando me lo gritan o lo regañan. Son múltiples las emociones y sentimientos que he llegado a sentir que no sabría como describirlas.

## **Vida social**

Cambio de sobremanera cuando el niño fue creciendo, por lo menos anteriormente podíamos ir más fácil de visita de amistades, ir a un centro comercial, a un parque, viajábamos seguido mínimo unas 4 veces al año donde mi mamá o al Valle, hoy en día que ya está grande es muy difícil transportarlo, antes se podía en flota, ya no; las aerolíneas me piden un poco de papeles para poderlo sacar.

Si uno va a salir con el incluso acá en la misma ciudad es una gastadera de dinero, antes por lo menos uno salía con él en bus, ahora no; toca pagar una minivan, una camioneta, un carro grande, es que ni en Transmilenio, la gente es muy grosera y nunca se pone en los zapatos de los otros.

Mi vida social actualmente es limitada por que ni siquiera puedo decir me voy a poner a trabajar en una empresa porque el niño debido a su patología y a sus diferentes comorbilidades necesita atención permanente de mi porque aunque tengo enfermera, tengo que estar pendiente de lo que sucede y así no quisiera me toca, porque es un requisito por decirlo así que me exigen para poder tener enfermería y que no me la quiten

## **Economía**

Dios nunca me ha desamparado a mí, al principio todo salía de mi bolsillo porque no sabía muy bien la norma, ya después la fui conociendo poco a poco y he aprendido a conocer y de este modo exigir mis derechos y los derechos que tiene el niño como paciente, así le exijo al estado para que me de todo lo que el requiere, he aprendido a economizar y ahorrar.

En ocasiones me colaboro haciendo muñecos que pues aparte de aportar económicamente es una fuente de distracción para mí.

**Repercusión en salud**

Aunque no quiera aceptarlo si, tengo poliartrrosis, sufro de insomnio, gastritis a veces me siento agotada, pero no me he dejado vencer de ellas, sé que tengo mis dolencias pero no me puedo dejar amilanar, mi hijo necesita de mi ayuda.

**Redes de apoyo**

Actualmente mi mamá, quien a pesar de estar lejos, trata de estar pendiente de mí y del niño, Dios, él siempre ha estado ahí para mí, él ha sido el que me ha ayudado a afrontar esta situación el me ayudado a fortalecerme como mamá y como persona y la iglesia la cual considero como mi SPA, siento tranquilidad allá, actualmente estamos mirando si hacemos un grupo para discapacitados y familias con familiar discapacitado, es un proyecto muy bonito.

**Apoyo sanitario**

Desde el seguro social, hasta hoy en día me he dado cuenta que muchas veces el sistema de salud busca aburrir a los familiares de aquellos pacientes crónicos y paliativos, poniendo trancas, ubicando las citas en los lugares más lejanos y me he dado cuenta también que muchas veces si no es obligándolos con tutelas y derechos de petición, ellos no ponen ningún cuidado.

Muchas veces he tenido que verme enfrentada al personal de salud, a médicos, enfermeros, terapeutas, porque no realizan bien su trabajo o digamos cuando el niño está hospitalizado a veces es una peleadera para que me dejen salir un momento digamos a traer la ropa sucia a la casa, un problema para la alimentación, el baño.

Muchas veces me han respondido de manera grosera, una que nunca olvidaré fue una vez tuve que una neuróloga, me dijo un diagnóstico del niño que no entendía entonces yo le empecé a preguntar y respondió algo como: "Mamá es que usted pregunta mucho", como si yo no tuviera derecho a recibir la información necesaria sobre el diagnóstico de mi hijo.

Para el traslado del niño toca en un transporte especial, me he sentido agredida en ello, una vez una doctora me dio la orden de transporte y casi hasta la sacan del puesto de trabajo, ella conocía mi situación pero el resto no, y pretendían quitarme el transporte que por qué no lo necesitaba, aun cuando el niño no se puede movilizar en cualquier medio de transporte.

**Visión del futuro**

En este momento estoy anclada por el niño, pero sé que lo más probable es que el fallezca primero que yo y le pido a Dios que sea así porque o si no quien va a cuidar de él, sé que me hará falta pero también sé que tengo que superarme y seguir estudiando y si es posible trabajar en una oficina.

**Reflexion**

Él ha sido un alto en mi camino, estos seres le enseñan a uno a vivir mejor su vida, a captar las cosas más pequeñas de la vida, le enseñan a uno a valorar las cosas más mínimas, le enseñan a uno de humildad, hasta de amor que la veo reflejada en su sonrisa, le enseñan acerca de Dios, le enseñan a uno que rendirse es lo último que uno debe hacer.

**Mensaje a otros padres**

Esta situación no es fácil, en muchas ocasiones es importante dejarse colaborar y buscar ayuda, muchas veces echarse a la pena no es la mejor opción, ni mucho menos buscar culpables, si Dios les puso esos seres de hijos es por algo, por algo ellos están acá

# Convocatorias Internas

## Semilleros FUCS 2017

### Fomento a semilleros

**Objetivo:** Fortalecer el desarrollo de los semilleros de investigación de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS, a través de la financiación de proyectos de investigación orientados a producción de nuevo conocimiento de calidad que permita su reconocimiento nacional, regional e internacional.

**Dirigido a:** Semilleros de investigación de la FUCS, que cuenten con aval institucional.

Los proyectos podrán ser presentados en alianza con uno o más semilleros de investigación de la Fundación o con semilleros de investigación avalados por otras instituciones, siempre y cuando aporten recursos en especie o efectivo para el desarrollo del proyecto.



**Recursos**  
Valor límite de financiación:  
Hasta \$ 3.700.000

**Cierre de la Convocatoria:**  
Martes 31 de octubre de 2017 - 4:00 p.m.



### Modalidades y recursos

- ✓ Modalidad nacional - Poster: Hasta: \$ 800.000
- ✓ Modalidad nacional - Oral: Hasta: \$ 1.000.000
- ✓ Modalidad internacional - Poster: Hasta: \$ 1.500.000
- ✓ Modalidad internacional - Oral: Hasta: \$ 2.000.000

**Cierre de la Convocatoria:**  
Jueves 30 de noviembre de 2017 - 4:00 p.m.

### Movilidad para estudiantes semilleros de investigación

**Objetivo:** Fortalecer el desarrollo de los semilleros de investigación de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS apoyando la presentación de resultados de investigación en eventos nacionales e internacionales que les permitan tener mayor visibilidad

**Dirigido a:** Estudiantes de la FUCS integrantes de los semilleros de investigación, avalados institucionalmente.



### Informes:

División de Investigaciones

E-mail: [convocatorias.internas@fucsalud.edu.co](mailto:convocatorias.internas@fucsalud.edu.co)

Teléfono: 353 81 00 ext: 3552 • Link: Investigación - Financiación y convocatorias

[www.fucsalud.edu.co](http://www.fucsalud.edu.co)  
Bogotá D.C., Colombia



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA  
DE CIENCIAS DE LA SALUD  
**FUCS**



FUCS

# ¿Aún no has actualizado tu CvLAC?

Recuerda que debe estar registrada toda tu producción científica para ser reconocido a través de la **Convocatoria para medición y reconocimiento de grupos e investigadores de COLCIENCIAS.**

**No olvides solicitar la vinculación de tus productos al grupo de investigación.**



## • Consúltanos



**COLCIENCIAS**  
Ciencia, Tecnología e Innovación

Si tienes preguntas acerca del diligenciamiento de este formato, no dudes en escribirnos a:

[lgramirez@fucsalud.edu.co](mailto:lgramirez@fucsalud.edu.co) | [afajardo@fucsalud.edu.co](mailto:afajardo@fucsalud.edu.co)

**Oficina de Gestión del Conocimiento**

Teléfono: 353 8100 ext. 3551

[www.fucsalud.edu.co](http://www.fucsalud.edu.co)

## Un Camino a la Evidencia

### Técnicas de recolección de muestra de orina en pediatría. Revisión de la literatura

Aguirre Galeano Elizabeth, \* Bermejo Matiz Daniela, \* Guaqueta Malagón Paola,\* Montaña Chavez Paula,\* Castiblanco Alexandra,\*\* Acero Rodrigo.\*\*\*

\* Estudiantes de enfermería sexto Semestre, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

\*\*Enfermera. Magister en Salud Pública. Instructora asistente. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

\*\*\*Enfermero. Especialista en Cuidado Intensivo Crítico Neo-pediátrico. Instructor asociado. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

Contacto: [rodrigo.bernardo.acero@fucsalud.edu.co](mailto:rodrigo.bernardo.acero@fucsalud.edu.co)



#### Resumen

**Introducción:** Las infecciones de vías urinarias (IVU) son frecuentes en la infancia y requieren un rápido diagnóstico, mediante el uso de diferentes técnicas de recolección de muestra de orina (bolsa adhesiva perineal, cateterismo vesical, punción suprapúbica y micción espontánea).

**Objetivo:** identificar la técnica que reporta mayor efectividad, resultado preciso y comodidad, en servicios pediátricos basados en la literatura disponible.

**Método:** Se realizó una revisión sistemática en las bases de datos Scielo, Medline, Cochrane, Elsevier, Pubmed y Google Académico, posterior selección de títulos, resúmenes y textos completos se evaluó la validez de los estudios y se clasificaron por niveles de evidencia y grados de recomendación con la propuesta de la CEBM. Se tuvieron en cuenta consideraciones de la Resolución 8430 de 1993 para estudios documentales.

**Resultados:** Se encontraron 3310 artículos, que se redujeron a 27 que

cumplían con los criterios de selección; los datos se organizaron de acuerdo a la efectividad, sensibilidad, especificidad, ventajas, entre otros aspectos de las técnicas de recolección de muestra de orina. **Conclusiones:** El cateterismo vesical, a pesar de atravesar la uretra reduce el riesgo de contaminación de la muestra, brinda mejor sensibilidad y especificidad, y genera menos costos. **Palabras clave:** Toma de muestra de orina, Salud del niño, Revisión.

**Abstract**

**Introduction:** The infections of urinary tract (IVU) are frequent in the infancy and need a quiet diagnostic, by means of the use of different technologies of compilation of sample of urine (adhesive perineal bag, cateterismo vesical, puncture suprapúbica and spontaneous micturition).

**Objetive:** The aim is to recognize the technology that brings major efficiency, precise result and comfort, in paediatric services based on the available literature.

**Methodology:** A systematic review was realized in the databases Scielo, Medline, Cochrane, Elsevier, Pubmed and Google Academic, later selection of titles, summaries and complete texts evaluated the validity of the studies and they qualified for levels of evidence and degrees of recommendation with the offer of the CEBM. There were born in mind considerations of the Resolution 8430 of 1993 for documentary studies.

**Results:** They found 3310 articles, which diminished to 32 that had with the criteria of selection; the information was organized in agreement to the efficiency, sensibility, specificity, advantages, between other aspects of the technologies of compilation of sample of urine.

**Conclusions:** The vesical cateterismo, in spite of crossing the urethra reduces the risk of pollution of the sample, offers better sensibility and specificity, and generates fewer costs.

**Key words:** Urine sample collection, Child health, Review.

**Introducción**

La Infección de vías urinarias (IVU) engloba un grupo heterogéneo de condiciones que tienen en común la presencia y el crecimiento de gérmenes en el tracto urinario, habitualmente estéril asociado a sintomatología clínica compatible. Estas infecciones generalmente se originan de manera ascendente y

se clasifican de acuerdo a la ubicación. La IVU alta, hace referencia a la pielonefritis que se desarrolla en los riñones o uréteres siendo la más difícil de tratar; por su parte, las IVU bajas incluyen la uretritis, situada en la uretra y la cistitis localizada en la vejiga<sup>1</sup>, generando como síntomas característicos la hematuria, polaquiuria, disuria, presión pélvica y olor fuerte de la orina, siendo la IVU con mayor prevalencia en niños y adultos que consultan por urgencias.

Desde la práctica clínica se ha demostrado que el diagnóstico en los niños es más complejo que en un adulto, ya que los síntomas suelen ser relativos e inespecíficos dependiendo de la edad y el manejo de lenguaje del menor.<sup>2</sup>

Las IVU son causadas a partir de microorganismos que proceden del intestino, normalmente se encuentran en el área perineal y ascienden por la uretra hasta la vejiga. E. coli, Klebsiella spp y Proteus mirabilis son algunas de las cepas vinculadas al proceso infeccioso, ya que poseen factores de adherencia que facilitan la unión a la mucosa vesical y el posterior desarrollo de IVU.

Estas afecciones, tienen mayor prevalencia en la población pediátrica debido a factores como: la predisposición genética a padecer de IVU, la exposición prolongada a las heces en los pañales, los lactantes varones no circuncidados ya que el prepucio constituye un buen reservorio para los microorganismos, también al flujo retrógrado de la orina al final de la micción, estenosis uretral, anomalías de tipo obstructivo como reflujo vesicoureteral, e incluso por compromiso de sistema inmune o tratamientos inmunosupresores.

Los niños en el proceso de aprendizaje del control de esfínteres, debido a retención voluntaria o involuntaria de orina, limitan su evacuación frecuente o total, conducta que favorece el ascenso y el desarrollo de las bacterias normales del periné.<sup>3</sup>

En Colombia la prevalencia de IVU en niños menores de tres meses es 8 veces más prevalente que en las niñas, después de esta edad las niñas tienden a presentar mayor presencia infecciosa; hasta los 5 años se reportan entre 1% a 3% de casos de IVU en paciente pediátrico. Los porcentajes de probabilidad para niñas se aproximan a 7,8% y en niños 1,6% antes de los 6 años de vida, estos aumentan o disminuyen según la situación sociocultural del menor.

Según análisis poblacionales, se determina que a pesar de la vigilancia por parte de padres o cuidadores, la prevalencia en la infancia de IVU es mayor en comparación de los adultos, por factores básicos como higiene personal, teniendo en cuenta que a pesar que en los adultos aumenta el riesgo gracias a la vida sexual activa, se sigue contando con índices mayores de IVU en la primera infancia.<sup>4</sup>

Durante el periodo posterior a la infección urinaria, se debe realizar un seguimiento de la evolución clínica del niño, ya que tanto por el microorganismo como por el uso de medicamentos podría llegar a alteraciones nefrourológicas o daño renal en el peor de los casos. Durante este seguimiento también se evalúa la posible reaparición de la IVU ya resistente después de un tratamiento antimicrobiano o un nuevo microorganismo por falla durante el cuidado posterior a la aparición del primer episodio infeccioso.<sup>1</sup>

Existen una serie de normas que buscan disminuir el riesgo de muerte

prevenible como lo es una Infección en vías urinarias no controlada, a nivel internacional la Organización Mundial de salud expide la estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente, en la cual se indica que ninguna mujer, niño y adolescente deben morir por algo prevenible, alcanzando el grado más alto posible de salud y bienestar.<sup>2</sup>

Por otra parte la UNICEF cuenta con el programa de objetivos de desarrollo sostenible el cual cuenta con 17 objetivos siendo el número 3 de salud y bienestar que señala que para el 2030, se debe poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años.<sup>15</sup> En Colombia el código de infancia y adolescencia (ley 1098) en el artículo 17 y 27 dictaminó que los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a la vida, una buena calidad de la misma y derecho a la salud integral; igualmente en el artículo 46 se indica que es obligación del Sistema de seguridad social en salud (SSSG) garantizar atención oportuna y de calidad a todo menor de edad, especialmente en los casos de urgencias; 6 las IVU requieren un tratamiento oportuno, considerándose una urgencia y por lo cual es necesario realizar los exámenes pertinentes siguiendo la mejor técnica de recolección de los mismos, asegurando así un diagnóstico y tratamiento rápido.

Para conseguir un diagnóstico oportuno de las infecciones en vías urinarias en pediatría es importante realizar un análisis de orina, el cual consiste en tomar una muestra de orina para realizar una evaluación física, química y microscópica de la misma, detectando los diferentes compuestos que se encuentran en ella; siendo ampliamente utilizado para la detección o descarte de enfermedades metabólicas, sistémicas e infecciones del tracto urinario;<sup>7</sup> En el área clínica existen

diferentes técnicas para la recolección de este tipo de muestra, su elección dependerá de la edad del niño, de su estado de salud, del tipo de análisis a realizar, de su costo, efectividad y aceptabilidad en la población infantil y su cuidador.<sup>8</sup>

Frente a la problemática en pediatría de la recurrente aparición de IVU se busca determinar cuál es la técnica de recolección de orina más apropiada reportada por la literatura para garantizar un diagnóstico oportuno de las infecciones en la infancia, comparando cuatro técnicas de colección: Micción espontánea, Bolsa perineal, cateterismo vesical y Punción suprapúbica

### Metodología

Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica existente en las bases de datos: Medline, vía PubMed, Scielo, Cochrane Library Plus, Elsevier, y en revistas de ciencias de la salud y ciencias sociales indexadas en las bases de datos contenidas en el catálogo virtual de la FUCS completándose con una búsqueda referencial e intuitiva en Google.

Los criterios de selección se realizaron, en principio, con artículos científicos de investigación primaria y secundaria con aporte al objetivo propuesto, estudios de ensayos clínicos controlados publicados de cualquier nacionalidad, por cualquier institución y compilados en el idioma español, inglés y portugués, realizados desde el año 2011 al 2016.

La selección de artículos se efectuó mediante elección del título y/o el resumen, posteriormente, se realizó una lectura crítica para cada artículo, a la cual se generó la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión.

Las consideraciones éticas tenidas en cuenta fue la resolución 8430 de 1993 para estudios documentales.<sup>13</sup> El presente estudio al ser una revisión sistemática no presenta riesgo para las personas y se cuenta con todos los permisos para el uso de las diferentes bases de datos y buscadores. También se considera la Ley 44 de 1993 donde se esclarece la responsabilidad del investigador con relación de la protección al derecho de autor de los Artículos y Guías utilizadas en este documento mediante la adecuada reseña bibliográfica.

### Resultados

Durante la búsqueda inicial se encontraron 3301 artículos, que se redujeron a 27 seleccionados como fuentes secundarias (tabla 1), ya que cumplieron con los requisitos de búsqueda como ejemplo, fecha posterior al 2011, estudio pediátrico o contaban con calidad metodológica como estudios prospectivos, artículos de revisión, guías de atención pediátrica, revistas médicas electrónicas y encuestas; se tuvo en cuenta además un artículo del año 1999 que contiene información acertada y completa.

Algunos de los autores son nefrólogos pediatras, investigadores de unidades de enfermedades infecciosas e inmunes, departamento de enfermería y médicos pediatras. El promedio de edad de estudio se encuentra entre cero a cuatro años.

La información obtenida de las cuatro técnicas de recolección de muestra de orina en paciente pediátrico (micción, bolsa adhesiva perineal, cateterismo vesical y punción suprapúbica) se clasificó teniendo en cuenta su efectividad, técnica, sensibilidad, especificidad, ventajas, desventajas, costos, material, indicaciones, contraindicaciones, complicaciones y percepción familiar.

Google académico N- 584	Elegidos por título: 29 Elegidos por resumen: 12 Definitivos: 8	Recomendación Favorable no incluyente 2 No recomendando, no desaprobado 2 Recomendación favorable 2
Scielo N-584	Elegidos por título: 18 Elegidos por resumen:5 Definitivos:2 Duplicados:1	Recomendación Favorable 2
Elsevier N-5110	Elegidos por título:34 Elegidos por resumen:5 Definitivos:3	Recomendación Extremamente favorable 4
PubMed N-5510	Elegidos por título: 58 Elegidos por resumen:11 Definitivos:8 Duplicados:4	Recomendación Favorable 4
BVSsalud N-5	Elegidos por título: 5 Elegidos por resumen:5 Definitivos:2	Recomendación Extremamente favorable 2 Favorable 1

Tabla 1: Número de registrados totales en las bases de datos N-3301

### Micción Espontánea (ME)

Es la técnica de elección para la recogida de orina en niños continentes, porque muestra aceptables indicadores de validez diagnóstica.<sup>20</sup>

#### Sensibilidad y especificidad:

En cuanto a la sensibilidad y especificidad de la técnica de micción espontánea para recolección de orina, se encontraron valores intervalo de la sensibilidad entre el 71,4 y 100% y de especificidad del 57 y el 100% de las muestras.<sup>17</sup>

#### Efectividad:

En cuanto a la efectividad algunos estudios indican que la micción espontánea es la técnica de elección para la recolección de orina en niños continentes, porque muestra aceptables indicadores de validez diagnóstica cuando se compara con la punción suprapúbica<sup>2</sup>, siempre y cuando se realice un correcto aseo genital sin uso de antisépticos.<sup>4</sup>

Además, las cifras de contaminación en las muestras recogidas mediante micción espontánea y por sondaje vesical son similares<sup>15</sup>

#### Indicaciones:

En cuanto a las indicaciones de la técnica de micción espontánea para la muestra de recolección de orina, los artículos encontrados concuerdan en que está se prefiere para niños con control de esfínter o mayores de 2 años.<sup>2, 3, 4, 12, 15, 20, 24</sup>

#### Contraindicaciones:

La técnica de micción espontánea para la muestra de recolección de orina está contraindicada en niños que no tienen un control de esfínter o menores de 2 años.

#### Ventajas:

En cuanto a las ventajas, algunos artículos sugieren aceptables indicadores de validez de diagnóstico por no ser invasiva; 2 además, reduce el tiempo de espera en Urgencias al ser más confiable que la recolección mediante la bolsa adhesiva.<sup>15</sup>

#### Desventajas:

La principal desventaja reportada por la literatura con esta técnica, es el riesgo de contaminación dependiente de la higiene y las medidas de limpieza previa recolección de la muestra.<sup>2</sup>

#### Materiales de recolección de acuerdo con la técnica a emplear:

Los materiales necesarios son:

Recipientes estériles (evitar la manipulación interna).<sup>4</sup>

Evitar al 100% el uso de antisépticos para evitar falsos negativos.<sup>4</sup>

#### Procedimiento:

Para obtener un resultado adecuado en el uroanálisis, es necesario tener en cuenta lo siguientes pasos:

1. Lavarse las manos con agua y jabón.
2. Lavar el área genital y perineal del paciente con suficiente agua y momentos antes de la toma de la muestra. No utilizar antisépticos.
3. Tener listo el frasco recolector de orina, sin uso, estéril y abierto (evitar poner la tapa protectora boca abajo, sobre una superficie sucia).
4. Eliminar o descartar la primera parte de la micción por dos segundos.
5. Tomar la muestra de orina a partir del chorro medio, tras retraer el prepucio en los varones y mantener separados los labios vulvares en las mujeres.<sup>3</sup>
6. Recolectar un volumen de orina suficiente para su estudio, 10 cm mínimo. Evitar que la orina rebosa el frasco, el rebosamiento facilita su contaminación.
7. La orina recolectada en el frasco no debe ser tocada ni por los dedos ni por ningún otro objeto.
8. Sellar inmediatamente el frasco una vez recolectada la orina y rotular con el nombre del paciente, número de historia clínica, hora y fecha de recolección. Conservar el frasco en un lugar seguro, evitando la exposición solar y los movimientos constantes.<sup>20</sup>

## Complicaciones:

Ningún estudio reporta complicaciones derivadas de esta técnica.

## Interpretación de resultados:

Varios artículos indican que un urocultivo es positivo cuando es  $\geq 100.000$  UFC/ml de un germen.<sup>2,4</sup>

## Costos:

Ningún estudio reporta algún costo sobre esta técnica.

## Percepción:

En cuanto a la percepción de los padres de niños sobre la técnica de micción espontánea, estos prefieren intentar la recolección mediante este método y evitar la realización de un sondaje vesical.<sup>15</sup>

## Bolsa perineal (BP)

Durante el diagnóstico de infecciones en niños que no controlan esfínteres, es común a pesar de su alto grado de contaminación el uso de la bolsa perineal, en esta técnica se usa una bolsa recolectora que va directa a los genitales de los niños. Este método diagnóstico es usado aún por la comodidad que brinda tanto al personal de salud, como al paciente y sus padres en comparación clínica de estudio de previas bibliografías revisadas, la confiabilidad de la prueba entonces será de completa responsabilidad del personal y su técnica de limpieza.<sup>12</sup>

## Sensibilidad y Especificidad

Cuando hablamos de la sensibilidad de la prueba se han encontrado resultados de estudios que demuestran que la bolsa perineal puede detectar en un 50% a 85% ya que se han presentado falsos positivos para de patologías; Sin embargo, se reporta una especificidad del 70%, lo que podría resultar en conjunto con las estadísticas de sensibilidad la posibilidad de tener que realizar una prueba más específica y someter al paciente a nuevas incomodidades; por tal razón se debe evaluar la técnica que se usa y el proceso que se sigue para garantizar la calidad de la muestra.<sup>13,4,1</sup>

## Indicaciones

Cuando el equipo de salud determina que la sintomatología del paciente no requiere terapia antimicrobiana de urgencia, se puede optar por el uso de medios no invasivos como lo es la bolsa perineal.<sup>13</sup>

A través del tiempo se han desarrollado diferentes métodos de recolección de muestras de orina, a pesar de eso se sigue usando generalmente la bolsa perineal ya que tiene una utilidad sencilla en niños que aún no controlan esfínteres<sup>12</sup> y con sospecha de infecciones de vías urinarias con sintomatología no urgente<sup>2</sup> que tampoco requiere un tratamiento inmediato.<sup>23</sup> Este método es generalmente usado para el diagnóstico inicial de IVU, dependiendo del resultado el grupo de trabajo podría reconsiderar la toma de otro método o iniciar tratamiento microbiano con el resultado de la bolsa perineal.<sup>14,25</sup> Habitualmente en resultados positivos, negativos o sospecha de falso positivo se recomienda la reevaluación con muestra de orina por sonda ya que por previas investigaciones prácticas se ha demostrado que da resultados más seguros en comparación a la bolsa.<sup>22</sup>

## Contraindicaciones

En la literatura se encuentra como principal contraindicación el uso de la BP en varones con probabilidades bajas de presentar IVU o que no sean

recurrentes ya que para pacientes con infecciones repetitivas se necesita ser acertado en el diagnóstico y a su vez oportuno en el tratamiento, además de evitar su uso en pacientes no circuncidados ya que esto aumenta el porcentaje de aparición de falsos positivos.<sup>12</sup>

## Ventajas

Es una técnica usada por la comodidad para el personal como para la familia y el paciente<sup>4</sup> ya cuenta con un procedimiento y técnica sencilla que no es tan invasiva en comparación con otros métodos de recolección.<sup>2,15</sup>

## Desventajas

Tras los diferentes avances y estudios en la recolección de muestra de orina, se ha determinado que el uso de la bolsa perineal está asociado a la contaminación de la muestra involucrando todas las edades pediátricas en las que se usa la técnica<sup>12,19</sup> se han encontrado estudios donde se demuestra que a pesar del esfuerzo del personal de salud por minimizar la contaminación de la piel de los genitales con protocolos de limpieza de la zona, se encuentra contaminación inevitable uretral y perineal<sup>18</sup>, en mayor frecuencia en el prepucio de los niños no circuncidados que posteriormente alterara los resultados.<sup>13</sup>

En la mayoría de instituciones prestadoras de servicios de salud posterior a un resultado positivo para infección con bolsa, se confirma con la toma de una nueva muestra utilizando otro método con mayor sensibilidad y especificidad demostrada (suprapúbica o el cateterismo vesical)<sup>2,15</sup> en algunos casos donde la sintomatología del paciente puede apoyar un resultado negativo se confía en este resultado<sup>23</sup>.

Continuamente la BP es juzgada por su alto porcentaje de falsos positivos como se nombra

previamente, este resultado retrasa el diagnóstico correcto y así mismo su tratamiento específico; no solo eso, en otros casos puede provocar ingresos hospitalarios innecesarios y gasto de recursos no necesarios si inicialmente la muestra mostrará una conclusión adecuada.<sup>22</sup>

#### Procedimiento

1. En la salud todo procedimiento debe contar previamente con la asepsia o limpieza adecuada la cual determinará el grado de contaminación de la técnica, por lo tanto en el uso de la bolsa perineal en el diagnóstico de infecciones en paciente pediátrico debe contar con la previa limpieza, esto se verá reflejado en los resultados positivos de este, evitando la aparición de falsos positivos y así tener la necesidad de realizar nuevamente un procedimiento diagnóstico.<sup>13</sup>
2. Previo a colocar la bolsa, en el niño además de realizar la limpieza de la zona, también se debe retraer el prepucio que según estudios es un punto que puede guardar mayor cantidad de microorganismos y en las niñas se separan los labios mayores.
3. Cada treinta minutos se debe realizar un cambio de bolsa, si no se obtiene la muestra de igual forma la bolsa debe ser retirada y cambiada por una nueva, realizando la limpieza. Si no se obtiene la muestra de orina, se puede estimular la vejiga realizando masajes profundo en el punto anatómico de ubicación.<sup>14, 18</sup>
4. Después que el lactante o niño haya miccionado se retirará la bolsa, sellando con el adhesivo y así se procesada a su rápido estudio que ayudará a prevenir el crecimiento de nuevo microorganismos que se ha comprobado sucede a temperatura ambiente.<sup>13</sup>

#### Complicaciones

En la literatura revisada no se encuentran complicaciones que hagan referencia al uso de la BP durante la práctica clínica.

#### Interpretación de resultados

Durante la lectura de los resultados se tienen en cuenta que si se reporta una cantidad  $\geq 100.000$  UFC/ml para positivo por microorganismos<sup>2</sup>, pero como ya ha sido nombrado por protocolo el resultado es corroborado con otro método de estudio <sup>4, 22</sup>. Los resultados pueden ser interpretados de tres formas, importante recordar que para que sea factible el resultado se debe contar con dos muestras:

- *Cultivo estéril*: La muestra no se ha contaminado y no se duda del resultado obtenido.
- *Cultivo + crecimiento* de más de 100.000 UFC colonias de un mismo microorganismo, este resultado ya puede ser positivo para infección o positivo para contaminación de la muestra, por lo tanto siempre se confirma con otro tipo de técnica retrasando el tratamiento a seguir.
- *Cultivo contaminado*: Cuando se encuentra más de un tipo de germen en la muestra se sospecha de una mala técnica variando en la cantidad, destacando 100.000 UFC de cada colonia.<sup>18</sup>

#### Costos

Durante la revisión bibliográfica no se encuentran precios o costos del procedimiento en específico, pero se tiene en cuenta que si los resultados de la muestra salen alterados o necesitan ser confirmados con otro tipo de muestra más invasivo, los gastos médicos aumentarían.<sup>14</sup>

#### Percepción

Ningún artículo reporta la percepción de los padres sobre esta técnica.

#### Recomendaciones

En el campo médico se recomienda no afirmar con certeza la presencia de una infección urinaria, usando únicamente la BP<sup>3</sup> por sus rangos de contaminación por técnica de la muestra; se tendrá en cuenta un único resultado por BP cuando este es negativo, dependiendo directamente de las estadísticas intrahospitalarias de contaminación o manejo de toma de muestreo urinario en pacientes pediátricos<sup>1</sup>.

En los pacientes pediátricos siempre se busca disminuir o evitar el uso de antibióticos, por esta razón, la importancia de evitar los falsos positivos, al igual que el múltiple uso de métodos diagnósticos por dudas durante la lectura de resultado por BP de tal manera que se debe tener claro el procedimiento para garantizar el mayor porcentaje de esterilidad en la muestra<sup>25</sup>.

#### Cateterismo Vesical (CV)

El cateterismo vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral, con el fin de establecer una vía de drenaje, temporal, permanente o intermitente, desde la vejiga al exterior con fines diagnósticos y/o terapéuticos<sup>26</sup>.

#### Sensibilidad y especificidad

En cuanto a la sensibilidad y especificidad de la técnica de cateterismo vesical para recolección de muestra de orina, los artículos encontrados concuerdan en que estas corresponden a valores del 95% y 99%, respectivamente<sup>2, 8, 13, 15</sup> en comparación con otras técnicas como la punción supra púbrica.<sup>16</sup>

#### Efectividad

Concerniente a la efectividad de la técnica de cateterismo vesical para recolección de muestra de orina los artículos reflejaron que la orina obtenida es de buena calidad, es decir es poco probable que esté

contaminada y por lo tanto son los preferidos para diagnosticar y documentar ITU13 ya que cuenta con un porcentaje de 12% frente al riesgo de contaminación, encontrándose en segundo lugar como método de preferencia para la recolección de orina en pediátricos.<sup>15</sup>

### Indicaciones

En lo referente a las indicaciones para el método de recolección de orina del cateterismo vesical, se encontró que los artículos concuerdan que se debe hacer uso de este método para niños sin control de esfínteres<sup>24,27</sup>, (no continentes) es decir, en los lactantes y niños más pequeños<sup>19</sup>, y es tomado como la primera opción en los mismos<sup>2</sup>, cuando la punción supra púbrica no es posible, ni recomendable, ni fiable<sup>4,8</sup>. Además se hace uso de este método cuando se presentan situaciones de urgencia que se precisan de un diagnóstico o tratamiento inmediato.<sup>12, 27</sup>

También está indicado si el niño no continente presenta picos febriles y que cuentes con una historia previa de ITU o anomalías de las vías urinarias y niños no circuncidados<sup>22</sup>. Además de ello resulta útil para el manejo de retenciones urinarias por obstrucción de la uretra, intervenciones quirúrgicas para permitir la cicatrización de las vías urinarias posterior al procedimiento, control estricto de líquidos administrados y eliminados si el paciente está hospitalizado<sup>26</sup>.

### Contraindicaciones

En lo referente a las contraindicaciones para hacer uso del método de recolección de orina de cateterismo vesical en los artículos consultados no se encontró mucha información al respecto, salvo una connotación sobre las fracturas pélvicas y los efectos adversos que esta podría generar si se llegara a usar en dichos pacientes.<sup>8</sup>

### Ventajas

En cuanto a las ventajas para el método de recolección de orina de cateterismo vesical se encontró que los artículos coinciden en que este es el mejor método ya que disminuye el riesgo de contaminación de la muestra (en un 0,8%)<sup>12</sup>, reduciendo los falsos positivos<sup>22</sup> para el diagnóstico de las ITU por medio del análisis con tira reactiva y el urocultivo<sup>8</sup>. Por otro lado resulta más fácil de realizar, sobre todo en niñas, y permite la recogida de pequeñas cantidades de orina<sup>16, 23, 27</sup>.

### Desventajas

En lo referente a las desventajas de la técnica de cateterismo vesical para recolección de muestra de orina, los artículos mencionan que es invasiva, lo cual aumenta el riesgo de trauma uretral, y de no tener una adecuada técnica aséptica puede generar cierto riesgo de contaminación<sup>2, 12,13</sup> ya que se "arrastra" la flora perianal y prepucial. Vale mencionar que puede llegar a resultar muy dolorosa, y dicha situación aumenta si el niño no está circuncidado; además del factor de riesgo que se tiene de base al ser niños pequeños, lo cual aumenta esta última desventaja.<sup>8, 15, 16</sup>

### Materiales de recolección de acuerdo con la técnica a emplear

En cuanto a los materiales requeridos para la ejecución del cateterismo vesical, los artículos mencionan el uso de sonda nelaton infantil de menor tamaño (5 y 6 Fr), lubricante quirúrgico y frasco para la muestra el cual debe ser estéril para disminuir el riesgo de sesgos en la muestra. También el uso de guantes, gasas o algodón, paños y solución antiséptica de povidona yodada o clorhexidina para la limpieza de la zona genital<sup>8</sup>. Por otro lado se hace énfasis en que no se requiere confirmación diagnóstica, ya que este es el criterio estándar de prueba. Se puede utilizar una guía de ultrasonido en el caso de un golpe fallido, el cual es un evento adverso poco frecuente.<sup>21</sup>

### Procedimiento

Referente a la técnica adecuada para la recolección de orina para el método de cateterismo vesical se ha encontrado en la literatura múltiples técnicas, concordando con la importancia del profesional de enfermería para la realización de dicho procedimiento asistido siempre de un auxiliar de técnica. Concorde a lo anterior la técnica adecuada encontrada es:

1. Tras 1 h sin orinar: sujetar al niño en decúbito supino con los muslos en abducción.
2. Aplicar solución antiséptica alrededor del meato (Puede ser Betadine, clorhexidina u otro antiséptico según protocolo de las instituciones) y paños estériles sobre abdomen inferior y piernas para garantizar un mayor grado de esterilidad.
3. Posteriormente, la enfermera se lava las manos con jabón antiséptico, se pone unos guantes estériles, coloca un trapo fenestrado estéril sobre el paciente dejando el periné expuesto.
4. Preparar apertura uretral en condiciones estériles.
5. Niñas: puede ser difícil visualizar la uretra.
6. Niños: con la mano no dominante, tracción suave del pene para enderezar la uretra y presión suave para evitar micción refleja. Si hay fimosis: alinear el anillo prepucial y el meato. Si no se consigue visualizarlo, insertar la sonda a través de anillo prepucial en dirección ligeramente hacia abajo. Si hay dudas sobre el emplazamiento de sonda, abandonar el proceso.
7. Colocar el extremo ancho de la sonda en un frasco colector; el cual debe estar estéril.
8. Lubricar bien la punta de la sonda (con una gelatina estéril) e introducirlo suavemente en la uretra avanzando lentamente hasta que entre orina

en la sonda. Respecto al tamaño de la sonda se encuentran muchas variaciones pudiéndose usar catéter umbilical estéril de 3,5 o una sonda relaton de 5F o 6F

9. Si se encuentra resistencia en el esfínter externo: retener el catéter con una mínima presión continua: el espasmo suele ceder en unos minutos y la sonda pasa fácilmente hasta la vejiga. Si no, sospechar obstrucción y suspender el procedimiento.
10. Avanzar hasta la vejiga: en niñas, unos pocos centímetros; en niños, unos centímetros más que la longitud del pene.
11. No insertar una longitud extra de sonda para estabilizar, pues aumenta el riesgo de anudamiento.
12. Recoger la muestra para cultivo.
13. Retirar con cuidado la sonda al cesar el flujo de orina.<sup>8,16,27</sup>

El cateterismo requiere cierta habilidad y experiencia para obtener muestras no contaminadas, sobre todo en los bebés pequeños no circuncidados.<sup>13</sup>

### Complicaciones

En lo relacionado con las complicaciones de la técnica de cateterismo vesical para recolección de muestra de orina se encontró en los artículos una gran incidencia de traumatismo de uretra o vejiga, retención, vía falsa, sondaje vaginal, nudo intravesical de sonda e ITU relacionado con inadecuado procedimiento de la técnica. Si se llegase a usar un cateterismo vesical prolongado debido a diferentes factores se ha registrado alta incidencia en bacteriuria asintomática, ITU, leucocitaria, fistulas, perforación, litiasis vesical, bloqueo de la sonda, bacteriemia, nefropatía, trauma uretral<sup>27</sup>.

### Interpretación de resultados

En cuanto a la interpretación de resultados sobre el cateterismo vesical como método de recolección de orina los artículos evidencian desacuerdos sobre cuándo se debe considerar positiva o negativa. Por un lado se puede encontrar que si el recuento de colonias es  $>50000$  UFC/ml existe una alta probabilidad de infección, si es  $>10000$  UFC/ml es probable que haya infección, si varía entre 1000 y 10000 UFC/ml existe la posibilidad de infección y finalmente si resulta ser  $>1000$  UFC/ml es improbable que esté presente la infección.<sup>1, 16</sup>

En lo referente a otro artículo si se encuentra un recuento  $< 50.000$  col/ml en cultivos se consideran dudosos y si en posteriores tomas se evidencia crecimiento entre 10.000 y 50.000UFC/ML son más positivas para falsos negativos<sup>2, 4, 14</sup>

### Costos

En lo alusivo al balance riesgo-costo/rendimiento-beneficio para el método de recolección de orina encontrado en los artículos consultados, se determina que el cateterismo vesical es el procedimiento de primera elección seguido de la punción supra púbica.<sup>17</sup>

### Percepción

Ningún estudio reporta que percepción tienen los padres frente esta técnica.

### Punción Suprapúbica (PS)

Consiste en la recolección de orina directamente de la vejiga mediante punción de la misma. Es una técnica rápida, simple y segura. Está recomendada en recién nacidos, lactantes y niños pequeños en los que el procedimiento de recolección con bolsa o sonda hayan fracasado, ya sea porque la cantidad

de orina sea insuficiente, o bien por contaminaciones repetidas. Este procedimiento es realizado con ayuda de visión ecográfica.<sup>17</sup>

### Sensibilidad y Especificidad

Referente a la sensibilidad y especificidad la PS mantiene porcentajes entre 23% a 90% ya que por inadecuadas técnicas de inserción su efectividad decae.

### Efectividad

La PS tiene pocas probabilidades de ser contaminada ya que evita el paso de la orina por la uretra y ha sido aceptado como el más fiable.<sup>14, 15, 16</sup>

### Indicaciones

Niños menores de 2 años no continentes, cuando se encuentran dificultades al usar otro método como el cateterismo o la bolsa perineal y también cuando el cuadro clínico no admite demorar el tratamiento antibiótico.<sup>2, 5, 9, 13, 14, 19, 21, 22</sup>

### Contraindicado

Se encuentra completamente contraindicado realizar la extracción de orina si tiene: Infección de la piel en el sitio de punción, celulitis, dilatación abdominal, previa cirugía abdominal; micción reciente y deshidratación ya que esta prueba dependerá del volumen de orina y la probabilidad del éxito disminuye.<sup>9, 22, 23</sup>

### Ventajas

Se encuentran 3 ventajas de la PS como lo son: tener menor riesgo de contaminación siempre y cuando sea manejada por manos expertas, evita la contaminación con gérmenes del área perineal y de la uretra y tan solo será necesaria una muestra para descartar o asegurar una ITU con recuentos bajos.<sup>9, 13, 15, 16, 23</sup>

### Desventajas

Es una técnica invasiva que implica cierto riesgo, genera molestia e

incluso bastante dolor en comparación con otros métodos de recolección de orina, además eleva los costos ya que se requiere la utilización de ultrasonografía para dicho procedimiento.<sup>2, 13, 15, 18, 22, 23,24</sup>

## Técnica

1. Verificar si hay orina en la vejiga por palpación de fondo vesical por encima de la pubis o con ecografía para el éxito y evitar complicaciones
2. Posición decúbito supino con muslos en abducción; presión suave sobre pene o rectal anterior en niñas para evitar la micción.
3. Limpieza de piel suprapúbica con antiséptico.
4. Localizar el punto de punción: línea media, 1-2 cm encima de sínfisis púbica.
5. En la línea media anestesiarse la piel aproximadamente 5 cm (no más de la mitad de esta distancia en los niños) por encima de la sínfisis púbica. Este paso se considera opcional en el paciente pediátrico, ya que se cree que causa dolor.
6. Aguja: situar perpendicularmente a la piel y ligeramente caudal (10-20°), avanzar con succión suave hasta que entre orina en la jeringuilla (profundidad de 2 a 3 cm; al penetrar en vejiga se puede sentir una leve disminución de resistencia). Aspirar orina suavemente.
7. Retirar la aguja: poner un capuchón estéril en la jeringa o transferir la orina a un recipiente estéril y enviar para cultivo.
8. Si no se obtiene orina: retirar la aguja (no redirigirla) y esperar entre 30 minutos y 1 h para intentarlo de nuevo.<sup>14, 15, 19</sup>

## Complicaciones

La PS sabiendo que es un procedimiento altamente invasivo no son muy comunes, sin embargo las más relevantes son: hematuria transitoria, infección o formación de hematoma en el sitio de la aspiración.<sup>9, 22</sup>

## Resultados con terapia antimicrobiana

En lo que respecta a la interpretación de resultados con terapia antimicrobiana es sabido que algunos síntomas generan diagnóstico de presunción de ITU como inestabilidad térmica, irritabilidad, letargo etc y muchas veces el cuadro clínico no admite demorar el tratamiento. Por ende se recomienda no utilizar terapia antimicrobiana antes de la PS ya que puede perder la oportunidad de confirmar la presencia o establecer la ausencia de IVU, después de que haya sido obtenida una muestra apropiada se recomienda utilizar empíricamente terapia antimicrobiana para reducir la gravedad si llegase a ser positivo.<sup>1, 5, 14, 26</sup>

## Percepción

Este procedimiento es invasivo, doloroso o molesto para el niño, es necesario la utilización de ultrasonografía en la mayoría de los casos y es la única prueba que se necesita consentimiento informado y esto no es agradable tanto para la familia como para el equipo de salud, ya que es implica para el niño y la familia un cambio negativo en sus vidas y sobretodo el acúmulo de gasto clínico y los riesgos físicos y psíquicos del niño y su entorno por lo cual es dejada como última opción para evitar todo lo comentado anteriormente.<sup>14, 15, 19</sup>

## Comparación de las técnicas

Posterior al análisis de la información recolectada se encontraron los siguientes resultados: en lo referente a la sensibilidad y especificidad se encontró que el cateterismo vesical demuestra gran predominio con porcentajes variables de 95% a 99% seguido de la micción espontánea

mantiene valores de 57% a 80%. Por otro lado la punción suprapúbica con porcentajes entre 23% a 90% ya que por inadecuadas técnicas de inserción su efectividad decae considerablemente; y finalmente la bolsa adhesiva perineal maneja valores de 70% si se logra recoger la muestra satisfactoriamente.

En cuanto a la efectividad se encontró que el método preferido es el cateterismo vesical ya que los artículos reflejan que es de buena calidad, es decir que es poco probable que se contamine a pesar de atravesar la uretra, continua la punción suprapúbica tiene pocas probabilidades de ser contaminada ya que evita el paso de la orina por la uretra y ha sido aceptado como el más fiable.

Si se habla de indicaciones, la micción espontánea, está totalmente indicado en pacientes pediátricos que tengan control de esfínteres; en comparación a este la bolsa perineal cuenta con la facilidad de ser usada en menores sin control de esfínteres y sintomatología no urgente. Durante la práctica clínica el uso del sondeo vesical aplica para casos de urgencia donde no se tenga control de esfínteres, es importante que el niño no presenta anomalía anatómica en las vías urinarias. Como última opción diagnóstica se cuenta con la punción suprapúbica cuando los anteriores medios diagnósticos no han sido útiles en contadas repeticiones.

Cuando se habla de contraindicaciones de los métodos (BP-PSP-CV) se puede generalizar que deben usarse con rango de precaución o evitar usar, cuando las estructuras anatómicas no ayudan al procedimiento, por lo tanto la elección depende de las condiciones individuales de los pacientes. Por parte de la micción espontánea está contraindicada en pacientes sin control de esfínteres.

En cuanto a las ventajas se encontró en los artículos que el mejor método es el cateterismo vesical ya que disminuye el riesgo de contaminación, reduciendo los falsos positivos y resulta más fácil de realizar frente a las demás técnicas.

Si bien cada procedimiento realizado en el cuerpo humano presenta complicaciones, la micción espontánea al no tener un contacto invasivo no presenta complicaciones dejando de segundo lugar la bolsa adhesiva perineal. Por otro lado el cateterismo vesical ocupa en tercer lugar en esta categoría presentándose traumatismo de uretra o vejiga, retención, vía falsa, sondaje vaginal, nudo intravesical de sonda e IVU y finalmente el método que mayor complicaciones presenta es la punción suprapúbica por ser altamente invasivo, siendo las más relevantes hematuria transitoria, infección o formación de hematoma en el sitio de la aspiración.

La perspectiva de la familia, el cuidador o el menor son importantes a la hora de estudiar cada técnica diagnóstica; en la revisión sistemática no se encuentran documentos basados en esta categoría.

### Conclusiones

Durante la búsqueda bibliográfica se observó que se contaba con gran variedad de artículos que hablan sobre IVU en pacientes pediátricos; cuando se revisó sobre las técnicas de recolección de orina en paciente pediátricos, se encontró un número menor de artículos, al igual que pocos de los encontrados contenían comparación de la funcionalidad en el área clínica pediátrica de las técnicas entre sí.

Para poder establecer recomendaciones sobre el método de recogida de orina más apropiado a cada circunstancia se establecieron diferentes categorías (la efectividad, técnica, sensibilidad, especificidad, ventajas, entre otros) donde se abarcaron temas importantes de la aplicación de las técnicas, se tuvo en cuenta la información obtenida por categorías lo que permitió la comparación y evaluación de las técnicas estudiadas.

El enfoque teórico de los métodos de recolección de orina se encuentra plasmado en diferentes documentos, al igual que su proceso, ventajas, indicaciones entre otros. Al momento de desarrollar la categoría costos no se cuenta con información de presupuestos de inversión en el área de Colombia, lo que impidió evaluar y comparar las técnicas respecto a este nivel.

En el desarrollo de la investigación se quiso incluir la categoría percepción por cada técnica de recolección de muestra de orina en pediatría, al revisar los documentos se encontró poca información de la aplicación clínica de las mismas y la opinión personal de los pacientes y sus familias, lo que impidió el desarrollo y evaluación de este enfoque en su totalidad; a diferencia de esto se logró conocer en cierto nivel la opinión de los profesionales del área de la salud por medio de las bibliografías consultadas, donde se otorga mayor utilidad en la clínica al sondaje vesical, tanto por razones prácticas y teóricas.

Para poder establecer recomendaciones sobre el método de recogida de orina más apropiado a cada circunstancia se consideran criterios de selección, como control de esfínteres y mayor efectividad frente al diagnóstico oportuno y rápido sin falsos positivos en las muestras.

Algunas razones expuestas en los artículos frente a la micción espontánea que impide que sea la mejor técnica en pediatría, puede ejemplificarse en la indicación que demanda que únicamente es usada en niños continentales; al

igual que ME, la BP tiene una baja efectividad y un manejo redundante si la técnica o procedimiento no es correctamente desarrollado.

Según la revisión sistemática la punción suprapúbica es la más efectiva con respecto a efectividad y disminución de falsos positivos, pero su alto grado de invasión, costo y tiempo no se recomienda.

Posterior a la evaluación por categoría de cada técnica de recolección, es posible concluir que el CV en comparación a las otras técnicas garantiza un diagnóstico rápido y oportuno de las IVU de pediatría consultada, por sus diferentes ventajas en la aplicación del procedimiento, expuestas a lo largo de la investigación.

### Bibliografía

1. Gonzalo R, Méndez M., Robles M. Infección Urinaria. En: Junta Directiva de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica, coordinador. Protocolos de infectología. 3ª ed. España: ERGON; 2011. p. 125-127. Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-infectologia>
2. González Rodríguez JD, Rodríguez Fernández LM. Infección de vías urinarias en la infancia. En: Junta Directiva de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica, coordinador. Protocolos de nefrología. 3ª ed. España: ERGON; 2014. p. 91-108. Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-nefrologia-0>
3. Areses R. Castillo Laita JA. Subías JE. Fraga Rodríguez GM. Guía de Práctica Clínica sobre Infección del Tracto Urinario en la Población Pediátrica. Asociación Española de Nefrología Pediátrica. España: Ministerio de ciencia e innovación; 2011
4. Colombiana de Salud [Sede Web]. Colombia: Coordinación médica Colombiana de Salud S.A; 2014 [Fecha de actualización mayo 2014/ Fecha de acceso 07 de septiembre de 2016]. Guía de infección en vías urinarias en pediatría. p.1-23. Disponible:[http://www.colombianadesalud.org.co/GUIAS\\_MEDICINA\\_ESPECIALIZADA/PEDIATRIA/VIAS%20URINARIAS%20PEDIATRIA%202014.pdf](http://www.colombianadesalud.org.co/GUIAS_MEDICINA_ESPECIALIZADA/PEDIATRIA/VIAS%20URINARIAS%20PEDIATRIA%202014.pdf)
5. Organización de las Naciones Unidas. Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2016-2030. ONU: 2015.
6. Congreso de Colombia. Ley 1098. Volúmen I. Colombia. El abedul. 2006
7. Enfermería en cuidados críticos pediátricos y neonatales [Internet]. España. Concepción Mena Moreno, Rosa Collado Gómez. Fecha

- de comienzo 26/02/2014 [Fecha de consulta 13/08/2016]. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion2/capitulo35/capitulo35.htm>
8. Romero FJ, Barrio AR. Punción suprapúbica y sondaje vesical. *An Pediatr Contin* 2003;1(2):97-100
  9. Centro Cochrane Iberoamericano, traductores. Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, versión 5.1.0 [actualizada en marzo de 2011] [Internet]. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano; 2012. Disponible en <http://www.cochrane.es/?q=es/node/269>
  10. Código deontológico de enfermería. Ley 911 de 2004. Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004, (05-10-2004)
  11. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Resolución 008430 de 1993. Publicado 04 - 10 - 1993 <http://pediatrics.aappublications.org/content/103/4/843>
  12. Ochoa C, Terrazas A. Revisión sistemática de la validez de los urocultivos recogidos con bolsa estéril perineal. *An Pediatr (Barc)*. 2016;84(2):97-105 Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/revision-sistemática-validez-los-urocultivos/articulo/S1695403315001423/>
  13. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS Committee on Quality Improvement Subcommittee on Urinary Tract Infection Practice Parameter: The Diagnosis, Treatment, and Evaluation of the Initial Urinary Tract Infection in Febrile Infants and Young Children disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/103/4/843.full.pdf>
  14. Fernández J, Sánchez J, Mintegui S, Montejo M, Calabia A, Portillo JA. Infección urinaria en el lactante: comprobación por punción suprapúbica del rendimiento del cultivo de orina obtenido por bolsa perineal. disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/45-2-8.pdf>
  15. Roncalés M, Caudevilla P, Sancho E. Recogida de orina en el lactante febril para el diagnóstico de la infección urinaria en Urgencias *Rev Pediatr Aten Primaria* vol.17 no.67 Madrid jul./sep. 2015 disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322015000400002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000400002)
  16. Ghaffari V, Fattahi S, Taheri M, Khadem Loo M, Farhadi R, Nakhshab M. The comparison of pain caused by suprapubic aspiration and transurethral catheterization methods for sterile urine collection in neonates: a randomized controlled study. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3920630/>
  17. Ochoa C, Brezmes M. Métodos para la recogida de muestras de orina para urocultivo y perfil urinario. *An Pediatr (Barc)*. 2007;67(5):442-9. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/metodos-recogida-muestras-orina-urocultivo/articulo/13111597/>
  18. Puerto M, De Julián M, Mendoza A, Sánchez J, Ramos JT. Bolsa perineal versus sondaje uretral o punción suprapúbica para el diagnóstico de infección urinaria en el lactante en las unidades de urgencias. disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/50-5-3.pdf>
  19. Requena I, Tedesco R, Orellan V, Rivas N, Padron A. Medermi Prevalencia y resistencia contra antimicrobianos de uropatógenos bacterianos aislados de pacientes pediátricos venezuela. Disponible en: <http://catalogo.fucsalud.edu.co:2073/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=9f34378b-8a02-4b6e-920d-240abf4ff534%40sessionmgr103&hid=107>
  20. Castaño, C. Gonzales, Z. Buitrago, C. Rovetto. Etiología y sensibilidad en infección urinaria en niños. Hospital infantil club Noel y Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia. Disponible en: <http://catalogo.fucsalud.edu.co:2086/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=529df9fb-23f3-4f2d-8c9b-2f82bfe3a017%40sessionmgr4008&hid=4106>
  21. Ponka D, Baddar F. Suprapubic bladder aspiration. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC355656/>
  22. Segovia Z. Infección urinaria en niños: métodos de recolección de orina / Urinary tract infection in children: methods for collecting urine *Rev. Méd. Clín. Condes*;19(4):452-455, sept. 2008. tab. DISPONIBLE EN: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=504148&indexSearch=ID>
  23. Montell O. Actualización sobre infección urinaria propuesta de estrategia de intervención educativa. *Revista Médica Electrónica* 2008;30(3) Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/510/pdf>
  24. Salas P, Barrera P, Gonzalez C, Pastrana P. Actualización en el diagnóstico y manejo de la Infección Urinaria en pediatría; *Rev Chil Pediatr* 2012; 83 (3): 269-278. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062012000300009](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062012000300009)
  25. Vázquez H, Oñoro G, De la Torre M, Díaz M, Novoa R, Molina J. Complicaciones del cateterismo vesical realizado en un servicio de urgencias para obtener una muestra de orina disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/complicaciones-del-cateterismo-vesical-realizado/articulo/S1695403311001949/>
  26. Jiménez I, Soto M, Cordero J, Rubio L, Coll R, et al. Protocolo de sondaje vesical. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0509.php>
  27. Gomez H, Oñoro G, De la Torre M, Díaz M, Novoa R, Molina J. Complicaciones del cateterismo vesical realizado en un servicio de urgencias para obtener una muestra de orina disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/complicaciones-del-cateterismo-vesical-realizado/articulo/S1695403311001949/>

## Otros Apuntes

### Soy su paciente. De Jack Sanecki

**Ana Julia Carrillo Algarra**

Enfermera. Mg. en Administración en Salud, Decana, Investigadora del grupo perspectivas del cuidado. FUCS

Contacto: ajcarrillo@fucsalud.edu.co

**Usted me ha visto mil veces...  
con muchas caras...  
En muchas formas...  
con muchas razones para estar  
a su cuidado.  
-Jack Sanecki-**

Soy la muchacha soñadora, madre por primera vez, deseosa de tener en mis brazos el milagro que he creado. Soy la figura lenta de hombros encorvados que usa camiseta desteñida y que usted encuentra diariamente en su trabajo. Soy la mujer asustada de mediana edad, que espera al frente de su escritorio de admisiones, abriendo y cerrando mi cartera nerviosamente.

Soy la forma impersonal cubierta de sábanas, que usted ve a través de la puerta semi-abierta cuando hace su ronda por el pasillo.

Todo es nuevo y extraño para mí. Ayer, me encontraba en alrededores familiares y estaba feliz planeando mi mañana. Hoy, estoy en un mundo extraño tratando difícilmente de ajustarme.

Las pocas cosas familiares de mi propio mundo parecen tomar gran importancia. Yo puedo quejarme, me puedo revelar en contra de lo extraño. Ve, yo no quiero estar en el hospital. ¡Quiero estar en mi casa!

Desde el momento en que entro a su escritorio de admisiones, soy una masa de miedos. Tengo miedo a lo desconocido. Estoy alarmado de la perspectiva del dolor, el desfiguramiento... Hasta de la muerte. Tengo miedo del problema o de la catástrofe financiera, y más que cualquier otra cosa, estoy solo.

Si le digo que mi café está frío, puede ser porque el café es para mí, más que una simple bebida del desayuno. Tiene un profundo sentido simbólico. Lo he llegado a asociar con agradabilidad, amistad y con el calor y la seguridad del hogar. Y así como el café caliente simboliza todas estas cosas buenas para mí, el café frío me recuerda que estoy entre extraños, que son antisépticos y que de alguna manera me dan miedo.

Cuando me rehúso a despertar en la mañana, a menudo quiero decir que soy inseguro.

Cuando reporto que mi Enfermera es indiferente, con frecuencia quiero decir que me siento abandonado.

Por favor entienda que con mis quejas sobre cosas pequeñas estoy tratando de comunicarle necesidades mucho más profundas. ¿Perderé mi identidad? ¿Estaré expuesto a toca clase de indignidades?

Tengo miedo de ser tratada(o), no como una ama de casa... un padre... un plomero... un campesino... un banquero ... sino como una vesícula biliar fascinante ... una tiroides interesante... un riñón insuficiente y terco ...



Me veo normal, pero dejé la normalidad cuando atravesé la puerta de su institución. Aunque soy maduro, me convertí de repente en un niño, asustado de las largas noches oscuras.

Y ah! Quiero ser amable y amigable ¡Quiero que sepa que no soy un problema más de cirugía o medicina interna! Quiero que sepa que soy más que un nombre escrito en la cabecera de mi cama o el brazalete que llevo puesto en mi muñeca para identificarme.

Soy de repente hipersensible. A pesar de sus equipos modernos, sus tableros de llamadas eléctricos, sus mesas de admisión, con incrustaciones de caoba, puedo ser aplastado por una palabra brusca de su auxiliar de enfermería. Los procedimientos de enfermería pueden ser rutinarios para usted, pero yo no he sido expuesto a ellos nunca antes.

En tres minutos, puede acabar con la persona inteligente que soy, quitarme la privacidad, volverme una historia clínica, crear una animosidad del cual nunca me recupere. Mi sensibilidad es probablemente exagerada. Pero cuando le presente mi carnet del seguro, por favor hágame sentir bienvenido. Déjeme saber que está feliz de que haya venido a su hospital.

Ud. Me puede decir que lo que yo espero es imposible, que algunas "incomodidades" y algunos "miedos" son parte de la estadía del hospital. Le diré que entiendo perfectamente cuando no soy paciente, pero en el momento que entro a su hospital como paciente mi punto de vista cambia.

Por favor déjeme explicarle. Le doy especial importancia todo lo que veo. Reacciono a una serie de pequeños episodios que no aparecen en mi historia clínica.

Las cosas pequeñas toman una importancia anormal... cosas como conflictos entre Ud. Y mi doctor... o entre doctor y enfermera... y enfermera. Estas cosas simples cobran mucha importancia en mi mente confusa.

Mucho de mi miedo como paciente novate viene de la falta de entendimiento de mi parte. Ni siquiera sé, que esperar de mi enfermera. No sé qué le puedo pedir sin ser impositivo. No sé qué tanto sabe ella de mi caso. No estoy seguro de hasta dónde va su autoridad. No sé si le importo o no. No sé si ella está preparada científicamente para atenderme.

Muy a menudo Ud. Da por hecho que yo sé estas cosas y yo me quedo solo buscando las respuestas.

¿Cómo me puede ayudar en este periodo de incertidumbre?  
¿Cómo me puede ayudar desde el momento de mi admisión hasta mis

periodos post- operativos y de convalecencia? ¿Cómo me puede ayudar en el momento en que veo al cajero y me pregunto si las noticias son mejores o peores de lo que esperaba?

**PREVENGAME** de cosas como la depresión post- operatoria que es muy probable que me atormente. Asegúreme que es normal y témporal y no un síntoma psicótico.

**AYÚDEME** a solucionar mis sentimientos de vergüenza. Asegúreme que el pato es temporal y que a medida que mejore, podré valerme por mi mismo cada vez más **ASEGUREME** que no estoy solo o abandonado, ni siquiera en el día más ocupado que Ud. tenga el hospital. Reasegúreme que mi lucha no es privada. que mis sentimientos, frustraciones, resentimientos y emociones son simplemente, parte del ser un paciente.

**NO ME ABANDONE.** Si he pasado por cirugía, por favor déjeme tener a mi lado a un amigo o pariente, para que me ayude estabilizar mis pensamientos alterados y a que tengan actividad significativa.

**INSÍSTALE** a la persona encargada de su servicio a que responda mi llamado. Si parezco impaciente, es solamente que estoy solo... es irracional, quizás, pero siento que he sido abandonado. En la tranquilidad de la noche pueden pasar cosas horribles, y nadie se daría cuenta. Así que toco el timbre con pánico. Cuando mi enfermera viene yo le pido un vaso de agua. No tengo sed, pero me relajo cuando ella está ahí.

**PRÚEBEME** que no está de acuerdo con los corredores ruidosos, ni con la falta de privacidad, ni algunas veces con el extraño arreglo del cuarto. Si estas cosas le parecen triviales, recuerde que cuando tengo miedo soy irracional, cuando estoy aburrido soy frenético y a menudo cuando tengo dolor soy hiper-irritable.

**EXPLÍQUEME** los costos. Yo conozco todas las razones por las que una estadía en el hospital no puede compararse con el hotel de unas vacaciones. Yo conozco, pero soy un paciente y las olvido.

**CÁLMEME** con una actitud positiva, generosa cuando hagan procedimientos en mi cuerpo, el miedo no me deja colaborar.

**ALIGERE** mi admisión, o mejor aún, hágala con anterioridad. ¿Por qué hacerme preguntas un completo extraño... y sobre mis asuntos privados, en una fría oficina?

**RELAJE** sus reglas hospitalarias. Permítame tener visitas, no según alguna regla remota e impersonal, pero si según mi condición. Dígame la razón para las reglas que no se pueden cambiar. ¿No se aceptan niños en la sala de obstetricia? ¿Restricciones en la dieta? ¿Restricciones en la visita? ¿Por qué? ¿Por qué?

Quizás cada regla tiene una razón que afecta mi propia recuperación. Me encantaría saber estas razones... pero nadie me las dice. En mi mente, digo que son insensibles. Yo digo que para Ud. sus pequeñas labores rutinarias son más importantes de lo que yo soy.

Haga una cosa más por mí, si quiere. Trate de ayudarme a sus colaboradoras(es) a sentir que realmente les gusta el trabajo que están haciendo... que están verdaderamente atendiendo a la humanidad y que en cualquier momento pueden ser ellas(os) mismas.

Déjeme ver solamente que todos los miembros de su equipo trabajan bien juntos, que cada uno confía en las capacidades y en el juicio de los otros, que su respeto no paga... sus cuentas. Nunca olvide, Ud. Ha sido un símbolo para personas como yo, desde que la Samaritana viajo de Jerusalén a Jericó hace dos mil años.

Ud. Es el sanador benevolente. Los equipos y los métodos han cambiado. Pero el concepto permanece aún. Usted no puede... no debe...cambiar este concepto.



¿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](http://www.fucsalud.edu.co)

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



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA  
DE CIENCIAS DE LA SALUD  
**FUCS**