



UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA  
Facultad de Enfermería

# Voces sobre El Cuidado

- Editorial
- Saberes
- Reflexiones
- Controversias
- Laboratorio de lenguas
- Garabatos, letras y algo más
- Reseñas

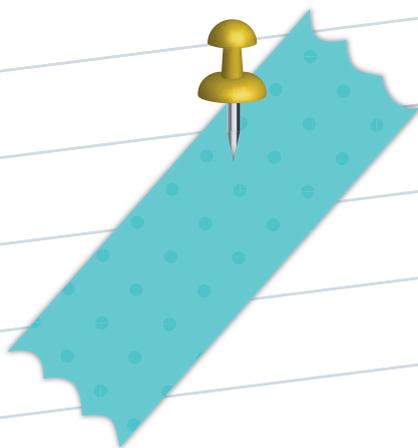
"ISSN: 2745-2093 (En línea)"

Voces sobre  
**El Cuidado**

Voces sobre  
**El Cuidado**

# Editorial

Voces sobre  
**El Cuidado**  
un cuaderno  
de acceso libre



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**  
Facultad de Enfermería



## Voces sobre el Cuidado un cuaderno de acceso libre

Francisco Javier Llano Ochoa<sup>1</sup>

La investigación y la producción científica se concretan en la transmisión y difusión del conocimiento para propiciar la comunicación científica en el contexto académico. Es por ello que las universidades disponen con preeminencia sus repositorios institucionales, para gestionar y preservar su producción académica y científica, y promocionar contenidos de acceso libre para beneficio y avance de la investigación. Desde esta perspectiva, la Universidad de Antioquia estableció los criterios para implementar una política de Acceso Abierto, por medio del Acuerdo Superior 451 de abril del 2018, propiciando la libre disposición de la producción académica y científica de la Institución y sus centros de investigación. En ese contexto, se entiende el Acceso Abierto como una fuente amplia de conocimiento humano y patrimonio cultural aprobada por la comunidad académica que incluye, los resultados de investigación científica original y documentos digitales, para que todos tengan acceso y puedan utilizar la información necesaria para el desarrollo de la práctica investigativa y la solución de problemas sociales.

A partir de esta iniciativa, el Sistema de Bibliotecas crea el Repositorio Institucional como un componente básico para gestionar y difundir la producción académica y científica generada por los miembros de la Institución. El Repositorio Institucional constituye un vasto universo de información que considera las doctrinas de la ciencia abierta para la democratización del conocimiento. Las potencialidades que ofrece esta plataforma son significativas, desde la publicación hasta el acceso a la información, a través de colecciones organizadas e interoperables dispuestas para consultar y descargar los documentos en texto completo. Este recurso se ha convertido en uno de los medios más utilizados por los investigadores en nuestro contexto para el acceso a la información. La

---

<sup>1</sup> Coordinador Biblioteca Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia, correo de contacto francisco.llano@udea.edu.co

labor investigadora es apreciable en el contexto académico de la Facultad de Enfermería, que desarrolla sus conocimientos para el cuidado de la experiencia o vivencia de la salud humana, en su dimensión humana y social.

Ahora que tenemos la posibilidad de establecer diálogos de saberes en la estructura académica, destaco la visibilización de los contenidos que son publicados en el cuaderno “**Voces sobre el Cuidado**” y que serán objeto de estudio y de exploración en el ámbito de la salud, como una forma diferente de apropiación del conocimiento y la información. En concordancia con la Política Institucional de Acceso Abierto adoptada por la Universidad, se incluye esta publicación como parte del Repositorio Institucional de manera libre para que la comunidad académica se beneficie de esta creación.



# Saberes

- Conocimientos sobre la violencia obstétrica que tienen los egresados de pregrado de una Facultad de Enfermería de Colombia, durante el año 2020 y primer semestre de 2021
- Riesgo del personal de salud de adquirir un patógeno sanguíneo por punción accidental: Revisión sistemática
- Enfermería en la prevención de la debilidad adquirida en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico

## Conocimientos sobre la violencia obstétrica que tienen los egresados de pregrado de una Facultad de Enfermería de Colombia, durante el año 2020 y primer semestre de 2021

Edwin Andrés Agudelo, Laura Aristizábal Giraldo,  
Stiven Saldarriaga Zapata, Tatiana Ramírez Bolívar,  
Valentina Vélez Cardona<sup>1</sup>

### Resumen

Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal cuyo objetivo fue describir el conocimiento acerca de la violencia obstétrica (VO) que tenían los egresados de pregrado de una facultad de enfermería de Colombia en el 2020 y el primer semestre del 2021. La información se recolectó a través de un cuestionario d 38 preguntas basado en la operacionalización de las variables y en los objetivos; se incluyeron todos los egresados que desearon participar que cumplían los criterios de inclusión que hacían referencia a: haberse graduado del pregrado de enfermería en el periodo de 2020 y el primer semestre de 2021. El análisis fue descriptivo, se extrajeron frecuencias absolutas y relativas de todas las variables y se tuvieron en cuenta los preceptos éticos de Ezequiel Emmanuel. Como resultados importantes se tiene que la mayoría de los egresados (94,1%) desconocen sobre la ausencia de legislación en Colombia sobre violencia obstétrica; y no consideran los procedimientos de ruptura artificial de membranas (9%), la estimulación de pezones (38%), el ayuno prolongado (47%) y la maniobra de Kristeller (50%) como prácticas asociadas a la VO; la mayoría de conocimientos acerca de VO son adquiridos durante la formación de pregrado (91,2%) y los tipos de violencia menos reconocidos son por infraestructura deficiente (41%) y la violencia sexual (47%).

**Palabras clave:** conocimientos, enfermería, violencia obstétrica, parto humanizado

<sup>1</sup> Estudiantes Programa de Enfermería Universidad de Antioquia UdeA. Correo de contacto [valentina.velezc@udea.edu.co](mailto:valentina.velezc@udea.edu.co)

## Introducción

Se entiende por Violencia Obstétrica (VO) todo abuso o agresión ejercido por el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de la mujer en los periodos que comprenden la gestación, el trabajo de parto, parto y posparto (Castrillo, 2016) tipificadas por intervenciones innecesarias, abuso de la medicación (Administración de oxitocina), infraestructura deficiente, agresión verbal, discriminación por motivos raciales, culturales o de edad, procedimientos sin consentimiento e información incompleta (OMS, 2014). Otros autores consideran violencia obstétrica, el obligar a la mujer a estar en el parto en posiciones adecuadas para el médico como la de litotomía, no posiciones cómodas para la madre y alterar el proceso natural del parto (maniobra Kristeller, ruptura artificial de membranas (Echeverry, 2018). Una investigación cualitativa cuyo objetivo fue caracterizar las diferentes modalidades de violencia obstétrica reportó, que, de 16 mujeres entrevistadas, una manifestó violencia obstétrica y violencia sexual simultáneamente ya que, el ginecólogo le expresó “qué si a la hora de realizarle el tacto ella sentía placer” (Tobar et al, 2019). Para Nadia Blel Scaff la VO es una violación a los derechos humanos, sexuales y reproductivos de la mujer, ya sea por acción u omisión por parte del personal salud y que estos actos de forma directa o indirecta afecten la salud de la mujer,

la integridad sexual y reproductiva incluyendo los procesos de embarazo, parto o posparto (Blel, 2017)

Con relación a los conocimientos acerca de la violencia obstétrica, se ha encontrado en la literatura un estudio en Caracas cuyo objetivo fue describir los conocimientos del personal de salud que trabaja en salas obstétricas, en las cuales se encontró que, el 89% conocían el término de violencia obstétrica, el 82,4% de este personal respondió que la VO podía ser ejercida por cualquier personal de salud, el 63,6% presencié actos VO durante la atención y el 94,6% manifestaron que no existen condiciones para la atención del parto en posición vertical (Faneite et al, 2012).

En una investigación cualitativa que estudió a diez profesionales de enfermería, se halló que la mayoría conocen la definición de VO; de los estudiados, cinco enfermeras tenían conocimiento de actos que se traducen en VO como separar a la madre del recién nacido que está saludable, episiotomía rutinaria, realizar cesáreas sin indicación médica o sin consentimiento, privación de ingesta de alimentos, Kristeller, aplicación de oxitocina rutinaria, agresión verbal, tactos vaginales excesivos y ofensivos, prohibir el ingreso del acompañante, realizar procedimientos sin previa información y la negación de administración de fármacos anestésicos (Alencar et al, 2019).

Un estudio transversal realizado a 51 enfermeras y parteras, halló que todos

los participantes estaban de acuerdo con la necesidad de acceder a más conocimientos sobre la VO, en particular el 58% precisan que debe darse más conocimiento en cuanto al aspecto jurídico y el 15% de las parteras mencionan que requieren de capacitación en aspectos jurídicos. (Di Giacomo, 2016)

En estudiantes de una universidad pública de Brasil se realizó una investigación, cuyo objetivo fue identificar el conocimiento de la violencia obstétrica en la cual se halló que: el 57,7 % conocieron la VO en la universidad, el 10% tuvieron conocimiento de la VO en el entorno familiar y el 14,5 % en el entorno hospitalario; seguidamente, se encontró que al confrontar las respuesta de los estudiantes de enfermería con los de medicina, se encontró que los primeros se sintieron más satisfechos con la temática abordada sobre VO que los estudiantes de medicina; observando, además que en los de medicina no fue abordada una discusión sobre VO en el salón de clase; 4,9% del total de los estudiantes consideran que el material de estudio fue el adecuado. Como conclusión importante se encontró que el hecho de introducir la temática sobre VO en el ambiente académico produjo cambios en los conceptos y comportamientos de los alumnos de enfermería (88,2%) y de medicina (68,8%), los cuales reconocieron de mejor forma los derechos de la mujer, definieron y redefinieron que es VO, además encontraron la necesidad de brindar un mejor acom-

pañamiento a la gestante durante el parto. (Nunes, 2019) Como se observa en las investigaciones anteriores, a pesar de que el personal de salud tiene conocimiento sobre VO, este tipo de abusos se sigue presentando con frecuencia. Como se aprecia en uno de los artículos, más de la mitad de los estudiantes de salud adquieren los conocimientos acerca de VO en la universidad, sin embargo, ya que se trata de un espacio formativo en el área de la salud, se considera que el 100% de los estudiantes deberían tener esta información; como lo demuestra una investigación revisada, existe una relación estadísticamente significativa entre los conocimientos sobre VO y la atención del parto humanizado. (Garro, 2019)

Según los hallazgos de las investigaciones anteriores, las instituciones tanto de salud como las universidades no abordan con suficiente profundidad el tema, por lo cual, con el desarrollo de este estudio se indagó por los conocimientos que tenían los egresados de una facultad de enfermería acerca de la VO, con el fin de que se implementen estrategias que permitan el abordaje del tema como parte de la formación en pregrado de los profesionales.

Con los resultados de este estudio se dio respuesta a la pregunta: ¿Cuáles son los conocimientos acerca de la violencia obstétrica que tienen los egresados de pregrado de una Facultad de Enfermería de Colombia en el año 2020 y en el primer semestre del año 2021, acerca de la violencia obstétrica?

## Metodología

### *Tipo de estudio*

Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal.

### *Población*

La totalidad de los egresados de pregrado de una facultad de enfermería de Colombia en el periodo focalizado

### *Muestra*

No probabilística, a conveniencia que estuvo constituida por 34 egresados de pregrado de una facultad de enfermería de Colombia graduados en el año 2020 (38,2%) y primer semestre del 2021 (61,7%) que participaron voluntariamente y que aceptaron firmar el consentimiento informado; o sea, los egresados de las dos cortes que respondieron el cuestionario con la firma del consentimiento informado.

### *Unidad de análisis*

Cada uno de los egresados de pregrado que se hubieran graduado en el año 2020 y primer semestre del 2021 y que participó en el estudio.

### *Criterios de inclusión*

Se incluyeron 34 egresados de ambos sexos graduados de pregrado en enfermería; 13 en el año 2020 y 21 del primer semestre del 2021.

### *Resultados*

Durante el desarrollo de este estudio se determinó los conocimientos acerca de la violencia obstétrica (VO) que tienen los egresados de pregrado de una facultad de enfermería de Colombia, en el año 2020 y en el primer semestre del año 2021.

La muestra estuvo constituida por 34 egresados que aceptaron participar en la investigación. De estos 13 (38,2%) se graduaron en 2020 y 21 (61,7%) en 2021.

## 1. Conocimiento acerca de la normatividad sobre violencia obstétrica

Al interrogar a los egresados sobre si en Colombia existe marco normativo de la violencia obstétrica; el 76,4% de los estudiados contestaron que sí había normatividad (respuesta incorrecta) y el 17,6 % no conocían sobre legislación en VO. Es

claro que solo 2 personas que equivalen a 5,9% tenían la respuesta correcta. Al sumar las respuestas incorrectas de los egresados, nos da un valor del 91,1%.

Al indagar sobre el conocimiento de los egresados acerca del sitio don-

de se pone la queja se encontró que: 64,7% egresados dicen que se interpone en la oficina de atención del usuario (respuesta correcta); 11,8% que en la comisaría o defensoría de familia y 23,5% no sabían.

Con respecto a la pregunta sobre el conocimiento de legislación sobre

VO en otros países de América Latina, 50% de los egresados conocen la existencia de normativa en otros países.

El 79,4% (27) de los egresados conocen la existencia de las recomendaciones que ha dado la Organización Mundial de la Salud sobre VO.

## 2. Conocimiento de los tipos y procedimientos de la violencia obstétrica

Con relación a los conocimientos que los participantes tienen sobre VO se halló que fueron adquiridos en su formación de pregrado el 91,2%; en la práctica 17,6% y en cursos o diplomados 20,6%.

Al interrogar a los egresados sobre el conocimiento del tipo de VO se halló que; 34 de los egresados (100%) conocía que el maltrato psicológico y verbal eran VO; el 97% reconocían el maltrato físico como VO. Otros se pueden apreciar en la tabla número 1.

**TABLA NÚMERO 1.** Conocimiento de los tipos de violencia obstétrica de 34 egresados de una Facultad de Enfermería de Colombia graduados en los años 2020 y 2021

Tipo de violencia	Si	No	No sabe
a. Física	33 (97%)	1 (3%)	0 (0%)
b. Psicológica	34 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
c. Verbal	34(100%)	0 (0%)	0 (0%)
d. Discriminación social, racial, sexual	29 (85%)	0 (0%)	5 (15%)
e. Por negligencia en la asistencia	33 (97%)	1 (3%)	0 (0%)
f. Por uso inadecuado de procedimientos y tecnologías.	28 (82%)	3 (9%)	3 (9%)
g. Por infraestructura deficiente	14 (41%)	10 (29%)	10 (29%)
h. Violencia sexual	16 (47%)	11 (32%)	7 (20%)

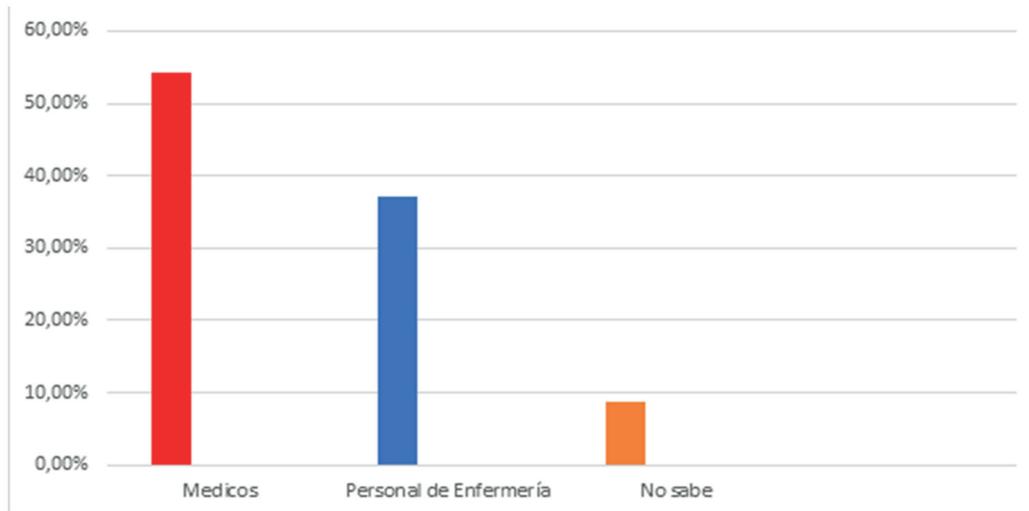
Al indagar a los egresados sobre los procedimientos que se constituyen como VO se halló que: 33 de los egresados (97%) reconocen la manipulación de genitales de forma grosera como VO, seguido por 32 (94,11%)

con frases groseras o insultos; los procedimientos que menos reconocieron como VO fueron: ruptura artificial de membranas 3 (8,8%). Otros datos se pueden observar en la tabla número 2.

**TABLA NÚMERO 2.** Conocimiento de los procedimientos que se configuran como violencia obstétrica de 34 egresados de una Facultad de Enfermería graduados en los años 2020 y 2021

Procedimientos /acciones	SI	NO	No sabe
a. Frases groseras o insultos	32 (94%)	0 (0%)	2 (5,9%)
b. Tactos vaginales repetitivos	27 (79%)	5 (15%)	2 (5,9%)
c. Uso episiotomía sin consentimiento	25 (74%)	4 (12%)	5 (15%)
d. Procedimientos sin anestesia	20 (59%)	6 (18%)	8 (24%)
e. Contención física	31 (91%)	1 (3%)	2 (6%)
f. Maniobra de	17 (50%)	10 (29,4%)	7 (20,6%)
<b>Kristeller</b>			
g. Tacto vaginal sin guantes,	29 (85%)	2 (6%)	3 (9%)
h. Manipulación de genitales de forma grosera	33 (97%)	0 (0%)	1 (3%)
a. Aplicación de oxitocina sin autorización.	20 (59%)	5 (15%)	9 (26%)
b. No permitir la entrada del acompañante	22 (65%)	8 (23%)	4 (12%)
c. Impedir que la mujer tome la posición que desee durante el parto	26 (76%)	3 (9%)	5 (15%)
d. Realizar ruptura artificial de membranas	3 (9%)	22 (64,6%)	9 (26,4%)
e. Estimulación de pezones	13 (38%)	13 (38%)	8 (23,5%)
f. Separar el bebé de la madre	26 (76%)	3 (9%)	5 (15%)
g. Cesáreas sin indicación médica o sin consentimiento	30 (88%)	0 (0%)	4 (12%)
h. Ayuno prolongado	16 (47%)	10(29,4%)	8 (23,5%)
i. Comentarios irónicos, chistes o descalificaciones	32 (94%)	1 (3%)	1 (3%)
j . Negación de anestesia	31 (91%)	0 (0%)	3 (9%)

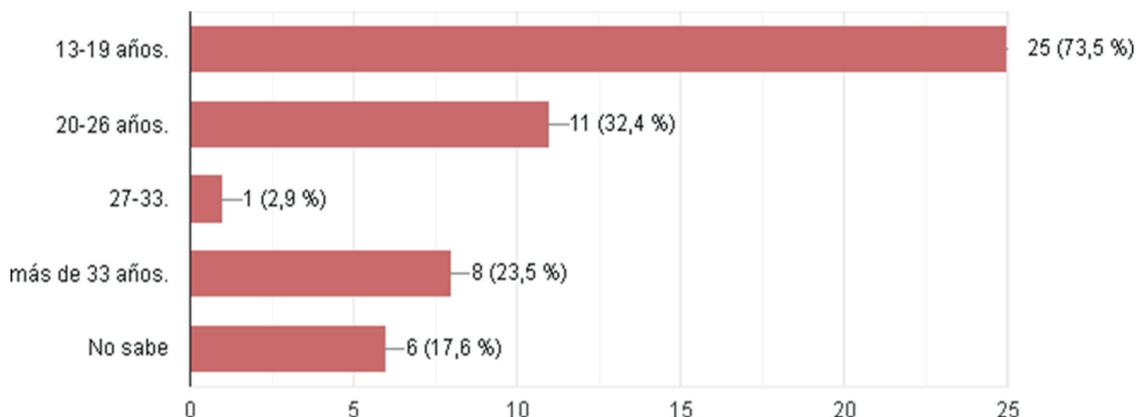
### 3. Conocimiento de los factores relacionados con la violencia obstétrica



**GRÁFICA NÚMERO 1.** Conocimiento de 34 egresados sobre el personal que más inflige la violencia obstétrica.

Un poco más de la mitad de los egresados (55,9%) dicen saber que el personal que más inflige la VO son los médicos.

En el periodo que más se presenta VO según los egresados fue en trabajo de parto con 70,6, seguido del parto 29,4% (respuesta correcta).



**GRÁFICA NÚMERO 2.** Conocimiento de 34 egresados sobre la edad en que es más frecuente la violencia obstétrica

Según los conocimientos de los egresados, los rangos de edad en los que es más frecuente la VO son: de 13-19 años (respuesta correcta) con 73,5%; seguido de los 20-26 años con 32,4%. Otros datos se pueden apreciar en la gráfica número 2.

De acuerdo a los conocimientos que tienen los egresados, la formación académica en la cual las mujeres sufren más VO es, educación primaria 41,1% (Respuesta correcta); seguido de bachillerato con 26,6% y no saben 26,6%.

De 34 egresados; 58,8% conocían que a las mujeres a las cuales se les inflige más VO son las mujeres nulíparas (respuesta correcta); seguido de mujeres con dos o más partos 23,5% y 17,6% no tenían conocimiento.

Con relación al conocimiento de los participantes, las mujeres pertenecientes a los estratos socioeconómicos en los cuales se da más la VO son en los estratos más bajos con respuesta del 91,2% (Respuesta correcta). Está de acuerdo con la literatura.

## Discusión

Con relación a los conocimientos que tenían los egresados sobre normatividad acerca de la VO en Colombia, tres cuartas partes (76,5%) de los egresados respondieron de manera incorrecta, es de resaltar que en Colombia no existe legislación específica sobre la VO (Calvache et al, 2018).

Más de la mitad (64,7%) de los egresados sabían dónde se debía in-

terponer la queja; porcentaje que a los investigadores les parece bajo ya que, como profesionales de la salud, en el rol de abogacía y como garantes de los derechos de los usuarios es muy importante tener claridad sobre el debido trámite para orientar a las pacientes; en Colombia las quejas sobre VO se interponen en las oficinas de atención al usuario o en las secretarías de salud locales o departamentales (Min Salud, 1993).

Más de tres cuartas partes, (79,4%) de los egresados conocían la existencia de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre VO (OMS, 2014).

En la presente investigación el porcentaje de conocimientos sobre el tema fue ligeramente menor que un estudio realizado en estudiantes de enfermería sobre conocimientos de las recomendaciones de la OMS que fue del 81%; esto después de haber recibido unas sesiones educativas sobre los lineamientos de esta organización y el parto humanizado (Castellano et al, 2018). Los datos de este estudio fueron similares al porcentaje reportado en internos de obstetricia que fue de 79.3% (Parrales, 2016).

De los estudiados, en su mayoría (91,2 %) adquirieron los conocimientos sobre VO en la universidad durante el pregrado, dato que es mayor en comparación con una investigación realizada en estudiantes de enfermería y medicina que mostró una frecuencia de 57,7%; es de resaltar que en ambos estudios los conocimientos

fueron adquiridos durante el pregrado (Nunes, 2019).

La totalidad, es decir, el 100% de los egresados reconocieron como VO la psicológica y verbal, el 97% la física, esto se debe posiblemente a que este tipo de maltrato es muy evidente; otros estudios realizados en mujeres atendidas por cesáreas, partos y abortos espontáneos encontró que la violencia más frecuente eran la verbal que se presentó en todas las mujeres (Pereira y Domínguez, 2015). Otro estudio en mujeres en postparto encontró que el 80% tenían información previa sobre el derecho a recibir un trato digno y respetuoso; en este estudio no se encontró información sobre el tipo de violencia física (Correa et al, 2018).

Llama la atención que los tipos de violencia menos reconocidos fueron por infraestructura deficiente y violencia sexual; al sumar las respuestas negativas con las que no saben, en el caso de la infraestructura deficiente es de 59% y las personas que si reconocen esta violencia como VO es de 41%; por otro lado, en la violencia sexual al sumar los que no la reconocen como VO, con los que no saben, el resultado es 53%, por el contrario, los que la reconocen son el 47% de las personas encuestadas. Es decir, son menos los egresados que conocen estos tipos de violencia; puede deberse a que este maltrato no es abordado en el curso de cuidado a la salud sexual y reproductiva durante el pregrado; periodo en el que la mayoría de los

egresados manifestaron haber adquirido los conocimientos sobre VO.

La mayoría de los egresados, con más del 90% reconocieron las siguientes acciones o procedimientos como violencia obstétrica. El 97% identificaron la manipulación de genitales de forma grosera; frases groseras o insultos fue reconocido por el 94%; comentarios irónicos, chistes o descalificaciones por 94%; tanto la contención física y la negación de la anestesia por el 91%. Una investigación cualitativa cuyo objetivo fue conocer la violencia en madres que tuvieron un parto normal, halló que el tipo de violencia más común fue según las entrevistadas las frases groseras provenientes del personal de salud; hecho similar al encontrado en este estudio (Silvia y Sante, 2017). Así mismo la manipulación de genitales de forma grosera es reconocida como VO por otros investigadores como Barbosa Jardim. En otro estudio realizado en enfermeras profesionales cuyo objetivo fue evaluar los conocimientos sobre VO, la negación de la anestesia fue reconocida como parte de esta; el hallazgo es importante ya que el uso de analgésicos y anestésicos en el parto es un derecho, salvo contraindicación médica, así mismo la Organización Mundial de la Salud, la recomienda como una buena práctica (Barbosa, 2018. Correa et al, 2018. Protocolo, 2008).

Con base en la literatura se encontró que un estudio en 629 mujeres, al 31% se les realizó amniotomía

precoz. De los egresados sólo el 9% reconocían la ruptura prematura de membranas como un procedimiento tipificado como VO. Este suceso puede estar relacionado a la utilización rutinaria de esta práctica en los servicios de obstetricia, lo que dificulta su reconocimiento por parte del personal de enfermería. Es importante resaltar que existen excepciones puntuales en las cuales esta intervención está indicada (Nascimento et al, 2016).

A pesar de que en la práctica es muy frecuente la estimulación de pezones, es considerado como un procedimiento tipificado como VO; sólo el 38% de los egresados reconocen esta práctica como VO. Una investigación cuyo objetivo fue identificar las conductas de rutina constitutivas de VO, halló que al 86,7% de las mujeres les indicaron que debían realizar esta actividad. Es de importancia que el profesional de enfermería conozca que esta conducta de rutina impacta negativamente el inicio precoz de la lactancia materna (Camacaro et al, 2015).

En países como Croacia y España, la frecuencia del uso de la maniobra de Kristeller, siendo un procedimiento de violencia obstétrica es de 54% y de 34,2% respectivamente, lo que podría indicar que es una práctica relativamente común (Mena et al, 2020). Se halló que el 50% de los estudiados identifican esta maniobra como VO, situación que es bastante preocupante ya que sus complicaciones son conocidas y han sido estudiadas. Con base en la experiencia

durante la rotación clínica, los investigadores evidenciaron esta conducta de forma muy frecuente en las salas de parto. El conocimiento en específico sobre este procedimiento debería ser mayor, ya que este es abordado en el curso de cuidado a la salud sexual y reproductiva. Otros estudios encontraron que, de 250 puérperas de parto vaginal, 116 (46,4 %) encuestadas afirmaron que se les realizó la maniobra Kristeller (Becerra y Failco, 2019).

Un poco más de la mitad de los egresados, dicen que el personal que más inflige la VO, son los médicos, seguido por las enfermeras; dato similar a un estudio en personal de salud sobre conocimientos de VO, cuyas frecuencias fueron de 42,8% para médicos y de 42% para las enfermeras (Faneite et al, 2012).

Sin embargo, un estudio realizado en Venezuela sobre conocimientos de personal de salud sobre violencia obstétrica reportó que 82,4% conocían que la VO puede ser ejercida por cualquier personal de salud.

A diferencia de otros estudios, los egresados reconocieron que el periodo en el que más se produce VO es en el trabajo de parto con un 71,4%. Otras investigaciones han encontrado que la mayor frecuencia de VO se da en el parto. Según un estudio cualitativo realizado en mujeres, el periodo en el cual experimentaron más VO fue en el parto; dato que concuerda con lo encontrado por otros autores, en los cuales los procedimientos tipificados como VO, se dan espe-

cialmente en este periodo, entre ellos están el uso de fórceps con el 65%, administración de oxitocina 41%, uso rutinario de posición de litotomía 39%, 34,2% maniobra de Kristeller, 39,3% episiotomía de rutina (Protocolo, 2008. Mena et al, 2020. Llobera et al, 2019).

Según los egresados el rango de edad donde se presenta más VO es la comprendida entre los 13 a 19 años con un 71,4%, dato que concuerda, con un estudio realizado en Venezuela que encontró asociación entre VO y ser adolescente o gestante tardía con una  $P < 0,0001$  (Terán et al, 2013). En una investigación realizada en cuatro países africanos, tener una edad entre 15 y 19 años se asoció con VO ( $p = 0,0077$ ), estas mujeres eran más propensas a sufrir abuso físico, verbal, estigma o discriminación (Bohren, 2019).

En el presente estudio, los investigadores respondieron que las mujeres que tenían escolaridad de básica primaria eran más propensas a ser víctimas de VO 45,7%. Otros autores encontraron que las mujeres que tenían un nivel de educación más alto refirieron menor percepción de VO  $P < 0,0059$  y que una de cada cuatro mujeres conoce el término VO, y una de cada cinco sabe dónde denunciar, además solo el 12% de las participantes recibió información sobre el consentimiento informado (Llobera et al, 2019).

La mayoría de los investigados reconocen que a las mujeres a las que más se les inflige VO son las nulíparas (58,8%), y la literatura menciona

que la mayoría de estas mujeres recibe burlas por ser primerizas (Terán et al, 2013).

Más de las tres cuartas partes (88,6%) de los investigados reconocen que el estrato socioeconómico en el que más se presenta violencia es el estrato bajo, lo cual concuerda con un estudio realizado en países europeos donde se encontró que el abuso recibido durante la atención médica fue mayor en mujeres con dificultades económicas (Lukasse et al, 2015).

Por otra parte, cuando tomamos en cuenta los tres primeros estratos socioeconómicos de las mujeres (alto, medio y bajo) encontramos una clara asociación: mayor prevalencia tanto de abuso y violencia como de atención no autorizada a medida que disminuye el nivel socioeconómico ( $p < 0,001$ ). Solo el nivel socioeconómico “muy bajo” muestra un comportamiento difícil de explicar en su asociación con estas variables pues en ambos casos registra una prevalencia menor que en los estratos bajo y medio (Terán et al, 2013).

## Conclusiones

Después de analizar los resultados y la discusión se encontró que son similares a la literatura:

1. Conocimientos sobre recomendaciones OMS sobre VO.
2. Factores relacionados con la existencia de la VO (como son la edad, la paridad, la forma-

ción académica y estrato socioeconómico).

Se encontró como hallazgos importantes:

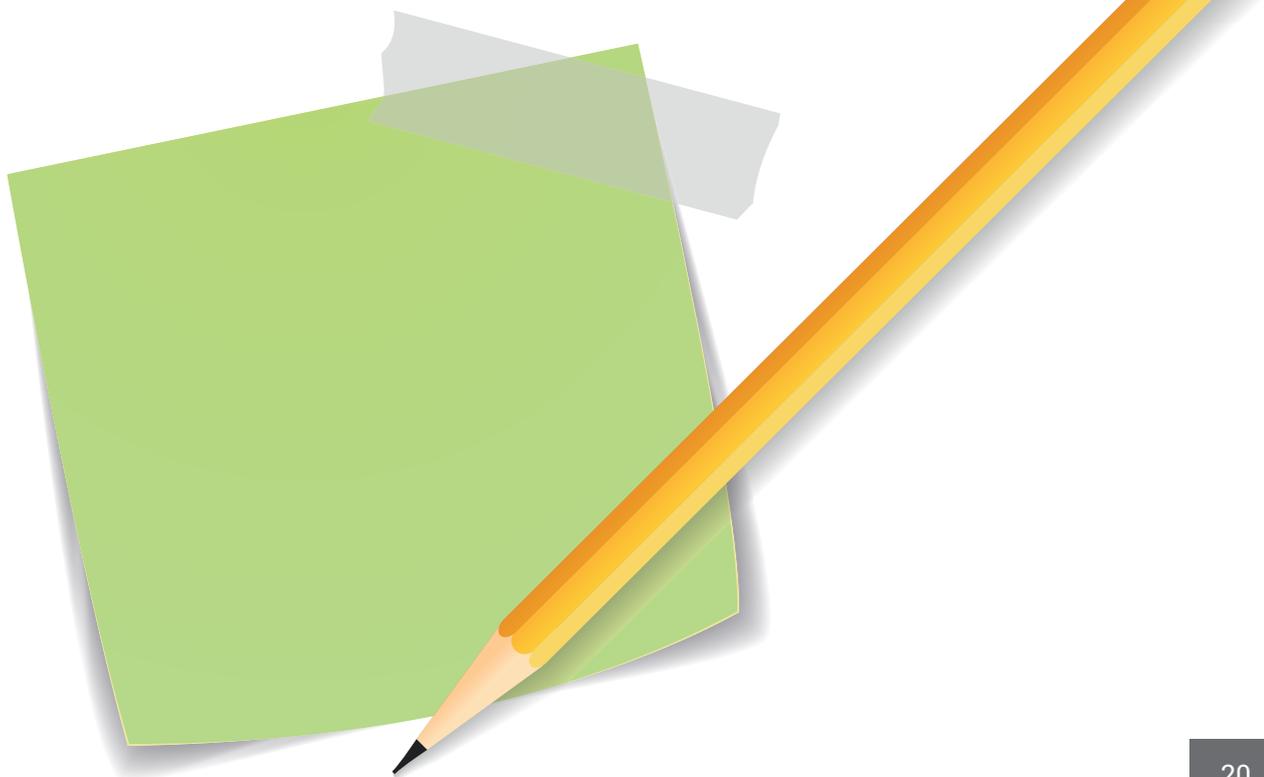
1. La mayoría de los egresados no conocen acerca de la falta de legislación en Colombia sobre VO.
2. Los procedimientos menos reconocidos por los egresados son la ruptura artificial de membranas, la maniobra de Kristeller, el ayuno prolongado y la estimulación de pezones.
3. La mayoría de conocimientos acerca de VO son adquiridos durante la formación de pregrado.
4. Los tipos de violencia menos reconocidos son por infraestructura deficiente y la violencia sexual.

## Referencias

- Alencar Albuquerque, G., Ramos Santana, M. D., Teles de Alexandria, S., Santos de Oliveira, M. do S., Martins Alves, S., & Moura Bessa, M. M. (2019). La violencia obstétrica bajo la perspectiva de los profesionales de enfermería involucrados en la asistencia al parto. *Rev. Enfermería y humanidades*; 53: 119-128 Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6919496>
- Barbosa Jardim, D. M., & Modena, C. M. (2018). La violencia obstétrica en el cotidiano asistencial y sus características. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 26: 2-12. Recuperado: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/rMwtPwWKQbVSszWSjHh45Vq/?format=pdf&lang=es>
- Becerra-Chauca, N., & Failoc-Rojas, V. E. (2019). Maniobra Kristeller, consecuencias físicas y éticas según sus protagonistas. *Rev cubana Obstet Ginecol*; 45(2). Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2019000200004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000200004)
- Blel Scaff, N. (2017). Proyecto de ley por medio del cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica. Recuperado de <http://leyes.senado.gov.co/proyectos/images/documentos/Textos%20Radicados/proyectos%20de%20ley/2017%20-%202018/PL%20147-17%20Violencia%20Obstetrica.pdf>
- Bohren, M., Mehtash, H., Fawole, B., Maung, T., Dioulde Balde, M., Maya E et al.(2019). How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys; 394: 1750-1763. Recuperado de <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2819%2931992-0>
- Calvache Bolaños, Y. A., Cruz Meléndez, W. E., & Maya Achicanoy, L. A. (2018). La violencia obstétrica en Colombia frente a un derecho comparado. Recuperado de [https://repository.ugc.edu.co/bitstream/handle/11396/4587/Violencia\\_obst%20c3%a9trica\\_derecho\\_comparado.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.ugc.edu.co/bitstream/handle/11396/4587/Violencia_obst%20c3%a9trica_derecho_comparado.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Camacaro, M., Ramirez, M., Lanza, L., & Herrera, M. (2015). Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. *Rev. Internacional de filosofía iberoamericana y teoría social*; 68: 113-120. Recuperado de <https://produccioncientificaluz.org/index.php/utopia/article/view/19763/19710>
- Castellanos, E., Zavala de Jesús, L., Salazar, J., Conzatti Hernández, M., Cabrera Martínez, M., Enríquez Hernández, C., et al. (2018). Conocimiento y formación práctica del parto humanizado. *Rev. electrónica de portales médicos*. Recuperado de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/conocimiento-formacion-practica-parto-humanizado/2/>

- Castrillo, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Rev. Sexo, Salud Soc*; 24: 43 - 68. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/sess/a/jXWfHQCDHrHMGpS-qNB93ZPD/?format=pdf&lang=es>
- Correa Castañeda, N., Aguirre Arenas, J. A., Camacho Prada, J. Y., & Posada Morales, M. N. (2020). Derechos Durante el Parto, Según Recomendaciones OMS (2018): Percepción de las Mujeres. *Fun. Uni. del área andina*; 13(13): 239-251. Recuperado de <https://revia.areandina.edu.co/index.php/vbn/article/view/1766/1676>
- Da-Silva-Carvalho, I., & Santana-Brito, R. (2016). Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. *Enferm. glob*; 16(47): 71-79. Recuperado de: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/1695-6141-eg-16-47-00071.pdf>
- Decreto 1570 de 1993 Por el cual se reglamenta la Ley 10 de 1990 en cuanto a la organización y funcionamiento de la medicina prepagada. Este Decreto fue modificado por el Decreto 1486 de 1994. Bogotá. Diario Oficial No. 41.443 (15 de julio de 1994). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-1570-de-1993.pdf>
- Di Giacomo, P., Cavallo, A., Bagnasco, A., Sartini, M., & Sasso, L. (2017). Violence against women: knowledge, attitudes and beliefs of nurses and midwives. *J Clin Nurs*; 26: 2307-2316. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27805756/>
- Echeverry Sierra, D. M. (2018). Análisis de la violencia obstétrica asociada con la violencia de género y la violación de los derechos humanos en Colombia. Recuperado de [https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/4185/1/2018\\_analisis\\_violencia\\_obstetrica.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/4185/1/2018_analisis_violencia_obstetrica.pdf)
- Faneite, J., Feo, A., & Toro Merlo, J. (2012). Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Rev. Obstet Ginecol Venez*; 72(1). Recuperado de: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322012000100002](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000100002)
- Garro Soto, F. C., & Reynalte Melgarejo, A. T. (2019). Nivel de conocimiento sobre el parto humanizado en relación a las actitudes y prácticas del personal de salud. Hospital de Barranca Cajatambo - 2018. Recuperado de: <https://repositorio.unab.edu.pe/handle/20.500.12935/50>
- Jojoa-Tobar, E., Cuchumbe-Sánchez, Y. D., Ledesma-Rengifo, J. B., Muñoz-Mosquera, M. C., Paja Campo, A. M., & Suarez-Bravo, J. P. (2019). Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Rev. Salud UIS*; 51(2): 136-147. Recuperado de <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/9537/9625>
- Llobera Cifre, R., Ferrer Pérez, V., & Chela Álvarez, X. (2019). Nivel de conocimiento sobre el parto humanizado en relación a las actitudes y prácticas del personal de salud. Hospital de Barranca Cajatambo - 2018. *Investig. Fem*; 10(1) 149-184. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/INFE/article/view/60886/4564456551436>
- Lukasse, M., Schroll, A.-M., Karro, H., Schei, B., Steingrimsdottir, T., Van Parys, A.-S., Ryding, E. L., & Tabor, A. (2015). Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 95(5): 508-517. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25627169/>
- Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Águeda, Andreu-Pejó, L., & Valero-Chilleron, M. J. (2020). Obstetric Violence in Spain (Part II): Interventionism and Medicalization during Birth. *Res. Public Health*; 18(1). Recuperado de: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/1/199/htm>
- Nascimento Andrade, P. de O., Pereira da Silva, J. Q., Menino Diniz, C. M., & Costa

- Caminha, M. de F. (2016). Factores asociados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*; 16(1): 29-37. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/5f8XwfZ8h3f57q8DwJrF-JLp/?format=pdf&lang=pt>
- Nunes Vieira, S., Andrade Vidigal, B. A., Sousa, A. M., Naves dos Reis, L. N., Teixeira, E., & Gomes Vasconcelos, M. N. (2019). Violência obstétrica: convergências e divergências entre acadêmicos de enfermagem e medicina. *Enferm. Foco*; 10(6); 21-28. Recuperado de <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2068/646>
- Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf?%3Bjsessionid%3D71FD28AC6E6F50521123C0083D9D920F?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?%3Bjsessionid%3D71FD28AC6E6F50521123C0083D9D920F?sequence=1)
- Parrales Morán, E. A. (2016). Nivel de conocimiento sobre el parto humanizado y su relación con las actitudes de los internos de Obstetricia. Instituto Nacional Materno Perinatal, Mayo - 2016. Recuperado de [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4981/Parrales\\_me.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4981/Parrales_me.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Pereira, C., Domínguez, A., & Toro Merlo, J. (2015). Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Rev Obstet Ginecol Venez*; 75(2): 81-90. Recuperado de: <http://ve.scielo.org/pdf/og/v75n2/art02.pdf>
- Protocolo SEGO.,2018. Analgesia en el parto. *Prog Obstet Ginecol*;51(6):374-83 [En línea] Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdf-S0304501308711038>
- Proyecto de ley no. 063 de 2017. Por medio de la cual se establecen los derechos de la mujer en trabajo de parto, parto y postparto y se dictan otras disposiciones o ley de parto humanizado. Recuperado de: <https://www.camara.gov.co/ley-de-parto-humanizado>
- Terán, P., Castellanos, C., González Blanco, M., & Ramos, D. (2013). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Rev Obstet Ginecol Venez*; 73(3): 171-180. Recuperado de: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/1695-6141-eg-16-47-00071.pdf>



## Riesgo del personal de salud de adquirir un patógeno sanguíneo por punción accidental: Revisión sistemática

Adriana Sinisterra Hinegroza<sup>1</sup>  
Gustavo Adolfo Vanegas Pareja<sup>2</sup>  
Olga Lucía Gaitán Gómez<sup>3</sup>

### Resumen

En las instituciones prestadoras del servicio de salud, se encuentran presentes numerosos riesgos de tipo biológico a los que se expone el personal sanitario, originados por la manipulación de dispositivos cortopunzantes y el contacto con secreciones y líquidos corporales. Teniendo en cuenta lo anterior, el propósito de este estudio es analizar la evidencia científica disponible sobre el riesgo del personal de la salud de adquirir un patógeno sanguíneo como consecuencia de una punción accidental directa durante su práctica clínica. Para ello, se llevó a cabo una revisión sistemática de literatura de los últimos 20 años, siguiendo las directrices PRISMA. La búsqueda se efectuó en diez bases de datos bibliográficas usando síntesis de palabras clave. Se identificaron 29 artículos, la mayoría descriptivos, donde se identificaron como factores de riesgo la duración de la jornada laboral, la poca educación en medidas de preventivas, la no utilización de los elementos de protección personal, el reencauchado de la aguja, la baja adherencia a las prácticas de inyección seguras, la baja percepción del riesgo y conciencia de autocuidado y la poca experiencia del personal. Las infecciones por patógenos sanguíneos más frecuentemente reportadas fueron hepatitis C (39%), hepatitis B (37,6%) y el virus de inmunodeficiencia humana (4,4%). La prevalencia de enfermedades transmitidas por la sangre, según algunos autores, puede alcanzar el 30% en aquellos profesionales que no efectuaron medidas de profilaxis, mien-

- 1 Estudiante de noveno semestre del programa de Enfermería de la Universidad Santiago de Cali, Cali, Colombia, e-mail: [adriana.sinisterra00@usc.edu.co](mailto:adriana.sinisterra00@usc.edu.co)
- 2 Estudiante de noveno semestre del programa de Enfermería de la Universidad Santiago de Cali, Cali, Colombia, e-mail: [gustavo.vanegas00@usc.edu.co](mailto:gustavo.vanegas00@usc.edu.co)
- 3 Enfermera, MSc Ciencias biomédicas, Ph.D(c) en Enfermería, docente del programa de enfermería, Universidad Santiago de Cali, Colombia, e-mail: [olga.gaitan00@usc.edu.co](mailto:olga.gaitan00@usc.edu.co)

tras que en aquellos que las realizaron correspondió a una tasa de transmisión del 0% frente al virus de hepatitis B y VIH, y un 0,8% frente al virus de hepatitis C. Se concluye que muy pocos artículos abordan la incidencia y prevalencia de las infecciones y enfermedades que se transmiten por las punciones directas y el riesgo al que está expuesto el personal a nivel local, regional y nacional de manera diferenciada por oficio. Lo anterior le permitiría al personal dimensionar el riesgo y a las instituciones tomar las medidas más adecuadas para su prevención.

**Palabras clave:** Riesgos biológicos, Patógenos transmitidos por la sangre, Personal de salud.

## Introducción

Los patógenos que son transmitidos a través de la sangre son microorganismos que pueden causar enfermedades en los humanos y afectar su bienestar cuando se presenta una exposición directa (Departamento de Seguros de Texas, 2011). Por ello, los profesionales de la salud se encuentran expuestos a contraer una infección sanguínea, donde lo único que se necesita es un pinchazo accidental con elementos cortopunzantes (Loscos López et al., 2002). Algunos de dichos patógenos son el virus de hepatitis B (VHB), hepatitis C (VHC) y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), estos causan los riesgos más serios para el personal de la salud (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 1997).

Las instituciones de salud son consideradas como centros de trabajo con multiplicidad de riesgos, entre ellos el biológico, uno de los más relevantes a nivel intrahospitalario (Orozco, 2013) dada la manipulación

constante de elementos cortopunzantes y exposición a fluidos corporales (Borges Romero, 1998; EMS Safety, 2014; Irias Hernández, 2019; Narváez Oyola & Leiva Leiva, 2008; Rojo et al., 2006). Los accidentes biológicos en las instituciones de salud ocurren con gran frecuencia en el ejercicio de las prácticas clínicas a través de la inoculación percutánea por pinchazos, cortes, rasguños, salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales. Estos suceden principalmente en las habitaciones de los pacientes, quirófanos, salas de parto y urgencias, donde el personal de enfermería se encuentra en un mayor riesgo de sufrir un accidente por punción, debido a que son los responsables de administrar medicamentos a través de las inyecciones (Bru Hernández, 2011; Gabr et al., 2018; Tapia Cárdenas, 2017).

Por lo tanto, el riesgo biológico se deriva de la manipulación de los líquidos orgánicos contaminados con patógenos sanguíneos. Su prevención puede estar condicionada a los conocimientos, las habilidades y las prácti-

cas que desarrolla el personal sanitario, como lo son las prácticas de inyección segura, el uso de elementos de protección personal, la no reutilización de dispositivos de inyección, el manejo adecuado de los medicamentos, entre otros. El no seguimiento de las prácticas seguras puede incrementar considerablemente el riesgo al momento de ocurrir una punción o corte accidental (CEPYME Aragón, 2013; Comisión de Salud Pública, 2001; Pérez Ruiz et al., 2017; Rodríguez González et al., 2009; Ruiz, 2021).

Se estima que al año ocurren dos millones de exposiciones por accidentes de riesgo biológico, de los cuales el 0.3% provocan infección por inmunodeficiencia humana, el 1.8% hepatitis C y entre el 6% al 30% hepatitis B, lo que genera enfermedades agudas, crónicas e incluso la muerte en el personal de la salud infectado (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2003; Galíndez &

Rodríguez, 2007). Por lo anterior, el objetivo de esta revisión es analizar la evidencia científica disponible sobre el riesgo de adquirir un patógeno sanguíneo como consecuencia de una punción accidental en el personal de la salud durante su práctica clínica.

## Metodología

La presente es una revisión sistemática de la literatura realizada a partir de las directrices de *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis PRISMA checklists* (Page et al., 2021). La búsqueda se llevó a cabo en 11 bases de datos bibliográficas que compilan revistas indexadas en salud usando descriptores clave y el operador booleano “AND”. En la **Tabla 1**, se visualizan las palabras clave seleccionadas, las ecuaciones de búsqueda construidas y los artículos identificados por base de datos.

**Tabla 1.** Generalidades sobre el proceso de búsqueda bibliográfica

Bases de datos bibliográficas	Artículos encontrados	Descriptores claves MeSH/DeCS	Ecuaciones de búsqueda
BioMed	4		
Google scholar	21	<i>Needlestick Injuries</i> - Lesiones por Pinchazo de Aguja	(“Needlestick Injuries” AND “Blood-Borne Pathogens” AND “Health Personnel”)
Informe Académico	2	- <i>Ferimentos Penetrantes</i>	
Oxford	10	<i>Produzidos por Agulha</i>	(“Lesiones por Pinchazo de Aguja” AND “Patógenos Transmitidos por la Sangre” AND “Personal de la salud”)
PubMed / Medline	21	<i>Blood-Borne Pathogens</i> - Patógenos Transmitidos por la Sangre	
Sage Journals	9	- <i>Patógenos Transmitidos pelo Sangue</i>	
Science Direct	16	<i>Health Personnel</i> - personal de la salud	(“Ferimentos Penetrantes Produzidos por Agulha” AND “Patógenos Transmitidos pelo Sangue”)
Scopus	17	- <i>Pessoal de Saúde</i>	
Springer	7		
Taylor and Francis Group	4		

Fuente: elaboración propia

La búsqueda se efectuó entre los meses de abril a junio de 2021. Se encontraron 9.362 artículos de los cuales, posterior a una lectura atenta del título y el resumen, se identificaron 111 investigaciones relacionadas con la temática de investigación (cabe aclarar que se tuvieron en cuenta una sola vez las publicaciones que se encontraran duplicadas). Dichos artículos fueron cuidadosamente analizados por los investigadores para identificar si cumplían con el objetivo de la revisión, los criterios de inclusión y la pregunta clínica PICOT, tal y como se detalla en la **Tabla 2**.

Posteriormente, se llevó a cabo una lectura completa y detallada de cada manuscrito teniendo en cuenta el cumplimiento de los criterios

expuestos en la **Tabla 2**. Al mismo tiempo, se evaluó el rigor metodológico de cada investigación según su diseño; para ello, se tuvieron en cuenta las listas de chequeo de *Equator Network: CARE* (reporte de casos), *CONSORT* (ensayos clínicos), *COREQ* (investigación cualitativa) y *STROBE* (investigación observacional). El punto de corte para determinar la permanencia del artículo en la revisión fue el cumplimiento del 70% de los ítems de la lista de chequeo evaluativa correspondiente. La siguiente fase contempló la extracción ordenada de la información relevante para la revisión a través de una plantilla en Excel que especificaba las características del estudio (título, autor, año de publicación, metodología, objetivo y

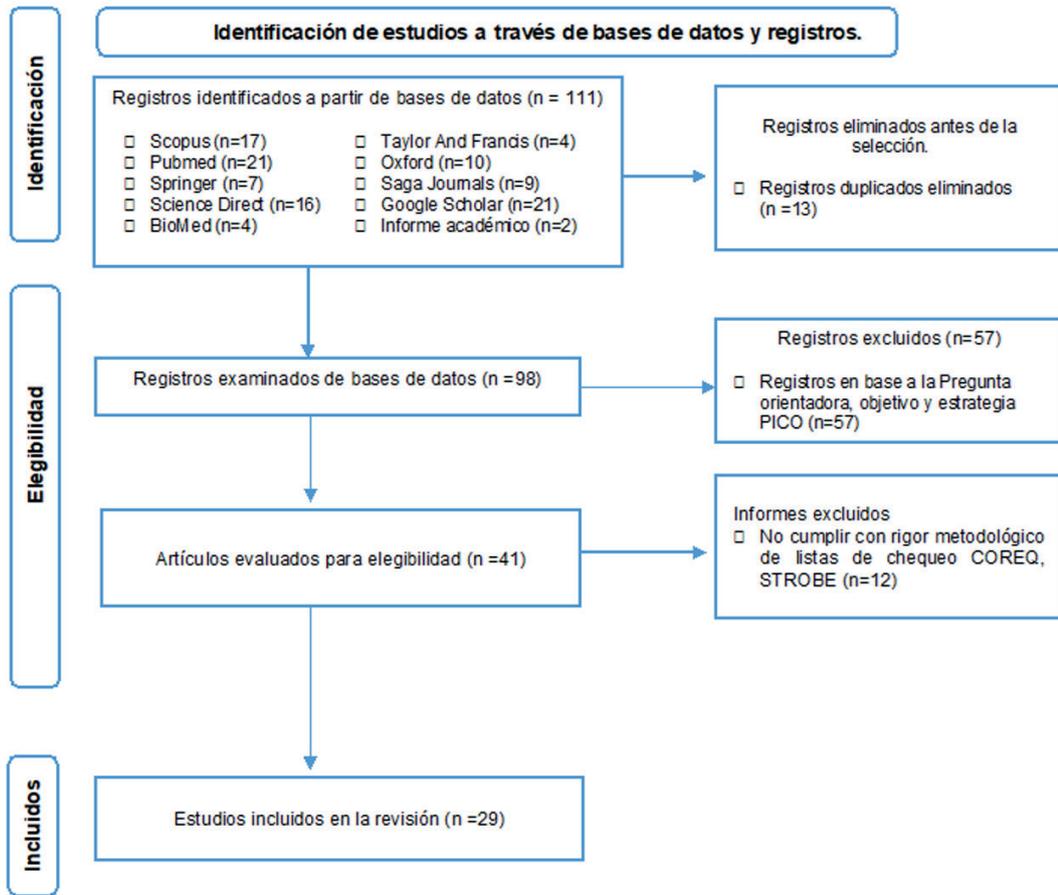
**Tabla 2.** Criterios de selección y pregunta PICOT

Criterios		Pregunta clínica PICOT
De inclusión	De exclusión	
Artículos publicados que den respuesta al objetivo y la pregunta clínica PICOT. Artículos que identifiquen infecciones o enfermedades por patógenos sanguíneos como consecuencia de una punción accidental en el personal de la salud durante su práctica clínica. Artículos publicados en el idioma español, inglés y portugués.	Cartas al editor, resúmenes de conferencias, capítulos de libros, tesis y otras revisiones.	<b>P</b> Personal de la salud (profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares).
		<b>I</b> Reportes de infecciones o enfermedades por patógenos sanguíneos del personal de la salud como consecuencia de una punción accidental durante su práctica clínica.
		<b>C</b> Infecciones o enfermedades por patógenos sanguíneos del personal de la salud como consecuencia de otras vías de transmisión (aérea, gotas, contacto).
		<b>O</b> Identificar las prácticas de mayor riesgo que pudieron desencadenar la punción accidental.
		<b>T</b> Estudios publicados entre el 2001 y el 2021.

Fuente: elaboración propia

resultados relevantes para el presente estudio). Finalmente, en la fase cua-

tro, se analizaron los resultados a la luz del objetivo de la revisión.



**Figura 1.** Diagrama de flujo del proceso de búsqueda, identificación y selección de los artículos  
Fuente: elaboración propia

## Resultados

El desarrollo de la revisión se llevó a cabo con 29 artículos, de los cuales el 62.1% fueron desarrollados por profesionales del área de la medicina, el 34.5% por epidemiología y el 3.4% por enfermería. También se encontró

que las publicaciones sobre el riesgo de adquirir un patógeno sanguíneo se realizaron principalmente entre el 2011 y el 2021 (93%) y, en menor proporción, se publicaron entre el 2001 al 2010 (7%), reflejando que en la última década ha surgido un mayor interés en torno al tema de punciones

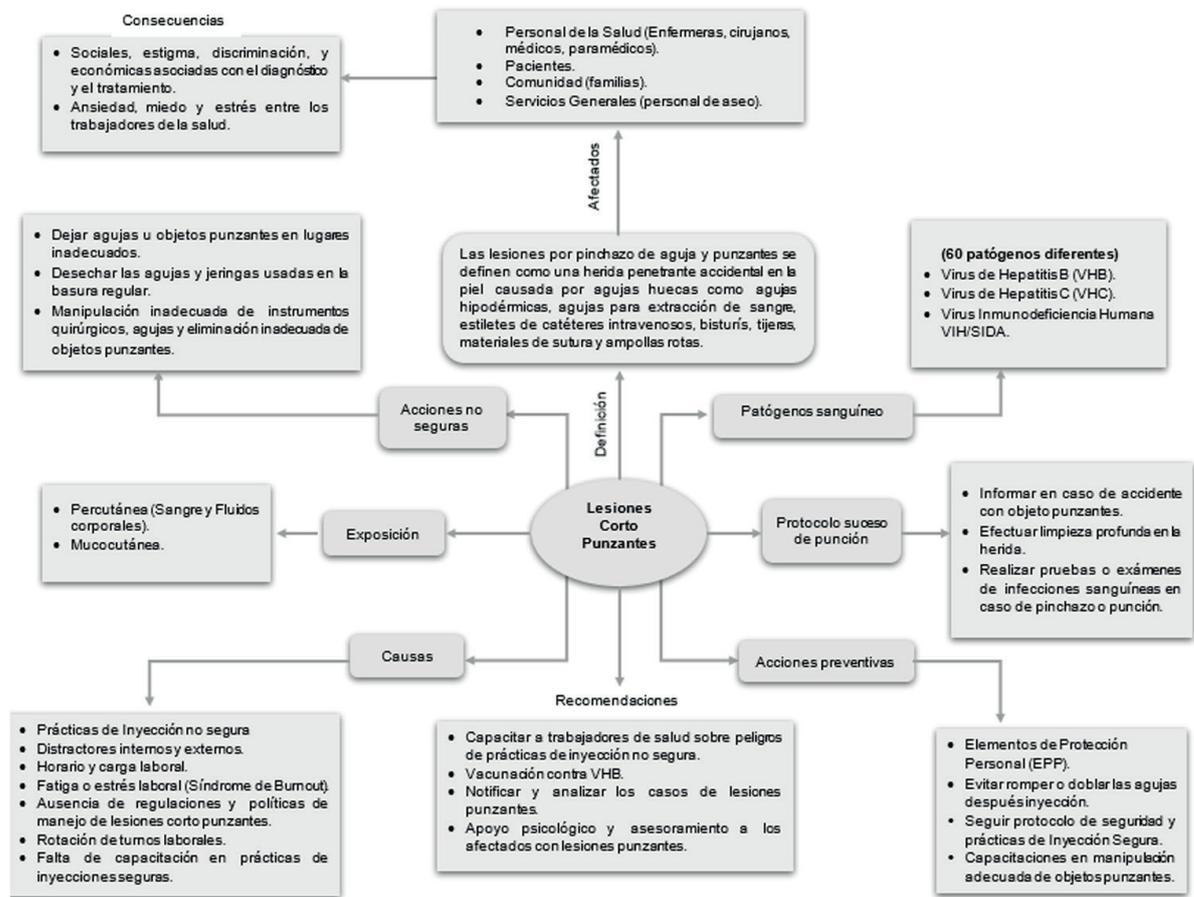
accidentales y causas que influyen en estas. El 93.1% de los artículos fueron estudios descriptivos transversales, el 3.4% prospectivos y el 3.4% retrospectivos. Ahora bien, con respecto a los países donde más se llevaron a cabo las investigaciones, estos fueron Estados Unidos (17%), Egipto (10%), Etiopía (10%), India (7%), Polonia (7%), Irán (7%) Taiwán (7%) y, en menor proporción, Arabia Saudita, Líbano, Bosnia, China, Nigeria, Reino Unido, República de Corea, Suiza y Venezuela.

En los hallazgos de la revisión, se evidenció que al interior de las instituciones de salud un 83.3% de los accidentes de riesgo biológico correspondieron a pinchazos con agujas y lesiones cortantes, lo que evidencia que los principales riesgos para sufrir un accidente por punción son el incremento en la duración de la jornada laboral, la ausencia de un programa educativo sobre las punciones accidentales en la institución, la falta de uso de elementos de protección personal, el reencauchado de agujas después de administrar la inyección, la baja conciencia de autocuidado, las prácticas de inyección no segura e incluso aspectos como la poca experiencia del profesional de la salud (Gabr et al., 2018).

De acuerdo con Jahic et al. (2018), Masoumi-Asl et al., (2016), Bazie et al. (2020) y Ganczak et al., (2020), todos los trabajadores de la salud se encuentran expuestos a contraer infecciones graves de transmisión sanguínea por pinchazos de agujas; no obstante, el equipo de enfermería está mayormente

expuesto, seguido por el equipo médico (Jaybhaye et al., 2014). La literatura señala que más del 90% de las infecciones sanguíneas en los profesionales de la salud se producen en países en desarrollo, donde el 37.6% de casos corresponden a hepatitis B, el 39% a hepatitis C y el 4.4% a VIH como consecuencia de los pinchazos con agujas.

Cabe señalar que tener una punción accidental no significa que se vaya a adquirir una infección y se desarrolle la enfermedad, sino que se incrementa la probabilidad de contagio (Jaybhaye et al., 2014; Lakbala et al., 2012). De ahí la importancia de ejecutar estrategias como el cambio de conductas del personal sanitario, entre ellas, utilizar de manera adecuada los elementos de protección personal, manejar todos los pacientes y muestras como posibles VIH positivo, tener completos los esquemas de vacunación, establecer y socializar los protocolos de manejo de heridas cortopunzantes (d’Ettorre, 2017; Foda et al., 2018), promover procedimientos seguros (como las prácticas de inyección segura) (Organización Panamericana de la Salud, 2007) o hacer seguimiento interno, reporte y control de enfermedades infecto-contagiosas (Aldaz Herce et al., 2018). Asimismo, es imperativo realizar reporte inmediato de los accidentes de riesgo biológico, porque en muchos casos el tratamiento profiláctico posterior a la exposición reduce la transmisión y sus secuelas. En la **Figura 2**, se diagraman los principales hallazgos de forma sintética.



**Figura 2.** Elementos influyentes en las lesiones cortopunzantes a partir de la revisión de literatura  
Fuente: elaboración propia.

## Discusión

La revisión de literatura reveló que el riesgo de adquirir un patógeno sanguíneo como consecuencia de una punción accidental puede oscilar entre un 0.2% hasta un 40%, aspectos como la frecuencia de pinchazos con agujas, estado inmunológico de la persona, gravedad de la lesión, el tipo de patógeno de exposición, la cantidad de sangre y la carga viral transmitida, así como las medidas profi-

lácticas posteriores a la exposición influyen considerablemente en el desarrollo de la infección sanguínea, (Jahic et al., 2018; Jaybhaye et al., 2014; Masoumi-Asl et al., 2016). Corroborando esta información, Cheng et al. (2012) ofrecen un margen más estrecho, entre el 15% al 20%, en el cual el tipo de patógeno es un elemento decisivo en el riesgo de contagio, siendo el virus de hepatitis B el más frecuente. Así mismo, el 31% de los accidentes por punción ocurre

cuando el personal de salud vuelve a tapar la aguja (reencapuchado) y al momento de manipular instrumentos quirúrgicos.

Al-Zoughool y Al-Shehri (2018), Gupta et al. (2008) y Abdelwahab et al. (2012) también recalcan que aspectos como el estrés, el uso excesivo de inyecciones, el orden y aseo en el área de administración de los medicamentos, los objetos punzantes dejados en lugares inadecuados, la falta de elementos de protección personal, el proceso inadecuado de eliminación de desechos, la no ejecución de las prácticas de inyección segura, el no reportar o hacer seguimiento de los accidentes y la falta de conciencia de peligros laborales contribuyen a la ocurrencia de accidentes de riesgo biológico relacionados con los objetos punzantes y, a su vez, aumenta las probabilidades de transmisión de patógenos sanguíneos.

Por otra parte, Sethi et al., (2020) Bernard et al., (2013), Yasin et al., (2019) y Gupta et al., (2008) manifiestan que, si bien es cierto que los accidentes con objetos punzantes pueden ocurrir en todos los entornos de las instituciones de salud, los espacios donde existe una mayor exposición a punciones accidentales son las salas de urgencias, quirófanos, cuidados intensivos, medicina interna y laboratorios. Romero et al. (2007) señalan que los enfermeros son los más afectados por esta problemática, debido a que entre sus funciones desarrollan actividades como la administra-

ción de medicamentos intravenosos, subcutáneos e intramusculares con relativa frecuencia y que las distracciones, el exceso de confianza y los conceptos erróneos llevan a la reutilización y no aseguramiento correcto de los dispositivos de la inyección.

Los investigadores atribuyen que los aspectos anteriores potencian exponencialmente el peligro de un accidente por punción y que en muchas ocasiones el personal de la salud con mayor experiencia y tiempo de ejercicio subestima el riesgo real de exposición. Esto lo corrobora Abdelwahab (2012), que señala que solo el 34% de los anesthesiólogos reconocen el riesgo de adquirir un patógeno sanguíneo después de una herida por pinchazo.

Las lesiones por pinchazos de agujas ocurren con mayor frecuencia al tomar exámenes a los pacientes, prepararlos para recibir medicamentos endovenosos (45%), o al momento de organizar y desechar los materiales cortopunzantes después de ejecutar el procedimiento (28%). La prevalencia de enfermedades transmitidas por patógenos sanguíneos, según algunos autores, puede alcanzar el 30% en aquellos profesionales que no efectuaron ninguna medida de profilaxis posterior a la exposición. No obstante, aquellos que realizaron medidas preventivas, reportaron el accidente y siguieron las indicaciones de infectología, presentaron una tasa de transmisión del 0% frente al virus de hepatitis B y VIH y un 0.8% frente

al virus de hepatitis C (Arenas-Sánchez & Pinzón-Amado, 2011; Hasak, 2018; Lee et al., 2017).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2000 se presentaron 16.000 casos de virus de hepatitis C, 66.000 de virus de hepatitis B y 1.000 casos de virus de inmunodeficiencia humana entre los trabajadores sanitarios a razón de punciones accidentales (Organización Mundial de la Salud, 2016, 2017). Aproximadamente, el 75% de la exposición ocupacional total es percutánea y solo el 25% es mucocutánea. Ahora bien, el riesgo de infección del virus de hepatitis B o virus de hepatitis C en el trabajador de la salud es mayor por exposición intercutánea que por exposición mucoso-cutánea (Al-Zoughool & Al-Shehri, 2018; Garus-Pakowska & Górajski, 2019; Hanafi et al., 2011).

Las complicaciones infecciosas asociadas con la herida por punción pueden resultar en una variedad de consecuencias estresantes que van desde la ansiedad leve a la extrema, lo que puede interferir en las funciones laborales, personales y familiares del trabajador sanitario (Butsashvili et al., 2012). De ahí la importancia de que el profesional tenga evaluaciones médicas de seguimiento y control después de la exposición, esto con el fin de detectar y contar con tratamiento oportuno para las infecciones sanguíneas como el virus de hepatitis C, hepatitis B o VIH. Cabe mencionar que otras enfermedades que se pue-

den transmitir a través de punciones con agujas son la sífilis, la malaria y el herpes (Al-Zoughool & Al-Shehri, 2018; Jahic et al., 2018; Panunzio et al., 2010; Sakr et al., 2021).

## Conclusiones

Esta revisión de la literatura permite concluir que, si bien existe una gran cantidad de artículos que abordan la temática, muy pocas piezas de evidencia abordan la incidencia, prevalencia de las infecciones, enfermedades que se transmiten y el riesgo al que está expuesto el personal a nivel local, regional y nacional de manera diferenciada por oficio. Se rescata de los estudios la identificación de los factores de riesgo asociados a los accidentes de tipo biológico, representando una oportunidad de intervención institucional. Es interesante cómo a pesar de que el personal de enfermería tiene el mayor riesgo, solo el 3.4% de las investigaciones fueron lideradas por esta disciplina, perdiendo una oportunidad para cuidar al profesional que brinda el cuidado en todos los sistemas de salud del mundo.

Esta revisión permite concluir que los accidentes por pinchazos siguen siendo una problemática de salud pública al interior de las instituciones de salud debido a su alta frecuencia, por lo cual los investigadores recomiendan llevar a cabo sesiones educativas integrales, multidisciplinarias y reiteradas con un enfoque realista a la

práctica clínica (por ejemplo, aprendizaje basado en problemas). Futuras investigaciones deberían centrarse en el desarrollo de estudios de intervención en los factores de riesgo identificados. Por último, la revisión de los artículos deja en evidencia que los principales patógenos a los que se encuentran más expuestos los profesionales de la salud y que mayormente tienen riesgo de adquirir son de tipo viral como la hepatitis B, hepatitis C y virus de inmunodeficiencia humana, de ahí que sea esencial que al interior de los programas de formación en enfermería se aborden sus medios de transmisión y medidas de bioseguridad.

## Referencias bibliográficas

- Abdelwahab, S., Rewisha, E., Hashem, M., Sobhy, M., Galal, I., Allam, W. R., Mikhail, N., Galal, G., El-Tabbakh, M., El-Kamary, S. S., Waked, I., & Strickland, G. T. (2012). Risk factors for hepatitis C virus infection among Egyptian healthcare workers in a national liver diseases referral centre. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, *106*(2), 98–103. <https://doi.org/10.1016/j.trstmh.2011.10.003>
- Al-Zoughool, M., & Al-Shehri, Z. (2018). Injury and infection in dental clinics: Risk factors and prevention. *Toxicology and Industrial Health*, *34*(9), 609–619. <https://doi.org/10.1177/0748233718769553>
- Aldaz Herce, P., Morató Agustí, M. L., Gómez Marco, J. J., Javierre Miranda, A. P., Martín Martín, S., Moreno Millán, N., Sánchez Hernández, C., & Schwarz Chavarri, G. (2018). Prevención de las enfermedades infecciosas: Actualización PAPPS en vacunas 2018. *Atención Primaria*, *50*, 66–82. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(18\)30363-9](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(18)30363-9)
- Arenas-Sánchez, A., & Pinzón-Amado, A. (2011). Riesgo biológico en el personal de enfermería: una revisión práctica. *Revista CUIDARTE*, *2*(1), 216–224. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v2i1.60>
- Bazie, G. W. (2020). Factors Associated with Needle Stick and Sharp Injuries Among Healthcare Workers in North East Ethiopia. *Risk Management and Healthcare Policy, Volume 13*, 2449–2456. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S284049>
- Bernard, J. A., Dattilo, J. R., & LaPorte, D. M. (2013). The Incidence and Reporting of Sharps Exposure among Medical Students, Orthopedic Residents, and Faculty at One Institution. *Journal of Surgical Education*, *70*(5), 660–668. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2013.04.010>
- Borges Romero, A. (1998). Personal de enfermería: condiciones de trabajo de alto riesgo. *Salud de Los Trabajadores*, *6*(2), 113–119. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6464197>
- Bru Hernández, M. I. (2011). *Evaluación del riesgo biológico en el puesto de trabajo de enfermería: Unidad de Cirugía Torácica del Hospital Clínico de Valencia [tesis de maestría, Universidad Politécnica de Valencia]*. [https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/15522/EVALUACIÓN DEL RIESGO BIOLÓGICO EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE VALENCIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/15522/EVALUACIÓN_DEL_RIESGO_BIOLÓGICO_EN_EL_HOSPITAL_CLÍNICO_DE_VALENCIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Butsashvili, M., Kamkamidze, G., Kajaia, M., Morse, D. L., Triner, W., DeHovitz, J., & McNutt, L.-A. (2012). Occupational exposure to body fluids among health care workers in Georgia. *Occupational Medicine*, *62*(8), 620–626. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqs121>
- Centers for Disease Control and Prevention

- (CDC). (2003). Transmission of hepatitis B and C viruses in outpatient settings--New York, Oklahoma, and Nebraska, 2000-2002. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 52(38), 901-906. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14508437/>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (1997). *Lo que Todo trabajador debe saber sobre: Cómo protegerse de los pinchazos (piquetes de aguja)*. Instituto Nacional Para La Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH). [https://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/2000-135\\_sp/](https://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/2000-135_sp/)
- CEPYME Aragón. (2013). *Agentes biológicos: guía preventiva y documental*. <https://issuu.com/cepymearagon/docs/2012-07>
- Cheng, H.-C., Su, C.-Y., Yen, A. M.-F., & Huang, C.-F. (2012). Factors Affecting Occupational Exposure to Needlestick and Sharps Injuries among Dentists in Taiwan: A Nationwide Survey. *PLoS ONE*, 7(4), e34911. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0034911>
- Comisión de Salud Pública. (2001). *Protocolos de vigilancia sanitaria específica: Agentes biológicos*. [https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/agentes\\_biologicos.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/agentes_biologicos.pdf)
- d'Ettorre, G. (2017). Needlestick and Sharp Injuries Among Registered Nurses: A Case-Control Study. *Annals of Work Exposures and Health*, 61(5), 596-599. <https://doi.org/10.1093/annweh/wxx027>
- Departamento de Seguros de Texas. (2011). *Los patógenos transportados por la sangre*. <https://www.tdi.texas.gov/pubs/videoresource/spstpbpp.pdf>
- EMS Safety. (2014). *Adiestramiento sobre patógenos sanguíneos*. [https://www.emssafetyservices.com/wp-content/uploads/2014/06/BBP\\_Spanish\\_5-23-14\\_Print-Ready.pdf](https://www.emssafetyservices.com/wp-content/uploads/2014/06/BBP_Spanish_5-23-14_Print-Ready.pdf)
- Foda, N. M. T., Elshaer, N. S. M., & Sultan, Y. H. M. (2018). Safe injection procedures, injection practices, and needlestick injuries among health care workers in operating rooms. *Alexandria Journal of Medicine*, 54(1), 85-92. <https://doi.org/10.1016/j.ajme.2016.11.002>
- Gabr, H. M., El-Badry, A. S., & Younis, F. E. (2018). Risk Factors Associated with Needlestick Injuries among Health Care Workers in Menoufia Governorate, Egypt. *The International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 9(2), 63-68. <https://doi.org/10.15171/ijoem.2018.1156>
- Galíndez, L., & Rodríguez, Y. (2007). Riesgos laborales de los trabajadores de la salud. *Salud de Los Trabajadores*, 15(2), 67-69. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2596394>
- Ganczak, M., Topczewska, K., Biesiada, D., & Korzeń, M. (2020). Frequency of Occupational Bloodborne Infections and Sharps Injuries among Polish Paramedics from Selected Ambulance Stations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 60. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010060>
- Garus-Pakowska, A., & Górajski, M. (2019). Behaviors and Attitudes of Polish Health Care Workers with Respect to the Hazards from Blood-Borne Pathogens: A Questionnaire-Based Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(5), 891. <https://doi.org/10.3390/ijerph16050891>
- Gupta, A., Anand, S., Sastry, J., Krisagar, A., Basavaraj, A., Bhat, S. M., Gupte, N., Bollinger, R. C., & Kakrani, A. L. (2008). High risk for occupational exposure to HIV and utilization of post-exposure prophylaxis in a teaching hospital in Pune, India. *BMC Infectious Diseases*, 8(1), 142. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-8-142>
- Hanafi, M., Mohamed, A., Kassem, M., & Shawki, M. (2011). Needlestick injuries among health care workers of University of Alexandria Hospitals. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 17(1),

- 26–35. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21735798/>
- Hasak, J. (2018). *La exposición a enfermedades transmitidas por la sangre de los trabajadores de la salud*. Asscat. <https://asscat-hepatitis.org/la-exposicion-a-enfermedades-transmitidas-por-la-sangre-de-los-trabajadores-de-la-salud/>
- Irias Hernández, M. (2019). *Presencia de patógenos transmisibles en las unidades de paquete sanguíneo de donantes del Banco de sangre del Hospital General Santa Teresa, Comayagua, Honduras, 2013-2017 [tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua]*. <https://repositorio.unan.edu.ni/10670/1/t1038.pdf>
- Jahic, R., Piljic, D., PorobicJahic, H., Custovic, A., Petrovic, J., & Piljic, D. (2018). Epidemiological Characteristics of the Accidental Exposures to Blood-Borne Pathogens Among Workers in the Hospital. *Medical Archives*, 72(3), 187–191. <https://doi.org/10.5455/medarh.2018.72.187-191>
- Jaybhaye, D., Dahire, P., Nagaonkar, A., Vepathak, V., Deo, D., & Kawalkar, U. (2014). Needle stick injuries among health care workers in tertiary care hospital of rural India. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 3(1), 49–51. <https://doi.org/10.5455/ijmsph.2013.230920133>
- Lakbala, P., Azar, F. E., & Kamali, H. (2012). Needlestick and sharps injuries among housekeeping workers in hospitals of Shiraz, Iran. *BMC Research Notes*, 5(1), 276. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-276>
- Lee, J. H., Cho, J., Kim, Y. J., Im, S. H., Jang, E. S., Kim, J.-W., Kim, H. Bin, & Jeong, S.-H. (2017). Occupational blood exposures in health care workers: incidence, characteristics, and transmission of bloodborne pathogens in South Korea. *BMC Public Health*, 17(1), 827. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4844-0>
- Loscos López, A., Colomer Rubio, E., Marco Úbeda, M., & Bel Reverter, M. (2002). Actitud a seguir en el caso de accidente biológico. *Medifam*, 12(9), 16–35. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1131-57682002000900002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000900002)
- Masoumi-Asl, H., Rahbar, M., Soltani, A., Pezeshki, Z., Khanaliha, K., & Kolifarhood, G. (2016). Epidemiology of Needlestick Injuries Among Healthcare Workers in Tehran, Iran: A Cross-Sectional Study. *Archives of Clinical Infectious Diseases*, 12(2), 1–7. <https://doi.org/10.5812/archcid.37605>
- Narváez Oyola, A. Y., & Leiva Leiva, S. M. (2008). *Identificación y control de riesgos biológicos en el Hospital San Roque municipio de Teruel - Huila - 2008 [trabajo de grado, Universidad Surcolombiana - Universidad del Tolima]*. <https://contenidos.usco.edu.co/salud/images/documentos/grados/T.G.Salud-Ocupacional/96.T.G-Arelis-Yohana-Narvaez-Oyola-Sandra-Milena-Leiva-Leiva-2008.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas 2016-2021: Hacia el fin de las hepatitis víricas*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250578/WHO-HIV-2016.06-spa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Los datos más recientes ponen de relieve la necesidad de actuar urgentemente a nivel mundial contra las hepatitis*. <https://www.who.int/es/news/item/21-04-2017-new-hepatitis-data-highlight-need-for-urgent-global-response>
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Vacunación segura: Módulo III Prácticas de inyección segura*. <https://studylib.es/doc/8311991/modulo-iii---practicas-de-inyeccion-segura>
- Orozco, M. M. (2013). Accidentalidad por riesgo biológico en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Ciencias Apli-

- cadass y Ambientales U.D.C.A, Bogotá, Colombia. *Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica*, 16(1), 27–33. <https://revistas.udca.edu.co/index.php/ruadc/article/view/855/987>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Panunzio, A., Núñez-Barbosa, M., Moleiro-Zambrano, T., Sirit, Y., Zambrano, M., Fuentes, B., & Parra-Cepeda, I. (2010). Accidentalidad por fluidos biológicos en profesionales de laboratorios clínicos de Maracaibo, Venezuela. *Revista Salud Pública*, 12(1), 93–102. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n1/v12n1a09.pdf>
- Pérez Ruiz, C., Torres Salinas, M., de la Red Bellvis, G., Msabri, N., Niño Aragón, E., & Sobrino Martínez, J. (2017). Incidencia de exposiciones accidentales a sangre y fluidos biológicos en el personal sanitario de un hospital comarcal. *Gaceta Sanitaria*, 31(6), 505–510. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.08.008>
- Rodríguez González, M., Valdez Fernández, M., Rayo Izquierdo, M., & Alarcón Salgado, K. (2009). Riesgos biológicos en instituciones de salud. *Medwave*, 9(7), 10–18. <https://doi.org/10.5867/medwave.2009.07.4040>
- Rojo, J., Picker, S. M., García García, J. J., & Gathof, B. S. (2006). Inactivación de patógenos en productos sanguíneos. *Revista Médica Del Hospital General de México S.S.*, 69(2), 99–107. <https://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2006/hg062h.pdf>
- Romero Ruiz, A., Cabrera Cobos, F., Jiménez Ruiz, M., Muñoz Pascual, J. C., & Ávila Rodríguez, I. M. (2007). Prevalencia de accidentes biológicos por punción accidental en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria. *Nure Investigación*, 31, 1–10. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/439>
- Ruiz, S. (2021). *Bioseguridad en el riesgo biológico*. El Portal de La Salud. <https://www.elportaldelasalud.com/bioseguridad-en-el-riesgo-biologico/>
- Sakr, C. J., Alameddine, R., Hoteit, R., Daou, C., Doudakian, R., Kreidieh, K., Musharrafieh, U., & Rahme, D. V. (2021). Occupational Exposure to Blood-Borne Pathogens among Healthcare Workers in a Tertiary Care Center in Lebanon. *Annals of Work Exposures and Health*, 65(4), 475–484. <https://doi.org/10.1093/annweh/wxaa117>
- Sethi, N., Evans, D., & Murray, A. (2020). Needlestick Occurrences and Reporting Among Residents in the Operative Setting. *Journal of Surgical Education*, 77(6), 1542–1551. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2020.05.014>
- Tapia Cárdenas, J. P. (2017). *Prevalencia y factores asociados a accidentes biológicos en internos de medicina en establecimientos de salud, zona 6 [tesis de maestría, Universidad de Cuenca]*. [https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27153/1/Tesis doc.pdf](https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27153/1/Tesis%20doc.pdf)
- Yasin, J., Fisseha, R., Mekonnen, F., & Yirdaw, K. (2019). Occupational exposure to blood and body fluids and associated factors among health care workers at the University of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 24(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s12199-019-0769-9>

## Enfermería en la prevención de la debilidad adquirida en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico

Diana Gaviria Monsalve<sup>1</sup>

Vanessa Toro Toro<sup>2</sup>

Isabel-Cristina Giraldo-Marín<sup>3</sup>

### Introducción

Los avances recientes en la atención en salud de la población infantil y en la tecnología, han estado encaminados a disminuir la mortalidad en las unidades de cuidado intensivo pediátrico (UCIP), la cual continúa siendo la medida de resultado más comúnmente utilizada tras una enfermedad crítica. No obstante, en la actualidad los estudios se enfocan en evaluar la morbilidad iatrogénica y las consecuencias derivadas de la estancia en terapia intensiva, destacando que la calidad de vida y el estado funcional son resultados clínicamente significativos tras el alta hospitalaria (Aspesberro et al., 2017). Algunos factores asociados a

la enfermedad crítica y a la atención en cuidado intensivo pediátrico como la inmovilidad en cama, la ventilación mecánica, la sedoanalgesia, las alteraciones del sueño y la desnutrición, entre otros, pueden generar deficiencias físicas, cognitivas, psicoemocionales y funcionales en los niños. Todo ello incrementa su vulnerabilidad frente al desarrollo de morbilidades asociadas durante la atención, lo cual influye en su calidad de vida posterior y en las dinámicas familiares luego del egreso (Herbsman et al., 2020).

Entre estas morbilidades se encuentra la debilidad adquirida en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (DA-UCIP) que se caracteriza por una marcada debilidad muscular y por la

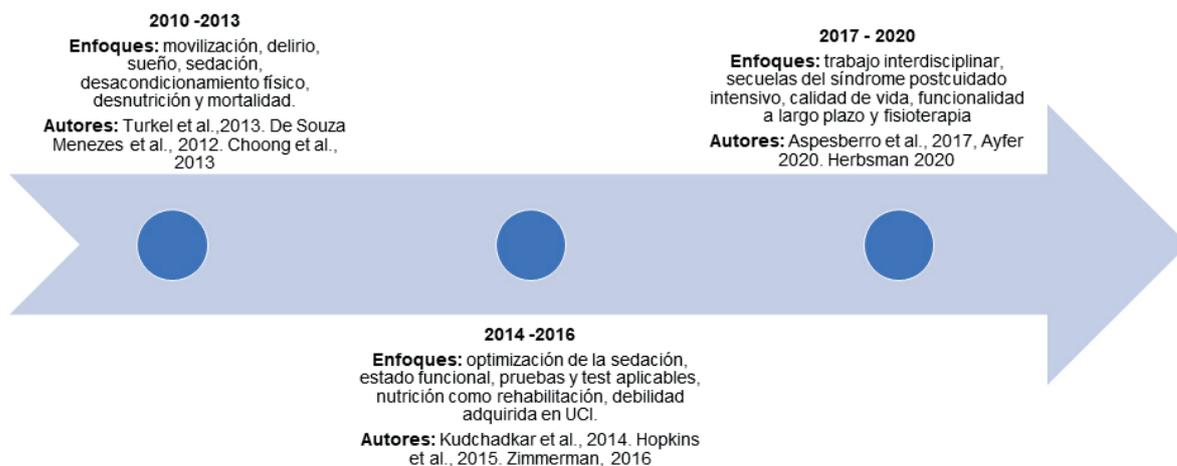
- 1 Especialista en enfermería en cuidado al niño en estado crítico de salud Universidad de Antioquia. Enfermera Hospital San Vicente Fundación Rionegro. dianagavi\_27@hotmail.com
- 2 Especialista en enfermería en cuidado al niño en estado crítico de salud Universidad de Antioquia. Enfermera Clínica del Prado. vanessa.toro@udea.edu.co
- 3 Especialista en enfermería en cuidado al niño en estado crítico de salud Universidad de Antioquia. Magíster en epidemiología. Docente Universidad Católica de Oriente. isabelgir10@gmail.com

presencia de neuropatías como la polineuropatía y la miopatía, cuyo resultado más común es la demora en el destete ventilatorio con estancia hospitalaria prolongada (Shubham et al., 2019), lo que implica **para el equipo de enfermería** desarrollar estrategias para identificar las causas desencadenantes, planear y ejecutar intervenciones preventivas y mitigar las complicaciones asociadas. Para lograrlo, debe establecer estrategias orientadas al cumplimiento de las metas de cuidado y a la reducción de las secuelas derivadas de esta entidad clínica (Ekim, 2020). Entre las intervenciones se resalta la conformación de equipos asistenciales capacitados en la prevención y rehabilitación temprana. Por tanto, el personal de enfermería debe integrarse a ellos y aportar desde su campo de conocimientos con el diseño de protocolos estandarizados para la prevención de la debilidad adquirida en los niños críticos, además, con la capacitación del personal sobre las técnicas de movilización y las precauciones para prevenir eventos adversos como desplazamiento de dispositivos invasivos. Todo ello requiere llevar a cabo diversas intervenciones en la UCIP tales como programas de movilización temprana, aplicación de escalas de medición objetiva para orientar las decisiones terapéuticas, evaluación del dolor y del grado de sedoanalgesia, prevención e identificación del delirium, monitorización y promoción del ciclo sueño vigilia y administración correcta del soporte nutricional.

Lo anterior apunta a un enfoque preventivo de la debilidad adquirida en la UCIP, en la medida que la estandarización de cuidados de enfermería permite, a corto plazo, disminuir los días de ventilación mecánica, las contracturas, la atrofia de la fibra muscular, la desnutrición y la estancia hospitalaria y, a largo plazo, genera efectos positivos sobre la funcionalidad, el estado psicoemocional y la calidad de vida de los niños (Aspesberro et al., 2017). Por tanto, el personal de enfermería tiene una participación fundamental en el equipo asistencial de la UCIP y en la calidad de la atención (Ramírez et al., 2013), siendo imperativo que tenga conocimientos claros sobre la debilidad adquirida, las causas y los efectos sobre **los niños críticos y sus familias** para poder planear y ejecutar intervenciones de cuidado con efectividad demostrada. De igual manera, cuando algún paciente es diagnosticado con esta entidad clínica, debe poseer las herramientas conceptuales y procedimentales para focalizar sus intervenciones en la rehabilitación con miras a disminuir las consecuencias **individuales y familiares**.

## Metodología

La presente revisión narrativa se elaboró según las recomendaciones de Gülpinar & Güçlü (2013) y se deriva de un trabajo monográfico con enfoque cualitativo, el cual se llevó a cabo en dos fases: la primera, heurística, implicó búsqueda y selección de las



**Figura 1.** Línea temporal de enfoques investigativos en DA-UCIP 2010-2020

Elaboración de las autoras

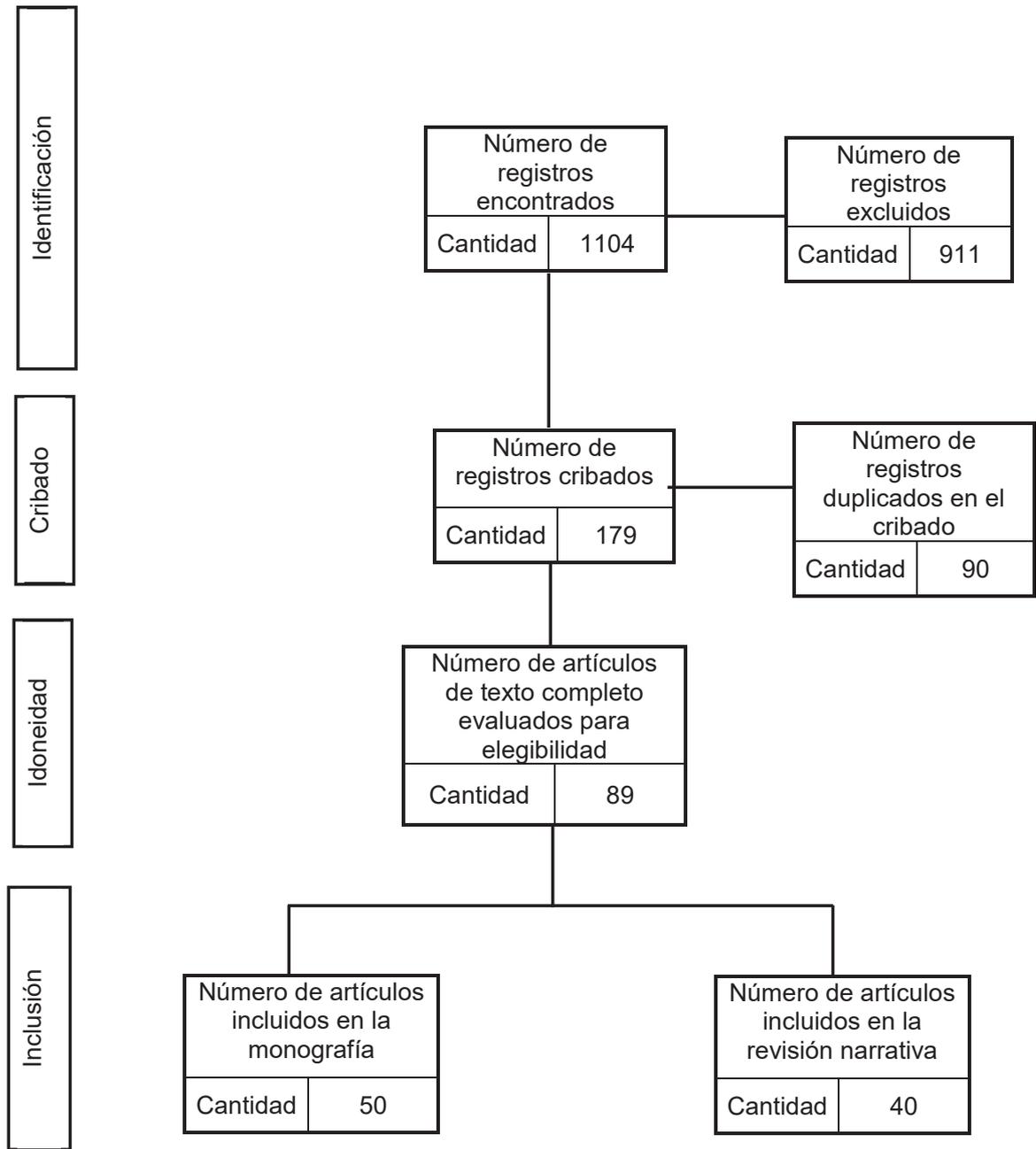
fuentes de información, a partir del siguiente proceso:

*Búsqueda de información:* se realizó en las bases de datos PubMed, Scielo, Dialnet, Science Direct y Google Académico en el buscador de la Universidad de Antioquia. *La figura 1* presenta los autores más relevantes, las temáticas y la línea temporal de las publicaciones en el tema.

*Términos utilizados:* se usaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y sus homólogos en inglés Medical Subject Headings (MeSH): Intensive Care Units[Mesh], Pediatric[Mesh], Immobilization[Mesh], Delirium[Mesh], Deep Sedation[Mesh], Analgesics, Opioid[Mesh], Malnutrition[Mesh], prevention and control[-Subheading] y Rehabilitation Nursing[Mesh]. Además, se usó el término libre PICU-muscle acquired weakness.

*Criterios de selección:* artículos en idiomas inglés, español y portugués disponibles en texto completo y publicados entre los años 2010 y 2020. *La figura 2* esquematiza el proceso de selección de artículos.

La segunda fase, hermenéutica, implicó la lectura, análisis e interpretación de la información (Jiménez Becerra & Torres Carrillo, 2006). Para ello se construyó una matriz de datos en la cual se registró la información más relevante extraída de cada artículo, lo que permitió identificar categorías y generar resultados por núcleos temáticos para dar respuesta al propósito de esta revisión que consistió en determinar el rol del personal de enfermería en la prevención de la debilidad adquirida en la unidad de cuidados intensivos pediátricos y su rehabilitación.



**Figura 2.** Flujograma proceso de selección de artículos

Elaboración de las autoras

## Resultados

Entre los factores relacionados con la DA-UCIP se encuentran:

**Inmovilidad en cama:** acorde con lo planteado por Treble-Barna et al. (2019) la inactividad física de los pacientes en la UCIP y la estancia en cama afecta la fuerza muscular, constituyendo un factor predisponente para adquirir debilidad, aumentar días de ventilación mecánica y favorecer la aparición de lesiones en piel, lo que deriva en incremento de la morbilidad y mortalidad.

**Sedoanalgesia:** facilita el acople a la ventilación mecánica, previene el desplazamiento de dispositivos y disminuye la ansiedad y el dolor asociados a los procedimientos invasivos. Más de la mitad de los niños internados en UCIP pueden requerir medicamentos sedantes y, tanto el tiempo de duración como las dosis acumuladas, incrementan el riesgo de delirium y la demora en el destete ventilatorio (Grant et al., 2013). Como consecuencia de su uso prolongado se genera inmovilidad que condiciona el desarrollo de delirium, síndrome de abstinencia y debilidad adquirida (Saliski & Kudchadkar, 2015). Adicionalmente, el dolor genera liberación de hormonas del estrés con efectos sobre la funcionalidad de sus sistemas, alteración inmunitaria y demora en la curación, pudiendo aumentar la estancia hospitalaria (Olmstead et al., 2010).

**Delirium:** es un síndrome agudo con efectos neuroconductuales que aumenta la morbimortalidad asocia-

da a la estancia en la UCIP (Turkel et al., 2013; Mcgetrick & Lach, 2019). Es identificado en cerca de una tercera parte de los niños críticamente enfermos y se relaciona con el uso de sedantes, relajantes musculares, inmovilización prolongada, dolor, trastornos del ciclo sueño-vigilia y ventilación mecánica que, a su vez, pueden desencadenar debilidad adquirida en la UCIP (Smith et al., 2013; Kelly & Frosch, 2012).

**Alteraciones del ciclo sueño vigilia:** el sueño es indispensable en los niños para recuperar la energía y favorecer el crecimiento y el desarrollo de los órganos. El ambiente caótico de las UCIP asociado a las intervenciones de cuidado causan interrupciones en él, interfiriendo con los procesos fisiológicos fundamentales e influyendo en la aparición de delirium, alteraciones inmunitarias, catabolismo y compromiso respiratorio (Kudchadkar, Aljohani, et al., 2014).

**Desnutrición:** aumenta la probabilidad de muerte o eventos como infecciones, retraso en la cicatrización, ventilación prolongada, alteraciones en el neurodesarrollo (Justice et al., 2018; Mehta et al., 2012), disminución de la respuesta inmune y atrofia muscular por pérdida de proteínas que conlleva al desarrollo de debilidad adquirida en la UCIP (Sepúlveda et al., 2016). Se ha reportado que entre el 15 y el 65% de los niños críticos desarrollan desnutrición (De Souza et al., 2012), causada no solo por factores biológicos, sino técnicos como

retraso en la administración del soporte nutricional, interrupciones por procedimientos, intolerancia y falta de prescripciones adaptadas a las necesidades de cada paciente (Botrán & López-Herce, 2011).

### **Medidas preventivas de la debilidad adquirida en la UCIP**

Algunas estrategias encaminadas a la prevención de esta entidad clínica son:

**Conformación de equipos disciplinarios:** es un aspecto central para la planeación de intervenciones individualizadas que reduzcan el riesgo de desarrollar la debilidad adquirida. La participación del profesional de enfermería ejerciendo sus roles de cuidador y educador es esencial para la ejecución de cuidados con efectividad demostrada, tales como la movilización temprana con ejercicios pasivos y activos, iniciados comúnmente en las primeras 48 horas del ingreso a la UCIP y evaluando las condiciones clínicas del paciente (Piva et al., 2019). *La movilización pasiva* corresponde a movimientos articulares y musculares, mientras que *la activa* se dirige al levantamiento de las extremidades, sedestación en borde de cama, bipedestación y marcha (Moreno et al., 2018). La investigación en este campo resalta el papel crucial del equipo de enfermería en la movilización de niños críticos, puesto que son una presencia constante cerca de ellos y tienen la posibilidad de realizar estas intervenciones llegando a

ejecutar hasta dos tercios de las movilizaciones que se desarrollan en las unidades (Ista et al., 2020) yet little is known about mobilization practices in paediatric intensive care units (PICUs. Pese a la evidencia, no se realiza una práctica sistemática de esta intervención en todas las UCIP (Tsuboi et al., 2017) a causa de equipos asistenciales poco entrenados, falta de pautas claras, recursos insuficientes y temor por la condición clínica del paciente o el desplazamiento de dispositivos invasivos (Better et al., 2017), además, los profesionales de enfermería consideran que es una carga de trabajo adicional (Ista et al., 2020). No obstante, los estudios sustentan la seguridad de esta intervención y la baja proporción de eventos adversos cuando se siguen protocolos estandarizados (Cameron et al., 2015) suggesting that it should be incorporated into daily clinical practice. Early passive, active, and combined progressive mobilizations can be safely initiated in intensive care units (ICUs. Por tanto, cobra importancia el rol del profesional de enfermería en la estandarización de protocolos de movilización basados en la seguridad del paciente y del equipo, en los cuales se incorpore a la familia para prepararlos en los cuidados post egreso.

**Aplicación de escalas de evaluación:** el equipo de enfermería requiere aplicar escalas para medir el nivel de sedación como la COMFORT B que evalúa el estado de alerta, res-

puesta respiratoria, calma y agitación, movimiento físico, tono muscular y tensión facial (Larson & McKeever, 2018). Asimismo, se recomienda evaluar el dolor a través la escala de evaluación multidimensional del dolor (MAPS por sus siglas en inglés), la escala FLACC que responde al acrónimo Face, Leg, Activity, Cry y Consolability (Harris et al., 2016) o la escala visual análoga (EVA) (Pedraza et al., 2019) y realizar intervenciones no farmacológicas para su reducción como reposicionamiento, disminución de estímulos ambientales y permitir la presencia de los padres (LaFond et al., 2019). La medición objetiva de la sedoanalgesia permite titularla con metas individualizadas (Ista et al., 2005), aportando reducir las consecuencias derivadas del uso prolongado como el síndrome de abstinencia y dificultades para el destete ventilatorio (Grant et al., 2013).

**Medición del delirium:** se recomienda el uso de escalas como Sophia, Cornell, escala de evaluación de la confusión pediátrica para la UCI (pCAM-ICU) y The Corneal Assessment of Pediatric Delirium (CAP-D). Estas se deben incorporar al cuidado de enfermería como parte del monitoreo objetivo (Colville, 2015) para identificar y tratar oportunamente esta morbilidad. Además, ciertas intervenciones de enfermería hacen parte del enfoque preventivo del delirium y sus secuelas tales como la sedación guiada por metas en consenso con el médico, la protec-

ción del sueño, la movilización temprana y el soporte nutricional (Piva et al., 2019), así como estimular a los padres para que tengan contacto físico con su hijo y escriban diarios de cuidado intensivo que ayudan al niño a acercarse progresivamente a la realidad una vez se establezca la meta de la suspensión de la sedación (Ekim, 2020).

**Protección del sueño:** se requieren estrategias para favorecer el ciclo sueño-vigilia y la Society for Critical Care Medicine Guidelines on Sedation Monitoring sugiere que la evaluación de este aspecto sea parte de la atención rutinaria a partir de protocolos que se enfoquen en su monitoreo y optimización (Kudchadkar, Aljohani, et al., 2014) Intervenciones no farmacológicas como el uso de tapones para los oídos, reducción del ruido y la iluminación, así como la concentración de actividades asistenciales, aportan a que los niños internados en la UCIP puedan dormir periodos más prolongados (Kudchadkar, Yaster, et al., 2014).

**Prevención de la desnutrición:** es indispensable realizar una evaluación nutricional completa de los niños a su ingreso a la UCIP con herramientas como STRONG kids que permite determinar el riesgo nutricional con parámetros como evaluación global subjetiva, enfermedad de alto riesgo, ingesta y pérdidas nutricionales, y pérdida o poco aumento de peso (Aponte et al., 2018) que conllevan mayor estancia hospitalaria y aumento de la morbimortalidad y de costos

de atención. Objetivo: el propósito de esta revisión sistemática es recopilar la evidencia disponible sobre herramientas de tamizaje nutricional en pediatría que permitan prevenir e intervenir la malnutrición hospitalaria y entregar directrices en cuanto al momento oportuno de aplicación. Material y métodos: se realizó una revisión sistemática de literatura de acuerdo con la Declaración Preferred Reporting Items in Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). Diferentes intervenciones de enfermería favorecen el estado nutricional de niños críticos tales como la aplicación de escalas de evaluación del riesgo, el control de peso, talla y otras medidas antropométricas, la toma de controles metabólicos en sangre, la identificación de la tolerancia a la nutrición, la continuidad del soporte sin interrupciones innecesarias y el cuidado de los dispositivos para su administración (Sepúlveda et al., 2016).

Es importante que las intervenciones de cuidado para la prevención de la debilidad adquirida en la UCIP estén orientadas por el proceso de atención de enfermería. Esto facilita el uso de herramientas de valoración enfermera, la priorización de necesidades, la construcción de diagnósticos de enfermería, la definición de resultados esperados y la ejecución de actividades independientes e interdependientes. Con base en esto, en la *tabla 1* se propone un diagnóstico de enfermería basado en la NANDA Internacional (2021) que puede orientar

las intervenciones preventivas de la debilidad adquirida en la UCIP:

## Discusión

Diversas investigaciones enfocadas en determinar las complicaciones asociadas a la enfermedad crítica y a la estancia en cuidado intensivo soportan que cualquier paciente, adulto o niño, puede desarrollar debilidad adquirida en la UCI con efectos deletéreos a nivel físico, emocional y funcional. No obstante, la mayor proporción de estudios en este campo se han realizado en adultos y la evidencia acerca de la incidencia, causas y consecuencias en los niños críticos es escasa con datos variables entre las investigaciones (Banwell et al., 2003). En adultos se dispone de métodos para diagnosticar la debilidad adquirida tales como estudios electrofisiológicos, impedancia bioeléctrica, biopsias, medición de la circunferencia de los músculos, escalas clínicas de la función muscular, y estudios de imagenología como tomografía, resonancia magnética y ultrasonografía (García-Martínez et al., 2020). Sin embargo, se carece de métodos diagnósticos validados en la población pediátrica, lo cual implica que no se logre detectar tempranamente y se desconozca la dimensión real de sus factores desencadenantes y de sus efectos. Por tanto, investigadores como Pinto et al. (2017) inner city, academic PICU. Patients: Consecutive patients admitted to the PICU from

**Tabla 1.** Diagnóstico de enfermería para un niño con riesgo de desarrollar DA-UCIP

00040 Riesgo de síndrome de desuso r/c inmovilidad prescrita							
Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Criterios de resultados (NOC)	Intervenciones/Actividades (NIC)					
<p><b>Dominio 4:</b> actividad y reposo</p> <p><b>Clase 2:</b> actividad y ejercicio</p> <p><b>Necesidad básica 4:</b> necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas</p> <p><b>Diagnóstico enfermero</b>  <b>00040</b> Riesgo de síndrome de desuso r/c inmovilidad prescrita</p>	<p><b>Código: 0204</b></p> <p><b>Resultado:</b> consecuencias de la inmovilidad: fisiológica</p> <p><b>Dominio 1:</b> salud funcional</p> <p><b>Clase C:</b> movilidad</p> <p><b>Escala:</b> Grave a leve o ninguno</p> <table border="1" style="margin: 10px auto;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p><b>Indicadores</b></p> <p><b>20404</b> estado nutricional</p> <p><b>20411</b> fuerza muscular</p> <p><b>20412</b> tono muscular</p> <p><b>20414</b> movimiento articular</p> <p><b>20415</b> articulaciones contraídas</p> <p><b>20416</b> articulaciones anquilosadas</p> <p><b>Resultado:</b> Disminuir las consecuencias de la inmovilidad: psicocognitivas (<b>0205</b>)</p> <p><b>20501</b> alerta disminuida</p> <p><b>20508</b> trastornos del sueño</p> <p><b>20511</b> capacidad para actuar</p> <p><b>Resultado:</b> Favorecer la movilidad (<b>0208</b>)</p> <p><b>20801</b> mantenimiento del equilibrio</p> <p><b>20802</b> mantenimiento de la posición corporal</p> <p><b>20803</b> movimiento muscular</p> <p><b>20804</b> movimiento articular</p>	1	2	3	4	5	<p><b>0740 Cuidados del paciente encamado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener la alineación corporal</li> <li>- Utilizar dispositivos en la cama que protejan al paciente</li> <li>- Aplicar dispositivos que eviten pies equinos</li> <li>- Realizar cambios de posición de acuerdo a un programa específico</li> <li>- Vigilar aparición de complicaciones del reposo</li> </ul> <p><b>0840 Cambios de posición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición</li> <li>- Colocar en la posición terapéutica especificada</li> <li>- Colocar en una posición que facilite la concordancia ventilación/perfusión</li> <li>- Fomentar la realización de ejercicios activos o pasivos de rango de movimiento</li> <li>- Evitar colocar al paciente en una posición que le genere o le aumente el dolor</li> <li>- Desarrollar un protocolo para el cambio de posición</li> </ul> <p><b>0201 Fomento del ejercicio: entrenamiento de fuerza</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examinar el estado general antes del ejercicio para identificar los posibles riesgos del ejercicio utilizando escalas estandarizadas de la preparación para la actividad física y/o una anamnesis y una exploración física completas</li> <li>- Ayudar a desarrollar un programa de entrenamiento de fuerza consecuente con el estado clínico del paciente</li> <li>- Enseñar a descansar brevemente después de cada serie</li> <li>- Reconocer señales/síntomas de tolerancia/intolerancia al ejercicio durante y después de las sesiones</li> </ul> <p><b>0180 Manejo de la energía</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultar al nutricionista para programar una nutrición acorde a las necesidades</li> <li>- Garantizar aporte nutricional adecuado</li> <li>- Evaluar tolerancia a la nutrición</li> <li>- Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente</li> <li>- Promover un ciclo sueño/vigilia proporcionado</li> <li>- Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente</li> <li>- Evaluar el aumento programado de los niveles de actividades</li> </ul> <p><b>2300 Administración de la medicación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar efectos terapéuticos de la medicación</li> <li>- Identificar la aparición de efectos adversos de los medicamentos como delirio, compromiso hemodinámico, alergias, entre otros</li> </ul>
1	2	3	4	5			

Fundamentación científica

Riesgo de deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad músculo-esquelética prescrita

**Evaluación:** el paciente refiere y evidencia mejoría en su condición clínica actual, en su nivel de movilidad y logra mejorar la funcionalidad de sus sistemas corporales.

Elaboración de las autoras

June 2012 to August 2012. Interventions: None. Measurements and Main Results: We collected descriptive and demographic information and functional status assessments at baseline, admission, hospital discharge, 6 months and 3 years following discharge. Functional status was measured with the Functional Status Scale. New morbidity was defined as a change in Functional Status Scale score of greater than or equal to 3. Postdischarge assessments utilized scripted telephone surveys. Of 303 consecutive PICU patients, 253 were eligible and 129 parents consented. Follow-up outcomes were obtained for 77 patients (59.7% señalan que hay una creciente necesidad de realizar estudios que evalúen los resultados de la internación en UCIP y sus consecuencias a largo plazo, lo cual no solo es informativo, sino indispensable para la toma de decisiones diarias en las intervenciones de cuidado que realiza el equipo de enfermería y en la terapéutica instaurada para la atención del niño.

La evidencia, aún escasa en pediatría, ha puesto de manifiesto que la mayoría de las instituciones cuentan con protocolos y sistemas de puntuación para realizar una evaluación objetiva de los niños críticos en aspectos como el dolor, la sedoanalgesia el delirio y los trastornos del sueño, pero no son aplicadas de manera sistemática por el personal de la UCIP retrasando su identificación (Saliski & Kudchadkar, 2015). Entre las ba-

rreras para el uso sistemático de herramientas de evaluación y para la ejecución de medidas preventivas de la debilidad adquirida en la UCIP se encuentran algunas relacionadas con **el paciente** como inestabilidad hemodinámica, el grado de sedación, el dolor y la agitación. Otras se relacionan con **el personal de salud** por conocimientos deficientes y preocupaciones de seguridad, problemas en la cultura organizacional de la UCIP, fallas en la comunicación, pobre liderazgo, personal inexperto y falta de coordinación interdisciplinaria. Y otras asociadas a **los protocolos** debido a criterios de intervención poco claros y falta de estandarización de planes de cuidado.

Con base en lo anterior, se plantea que el cambio cultural dentro de las UCIP hacia un cuidado transdisciplinario y la implementación cuidados con efectividad comprobada, son aspectos fundamentales para prevenir la debilidad y otro tipo de morbilidades tales como el síndrome pos cuidado intensivo pediátrico, teniendo en cuenta que uno de sus desencadenantes puede ser la debilidad adquirida en la UCIP. Este síndrome genera afectaciones físicas (dolor, dificultad respiratoria y limitación funcional), mentales (ansiedad leve o irritabilidad hasta depresión severa, alteraciones del sueño y trastorno de estrés postraumático) y cognitivas (dificultad para pensar, recordar o concentrarse) deteriorando la calidad de vida de los niños sobrevivientes de

una enfermedad crítica (Ekim, 2020). Entre los factores facilitadores para el cambio cultural en las UCIP se encuentran: las características organizativas como el liderazgo, la estandarización de herramientas de valoración por parte del equipo de enfermería, la coordinación entre enfermería y fisioterapia para la movilización temprana, la disponibilidad de terapia física y respiratoria en la unidad, la promoción de una cultura de seguridad en la atención y mejora de la calidad, la planificación de cuidados con base en el proceso de atención de enfermería, la capacitación constante del personal y la medición de resultados (Hopkins et al., 2015).

Teniendo presente que desde el enfoque disciplinar se dispone del proceso de atención de enfermería para valorar al paciente pediátrico, identificar sus necesidades y establecer planes de cuidado orientados a la prevención de morbilidades asociadas y su rehabilitación, es necesario que enfermería amplíe su campo de conocimiento sobre las causas y consecuencias de la debilidad adquirida en la UCIP. La evidencia científica derivada de la investigación permite desarrollar planes de cuidado efectivos que aporten a disminuir los riesgos para el desarrollo de esta condición en niños críticos, así como diseñar programas de seguimiento luego del alta para determinar sus efectos sobre la calidad de vida posterior al egreso hospitalario. Tanto la investigación como la difusión de los resultados en

este campo, apuntan a que el cuidado de enfermería se sustente en la evidencia y contribuye a la generación de conocimiento para la toma de decisiones asertivas, además de fortalecer el trabajo integral y holístico de la profesión (Ceballos & Rodríguez, 2010). El estudio de los factores asociados, las herramientas de detección temprana, las medidas de prevención y cuidado y los efectos de la debilidad adquirida en la UCIP son temas por explorar a profundidad y abren un abanico de posibilidades para la investigación en enfermería con enfoques disciplinarios y transdisciplinarios.

## Conclusiones

La debilidad adquirida en la UCIP es una condición clínica que se asocia a la enfermedad crítica, así como a diferentes intervenciones terapéuticas que hacen parte de la atención en terapia intensiva. Sus efectos van desde disminución de la fuerza muscular hasta la dificultad para el destete ventilatorio con la consecuente prolongación de la estancia hospitalaria, siendo imperativo que el personal de enfermería que integra el equipo interdisciplinario conozca sobre sus causas, consecuencias e intervenciones preventivas para poder planear y ejecutar cuidados con efectividad demostrada.

Diferentes intervenciones del personal asistencial aportan a reducir el riesgo de que los niños críticos desarrollen debilidad adquirida en la

UCIP tales como la conformación de equipos interdisciplinarios; el uso de escalas de medición del dolor, la sedoanalgesia, el delirio, el patrón de sueño vigilia y el riesgo nutricional; la capacitación permanente del personal; la estandarización de protocolos de movilización; la sedación guiada por metas y la prevención de la desnutrición hospitalaria.

Se denota escasez de evidencia científica sobre el tema en población pediátrica, al igual que son pocas las investigaciones realizadas por el equipo de enfermería. Esto resalta la importancia de que los y las enfermeras propongan y desarrollen investigaciones que aporten a ampliar el cuerpo de conocimientos sobre la relevancia de los roles de enfermería en la valoración, identificación temprana y prevención de la debilidad adquirida en la UCIP, de modo que los planes de cuidado se deriven de la evidencia generada por enfermería.

## Referencias bibliográficas

- Aponte, A. D., Pinzón, O. L., & Aguilera, P. (2018). Tamizaje nutricional en paciente pediátrico hospitalizado: revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 35(5), 1221. <https://doi.org/10.20960/nh.1658>
- Aspesberro, F., Zimmerman, J., & Watson, S. (2017). Long-Term Outcomes Following Critical Illness in Children. In B. Fuhrman & J. Zimmerman (Eds.), *Fuhrman & Zimmerman's Pediatric Critical Care* (Fifth Edit, pp. 247–266). Elsevier. <https://doi.org/978-0-323-37839-0>
- Banwell, B. L., Mildner, R. J., Hassall, A. C., Becker, L. E., Vajsar, J., & Shemie, S. D. (2003). Muscle weakness in critically ill children. *Neurology*, 61(12), 1779–1782. <https://doi.org/10.1212/01.WNL.0000098886.90030.67>
- Bettors, K. A., Hebbar, K. B., Farthing, D., Griego, B., Easley, T., Turman, H., Perrino, L., Sparacino, S., & deAlmeida, M. L. (2017). Development and implementation of an early mobility program for mechanically ventilated pediatric patients. *Journal of Critical Care*, 41, 303–308. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.08.004>
- Botrán, M., & López-Herce, J. (2011). Malnutrition in the critically ill child: The importance of enteral nutrition. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(11), 4353–4366. <https://doi.org/10.3390/ijerph8114353>
- Cameron, S., Ball, I., Cepinskas, G., Choong, K., Doherty, T. J., Ellis, C. G., Martin, C. M., Mele, T. S., Sharpe, M., Shoemaker, J. K., & Fraser, D. D. (2015). Early mobilization in the critical care unit: A review of adult and pediatric literature. *Journal of Critical Care*, 30(4), 664–672. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.03.032>
- Ceballos, L. M., & Rodríguez, D. M. (2010). *Cuidados de Enfermería en UCI al paciente con reposo prolongado susceptible a descondicionamiento cardiovascular*. Universidad de Antioquia.
- Colville, G. (2015). Psychological Aspects of Care of the Critically Ill Child. *Journal of Pediatric Intensive Care*, 04(04), 182–187. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1563542>
- Choong, K., Koo, K. K. Y., Clark, H., Chu, R., Thabane, L., Burns, K. E. A., Cook, D. J., Herridge, M. S., & Meade, M. O. (2013). Early mobilization in critically ill children: A survey of canadian practice. *Critical Care Medicine*, 41(7), 1745–1753. <https://doi.org/10.1097/CC-M.0b013e318287f592>

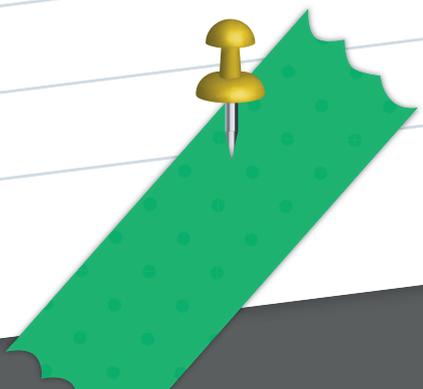
- De Souza, F., Leite, H., & Koch, P. (2012). Malnutrition as an independent predictor of clinical outcome in critically ill children. *Nutrition, 28*(3), 267–270. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2011.05.015>
- Ekim, A. (2020). The Post-Intensive Care Syndrome in Children. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing, 43*(1), 15–21. <https://doi.org/10.1080/24694193.2018.1520323>
- García-Martínez, M. Á., Montejó González, J. C., García-de-Lorenzo y Mateos, A., & Teijeira, S. (2020). Muscle weakness: Understanding the principles of myopathy and neuropathy in the critically ill patient and the management options. *Clinical Nutrition, 39*(5), 1331–1344. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.05.027>
- Grant, M. J., Balas, M., & Curley, M. (2013). Defining sedation-related adverse events in the pediatric intensive care unit. *Heart and Lung, 42*(3), 171–176. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.02.004>
- Gülpinar, Ö., & Güçlü, A. G. (2013). How to write a review article? *Türk Uroloji Dergisi, 39*(SUPPL. 1), 44–48. <https://doi.org/10.5152/tud.2013.054>
- Harris, J., Ramelet, A. S., van Dijk, M., Pokorna, P., Wielenga, J., Tume, L., Tibboel, D., & Ista, E. (2016). Clinical recommendations for pain, sedation, withdrawal and delirium assessment in critically ill infants and children: an ESPNIC position statement for healthcare professionals. *Intensive Care Medicine, 42*(6), 972–986. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4344-1>
- Herbsman, J. M., D'Agati, M., Klein, D., O'Donnell, S., Corcoran, J. R., Folks, T. D., & Al-Qaqa, Y. M. (2020). Early Mobilization in the Pediatric Intensive Care Unit: A Quality Improvement Initiative. *Pediatric Quality & Safety, 5*(1), e256. <https://doi.org/10.1097/pq9.0000000000000256>
- Hopkins, R., Choong, K., Zebuhr, C., & Kudchadkar, S. (2015). Transforming PICU Culture to Facilitate Early Rehabilitation. *Journal of Pediatric Intensive Care, 04*(04), 204–211. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1563547>
- Ista, E., Scholefield, B. R., Manning, J. C., Harth, I., Gawronski, O., Bartkowska-Śniatkowska, A., Ramelet, A. S., Kudchadkar, S. R., Ritson, P. C., Nikolaou, F., De Neef, M., Kneyber, M., Penny-Thomas, K., Linton, C., Balmaks, R., Richter, M., Chiusolo, F., Cecchetti, C., Roberti, M., ... Duval, E. (2020). Mobilization practices in critically ill children: A European point prevalence study (EU PARK-PICU). *Critical Care, 24*(368), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02988-2>
- Jiménez Becerra, A., & Torres Carrillo, A. (2006). La práctica investigativa en Ciencias Sociales. In *La práctica investigativa en ciencias sociales*. Universidad Pedagógica Nacional. <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/colombia/dcsupn/practica.pdf> Memoria+individual,+memoria+colectiva+y+memoria+histórica.+&ots=DqAoQyBz-L&sig=d9TvlcVDNqiwftZafIBGQPBlkw
- Justice, L., Buckley, J. R., Floh, A., Horsley, M., Alten, J., Anand, V., & Schwartz, S. M. (2018). Nutrition Considerations in the Pediatric Cardiac Intensive Care Unit Patient. *World Journal for Pediatric and Congenital Heart Surgery, 9*(3), 333–343. <https://doi.org/10.1177/2150135118765881>
- Kelly, P., & Frosch, E. (2012). Recognition of Delirium on Pediatric Hospital Services. *Psychosomatics, 53*(5), 446–451. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2012.04.012>
- Kudchadkar, S., Aljohani, O., & Punjabi, N. (2014). Sleep of critically ill children in the pediatric intensive care unit: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews, 18*(2), 103–110. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2013.02.002>
- Kudchadkar, S., Yaster, M., & Punjabi, N. M. (2014). Sedation, sleep promotion, and

- delirium screening practices in the care of mechanically ventilated children: A wake-up call for the pediatric critical care community. *Critical Care Medicine*, 42(7), 1592–1600. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000326>
- LaFond, C. M., Hanrahan, K. S., Pierce, N. L., Perkhounkova, Y., Lares, E. L., & McCarthy, A. M. (2019). Pain in the pediatric intensive care unit: How and what are we doing? *American Journal of Critical Care*, 28(4), 265–273. <https://doi.org/10.4037/ajcc2019836>
- Larson, G. E., & McKeever, S. (2018). Nurse titrated analgesia and sedation in intensive care increases the frequency of comfort assessment and reduces midazolam use in paediatric patients following cardiac surgery. *Australian Critical Care*, 31(1), 31–36. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.02.001>
- Mcgetrick, M. E., & Lach, C. (2019). Assessing Nursing and Pediatric Resident Understanding of Delirium in the Pediatric Intensive Care Unit. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 31(4), 481–488. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2019.07.003>
- Mehta, N. M., Bechard, L. J., Cahill, N., Wang, M., Day, A., Duggan, C. P., & Heyland, D. K. (2012). Nutritional practices and their relationship to clinical outcomes in critically ill children-An international multicenter cohort study. *Critical Care Medicine*, 40(7), 2204–2211. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31824e18a8>
- Moreno, A. J., Utrilla, G., Marin, J., Marin, J. J., Sanchez-Valverde, M. B., & Royo, A. C. (2018). Cervical Spine Assessment Using Passive and Active Mobilization Recorded Through an Optical Motion Capture. *Journal of Chiropractic Medicine*, 17(3), 167–181. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2017.12.004>
- NANDA International. (2021). *Nursing Diagnoses. Definition and Classification 2021-2023* (12th ed.). Thieme Medical Publishers, Inc. <https://doi.org/10.1055/b0000000515>
- Olmstead, D. L., Scott, S. D., & Austin, W. J. (2010). Unresolved pain in children: A relational ethics perspective. *Nursing Ethics*, 17(6), 695–704. <https://doi.org/10.1177/0969733010378932>
- Pedraza, C., Benavides, D., Fernández, J., Velásquez, S., & Martínez, A. (2019). Características psicométricas de la escala FLACC traducida al español en niños de 2 meses a 7 años hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos pediátricos de Latinoamérica [Universidad CES - Universidad del Rosario]. In *Universidad CES, Universidad del Rosario*. <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/19605/BenavidesPedrazaValidaciónescalaFLACC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pinto, N. P., Rhinesmith, E. W., Kim, T. Y., Ladner, P. H., & Pollack, M. M. (2017). Long-Term Function after Pediatric Critical Illness: Results from the Survivor Outcomes Study\*. *Pediatric Critical Care Medicine*, 18(3), e122–e130. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001070>
- Piva, T. C., Ferrari, R. S., & Schaan, C. W. (2019). Early mobilization protocols for critically ill pediatric patients: Systematic review. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(2), 248–257. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190038>
- Ramírez, C. A., Perdomo, A. Y., & Galán, E. F. (2013). Evaluación de la Calidad del Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Avances En Enfermería*, 31(1), 42–51.
- Saliski, M., & Kudchadkar, S. (2015). Optimizing Sedation Management to Promote Early Mobilization for Critically Ill Children. *Journal of Pediatric Intensive Care*, 04, 188–193. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1563543>
- Sepúlveda, N., Pimentel, W., & Cáceres, M. (2016). *Cuidado de enfermería al niño en*

- estado crítico, orientado al patrón nutricional*. Universidad de Antioquia.
- Shubham, S., Dhochak, N., Singh, A., Patel, S. K., Chakrabarty, B., Sankar, J., Gulati, S., Kabra, S. K., Jaryal, A. K., & Lodha, R. (2019). Polyneuropathy in Critically Ill Mechanically Ventilated Children: Experience From a Tertiary Care Hospital in North India. *Pediatric Critical Care Medicine: A Journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, 20(9), 826–831. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000002012>
- Smith, H. A. B., Brink, E., Fuchs, D. C., Ely, E. W., & Pandharipande, P. P. (2013). Pediatric Delirium. Monitoring and Management in the Pediatric Intensive Care Unit. *Pediatric Clinics of North America*, 60(2013), 741–760. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2013.02.010>
- Treble-Barna, A., Beers, S., Houtrow, A., Ortiz-Aguayo, R., Valenta, C., Stanger, M., Chrisman, M., Orringer, M., Smith, C., Pollon, D., Duffett, M., Choong, K., Watson, S., Kochanek, P., & Fink, E. (2019). PICU-based rehabilitation and outcomes assessment: a survey of pediatric critical care physicians. *Pediatr Crit Care Med*, 20(6), e274–e282. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001940>
- Tsuboi, N., Nozaki, H., Ishida, Y., Kanazawa, I., Inamoto, M., Hayashi, K., Nishimura, N., Nakagawa, S., Kasahara, M., & Kamikubo, T. (2017). Early Mobilization after Pediatric Liver Transplantation. *Journal of Pediatric Intensive Care*, 06(03), 199–205. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1593387>
- Turkel, S., Hanft, A., Epstein, D., & Jacobson, J. (2013). Review of delirium in the pediatric intensive care unit. *Journal of Pediatric Intensive Care*, 2(4), 169–176. <https://doi.org/10.3233/PIC-13070>

# Reflexiones

- El uso de la miel en el cuidado de un paciente con herida por quemadura
- La enfermería con una mirada intercultural y global
- La integralidad en los cuidados de enfermería: ¿retórica o realidad?



## El uso de la miel en el cuidado de un paciente con herida por quemadura

Edwin Andrés Agudelo Marín  
María José Dosman Urrego<sup>1</sup>

### Introducción

En la actualidad, son muchas las estrategias que se han empleado para brindar un cuidado integral al paciente con quemaduras con el objetivo de reducir las secuelas funcionales y estéticas.

En la cura avanzada de heridas, el uso de apósitos con diferentes propiedades es una de las herramientas más fuertes que tiene el profesional de enfermería para brindar un cuidado de calidad. Dentro de los muchos tipos de apósitos, los impregnados con miel han tomado fuerza como tratamiento convencional - no sólo en quemaduras-, y según una revisión publicada en Cochrane (Jull AB et al., 2015) la miel parece cicatrizar las quemaduras de espesor parcial más rápidamente que el tratamiento convencional, y a pe-

sar de que algunos estudios dentro de esta revisión no fueron contundentes, otros mostraron que los pacientes tratados con miel cicatrizan más rápido. Este resultado puede atribuirse a las múltiples propiedades de la miel, ya que tiene efecto antiinflamatorio, actividad antimicrobiana, antioxidante, acelera la cicatrización y favorece el desbridamiento de heridas (Ramos et al, 2017). Celyc et al (2020) ratifican lo anterior al concluir en su revisión que los componentes bioactivos contenidos en la miel reducen la inflamación, el edema y el dolor, además tiene efecto desbridante y acelera la granulación y la epitelización. Otra revisión “observó que la miel cicatriza antes y deja menos cicatriz hipertrófica, reduce el edema, el dolor y las secreciones purulentas, produce una mayor esterilidad en menos tiempo y con menos

1 Estudiantes Programa Enfermería Universidad de Antioquia UdeA, correo de contacto eandres.agudelo@udea.edu.co

efectos adversos además de ser más costo-efectiva” (García F, 2019).

Lavandera (2011), demostró que la miel tiene mejor efecto antimicrobiano que otros antisépticos tradicionales en pacientes con heridas infectadas, y que quienes eran tratados con miel tenían un efecto desodorizante a las 24 horas posterior a la aplicación del producto. En 2005, Razzak, et al., realizaron un estudio en 80 pacientes con quemaduras del 10% al 40% de superficie corporal comparando el efecto de la sulfadiazina de plata y la miel, y el resultado fue bastante significativo, obteniendo un tiempo de cicatrización media de 15,9 días para los tratados con miel frente a 20 días del grupo de sulfadiazina. Otro dato importante es que los pacientes tratados con miel no presentaron crecimiento de ningún microorganismo patógeno en el lecho de la herida frente a un 80% de contaminación en el grupo de sulfadiazina. García F, (2019) en su revisión encontró una diferencia mayor, siendo el promedio de curación para el grupo de miel de 18 días y para sulfadiazina de plata de 32, y la esterilidad del lecho con miel se lograba a los 21 días, y en este mismo tiempo, solo el 48,8% de los pacientes tratados con sulfadiazina de plata tenían un lecho estéril.

Recientemente Celyc et al., (2020) realizaron una revisión donde se incluyeron 30 publicaciones, y destacaron que uno de los principales efectos de la miel es la prevención y limitación de la infección bacteriana, re-

duciendo así la carga biológica de la herida. Su efectividad bactericida, se ha comprobado en *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *S. aureus*, *Acinetobacter* y *Stenotrophomonas* y algunas cepas multirresistentes como *S. aureus resistente a la meticilina* y *Enterococcus* resistente a la vancomicina Lee DS, 2011(citado por Celyc, et al., 2020). Es importante resaltar que la actividad antimicrobiana de la miel es dada principalmente por el peróxido de hidrógeno ( $H_2O_2$ ) (Celyc, et al., 2020, Ramos et al 2017)

La miel no solo juega un papel importante en la proliferación de tejido y esterilidad del lecho, según el estudio de Razzak et al(2005), los pacientes tratados con miel tuvieron una cicatrización más funcional ya que solo el 7,5% de los pacientes desarrollaron contractura en comparación con 17,5% pacientes tratados con sulfadiazina de plata; además, síntomas desagradables como el prurito en la cicatriz, fueron menos frecuentes en el grupo tratado con miel que en el de sulfadiazina, con porcentajes de 2,5% y 32,5 % respectivamente. Celyc Et al (2020) argumentan desde su revisión que la miel actúa en la etapa de remodelación de la herida y reduce la formación de cicatrices y contracturas.

Es importante aclarar que, la miel que se utiliza para el cuidado del paciente con heridas no es la misma que se consigue en el mercado, pues más del 26% de este producto sin procesar contiene esporas de *Clostridium*

*botulinum*, una bacteria que pueden infectar el lecho, prolongar el estado inflamatorio y retrasar la cicatrización. La miel comúnmente utilizada es la de Manuka, derivada del árbol *Leptospermum*, es la miel de flores que médicamente da mejores resultados y se comercializa de forma más amplia, la cual es esterilizada mediante radiación gamma (Celyc et al 2020, Gascon et al 2004). En el presente caso, este tipo de producto fue el utilizado.

A continuación, se presenta un caso de cuidado, en el cual se utilizó de forma exitosa la miel para la atención de un paciente con herida por quemadura.

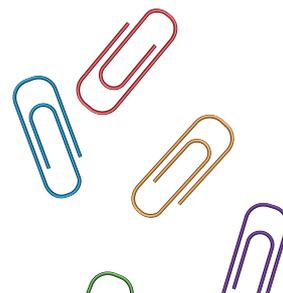
Paciente femenina de 69 años de edad, casada, con antecedentes de hipertensión arterial, cáncer de mama hace 10 años el cual fue tratado logrando remisión total, insuficiencia venosa periférica e intolerancia al tramadol (mareo intenso y vómito). La paciente manifiesta que el día 29 de noviembre de 2020 sufrió lesiones en piel las cuales se diagnostican como quemaduras de segundo grado superficial y segundo grado profundo en cara lateral del cuádriceps derecho, secundarias al contacto con agua caliente. Inicialmente fue tratada en el hospital local, mediante curación convencional; posteriormente, por evolución insatisfactoria y la aparición de costra necrótica fue remitida con cirujano plástico, quien realizó

desbridamiento cortante y dio orden para continuar manejo con su EPS. La evolución de la herida fue insatisfactoria, presentando nuevas zonas con tejido necrótico y generando profundización de esta.

Refiere dolor 8/10 según escala análoga del dolor, además sentía temor y ansiedad por la evolución poco satisfactoria de la herida

### **Descripción de la herida**

Se inicia el manejo de la herida el 31 de diciembre de 2020, se observa herida en cara lateral del cuádriceps derecho, con bordes irregulares activos, adheridos al lecho de la herida, sin posibilidad para descartar presencia de biofilm, área aproximada de 180 cm<sup>2</sup>; en el lecho se observa abundante tejido necrótico húmedo y esfacelos (Figura 1) un 35-40% aproximadamente, por lo cual era difícil evaluar la profundidad de la lesión, hay presencia de tejido de granulación en aproximadamente un 50% de la herida. Piel perilesional seca, con lesión por adhesivo a las 11:00. Se inicia manejo de la herida bajo técnica estéril con Microdacyn solución y apósito de plata, realizando curación día por medio, esto debido al abundante exudado que presentaba la herida, saturando apósitos primarios y secundarios.





**Figura 1.** 2 de enero del 2021.

Posterior al inicio del tratamiento se obtiene una reactivación de los bordes de la herida y desbridamiento autolítico parcial (Figura 2), observando mayor porcentaje de granulación y tejido necrótico solo en un 5% a 10% del lecho de la herida por lo cual se continúa con este mismo manejo.

Se puede observar en la porción superior - proximal de la herida (Figura 3), ausencia de tejido desvitalizado con formación abundante de tejido de granulación y reepitelización total del segmento ubicado a las 12:00. Se modifica el manejo de la herida continuando con Microdacyn y se inicia con apósitos con triticum vulgare; en el segmento inferior



**Figura 2.** 8 de enero del 2021.

se continúa con apósito de plata, aún con presencia de tejido necrótico.

En la Figura 4, se puede observar en la zona enmarcada en el círculo azul, una reacción de hipergranulación, por lo cual se decide suspender en dicho espacio la aplicación del apósito con triticum vulgare, y se cubre con gasa vaselinada, en el resto del lecho se continúa con el manejo descrito anteriormente.

En la Figura 5, se puede observar un lecho sin signos de infección con abundante tejido de granulación, bordes activos, y con escaso tejido desvitalizado en segmento ubicado a las 18:00, aproximadamente un 5%. En general hay una reducción del área.



**Figura 3.** 12 de enero del 2021



**Figura 4.** 14 de enero del 2021



**Figura 5.** 16 de enero del 2021

Posterior a evaluación por cirugía plástica, el día 20 de enero, la paciente, decide continuar con el manejo establecido por enfermería: curaciones interdiarias. Refiere haber recibido una explicación clara por parte cirugía plástica sobre medida quirúrgica y sobre método actual con el siguiente manejo: Microdacyn solución para limpieza, apósito con triticum vulgare y gasa vaselinada.

En la Figura 5, se observa xerosis de la piel perilesional con tejido friable que predisponía a la aparición de úlceras satelitales; se inicia desde la fecha con protección del área circundante con aceite de oliva extra virgen (el aceite de oliva contiene un elevado

porcentaje de ácido oleico (82%) que es monoinsaturado. Minoritariamente también aporta vitaminas A, E, K (esta última contrarresta las oxidaciones lipídicas) Carreto, et al., (2002) buscando favorecer la hidratación y elasticidad de la piel. El uso de aceite de oliva para el cuidado de la piel, y especialmente para la prevención de lesiones por presión es algo reciente; se han realizado estudios comparando la efectividad de este producto con los ácidos grasos hiperoxigenados, obteniendo resultados similares. (López Franco M. et al., 2016) (Díaz Valenzuela A., 2014). Carrillo Pedro (2009), también describe de forma amplia los múltiples beneficios del aceite de oliva para la piel sana y lesionada.

En la Figura 6, en el círculo resaltado, se observa un área de profundidad considerable (aproximadamente 2 cm) con tejido necrótico adherido al fondo del lecho de forma persistente a pesar del tratamiento ya mencionado, por lo cual se decide un cambio en el manejo y se inicia con miel de manuka en gel, marca comercial Medihoney (potente efecto desbridante por osmosis favorece la granulación y cicatrización de las heridas secundarias a quemaduras en las diferentes fases). Se continúa con el tratamiento descrito, logrando una epitelización total de la herida (Figura 8). En este punto es muy importante mencionar que la zona que fue tratada con miel de Manuka tuvo un proceso de desbridamiento y granulación muy eficaz, dado que dicha zona era la más

profunda y puede observarse en la Figura 7 claramente que fue la primera en lograr una epitelización total, resultado acorde con lo encontrado en la bibliografía.

Finalmente, en la Figura 8 se observa un proceso inicial de maduración de la cicatriz satisfactorio, a esa fecha la paciente no tenía ningún tipo de limitación para la movilidad de la extremidad y no presentaba síntomas desagradables como el prurito. La cicatriz según la escala de Vancouver tenía un puntaje de 7; esto teniendo en cuenta que 0 es una cicatriz normal y 14 es una cicatriz patológica



Figura 6. 01 de febrero de 2021.



**Figura 7.** 22 de febrero de 2021.



**Figura 8.** Marzo del 2021

### **Reflexión final**

La enfermería tiene un rol protagónico en el cuidado de las personas con heridas no solo desde lo técnico, sino también desde el establecimiento de una relación de confianza y de beneficio mutuo; en esta situación, la paciente siempre confió en el tratamiento propuesto por su cuidador, y apoyó cada uno de los procedimientos, siempre estuvo enterada de cada

cambio realizado, y el porqué de la decisión; todas las preguntas fueron resueltas, disminuyendo así la ansiedad y el temor. Por su parte el enfermero utilizó conocimientos basados en la evidencia para cuidar y lograr muy buenos resultados, generando en él satisfacción personal y profesional; además, es de suma importancia tener presente lo holístico del ser humano y hacer una valoración integral, es decir, aunque la herida se lleva el

enfoque de este escrito, es importante mencionar que se identificó como una necesidad prioritaria calmar el dolor, ya que la paciente refería una puntuación 8/10 y el especialista le había formulado acetaminofén cada 8 horas; el enfermero debe estar en la capacidad de valorar este parámetro y sugerir cambios en la conducta si es necesario; en esta ocasión se acordó con el médico de familia la formulación de un opioide potente como la morfina, logrando una mejoría del 100%.

Es un deber profesional y ético actualizar constantemente los conocimientos, de tal forma que se pueda brindar un cuidado de calidad sustentado en la mejor evidencia disponible, adoptando las nuevas prácticas que han mostrado ser efectivas en heridas de diferente etiología como lo es el caso de la miel y muchos otros productos que se emplean para el cuidado del paciente con pérdida de la integridad cutánea. Tener un sustento teórico sólido puede evitar acciones iatrogénicas que retrasan el proceso de cicatrización de estas lesiones y por ende la calidad de vida de los pacientes.

## Referencias

- Carreto M.V., Cuerdo M.P., Dirienzo M.G., Di Vito M.V. (2002). Aceite de oliva: beneficios en la salud. *Invenio*. Universidad Católica de Córdoba. Consultado el 28 de noviembre de 2021. Disponible en: [http://pa.bibdigital.uccor.edu.ar/1698/1/TM\\_Cornejo.pdf](http://pa.bibdigital.uccor.edu.ar/1698/1/TM_Cornejo.pdf)
- Celyc Yilmaz, A., Aygin D. Honey dressing in wound treatment: a systemic review. *Elsevier*. Consultado el 24 de febrero del 2021. Disponible en: <https://www-clinicalkey-com.udea.lookproxy.com/#!/content/journal/1-s2.0-S096522992030131X?scrollTo=%23bib0020>
- Díaz Valenzuela, A., Valle Cañete, M. J., Carmona Fernández, P. J., García Fernández, F. P., Pancorbo Hidalgo, P. L., (2014). Eficacia en la prevención de úlceras por presión del aceite de oliva virgen extra frente a los ácidos grasos hiperoxigenados: resultados intermedios de un estudio de no inferioridad. *Gerokomos*, 25(2), 74-80. Consultado el 24 de febrero del 2022. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200005>
- García Felipe, S. (2019). La miel como alternativa a los tratamientos tópicos en el proceso de curación de quemaduras, heridas y úlceras. *Ene*, 13(1), 1312. Epub 01 de octubre de 2019. Consultado el 23 de febrero de 2022. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2019000100002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000100002&lng=es&tlng=es).
- González Gastón, R., Del Dedo Torre, P. (2004). Actualización sobre el uso de miel en el tratamiento de úlceras y heridas. Caso clínico. *Enfermería Global*. Consultado el 24 de febrero del 2021. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/23995/1/Actualizacion%20sobre%20el%20uso%20de%20miel%20en%20el%20tratamiento%20de%20ulceras%20y%20heridas.%20Caso%20clinico..pdf>
- Guillermo Ramos, G., Sánchez Chávez, A. N., Gallager Hernández, S., Rodríguez Pérez, M. A., Morales Zamarrón E., Chan Ramírez M. S. (2017). Presentación de casos clínicos sobre el uso de la miel en el tratamiento de heridas. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*. Consultado

el 24 de febrero del 2022. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2017/dcm174k.pdf>

Jull A.B., Cullum N., Dumville J.C., Westby M.J., Deshpande S., Walker N. (2015). Honey as a topical treatment for wounds. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Consultado el 28 de noviembre de 2021. Disponible en: [https://www.cochrane.org/es/CD005083/WOUNDS\\_miel-como-tratamiento-topico-para-las-heridas-agudas-y-cronicas#:~:text=La%20miel%20se%20utiliza%20desde,acelerar%20la%20cicatrizaci%C3%B3n%20de%20heridas](https://www.cochrane.org/es/CD005083/WOUNDS_miel-como-tratamiento-topico-para-las-heridas-agudas-y-cronicas#:~:text=La%20miel%20se%20utiliza%20desde,acelerar%20la%20cicatrizaci%C3%B3n%20de%20heridas).

Lavandera Rodríguez, I. (2011). Curación de heridas sépticas con miel de abejas. *Revista Cubana de Cirugía*, 50(2), 187-196. Consultado el 28 de noviembre de 2021. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932011000200006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932011000200006)

López Franco M. D., Chiquero Valenzuela, S., Garrido Miranda, J. M. (2016). Eficacia del aceite de oliva virgen extra frente a los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las úlceras por presión: revisión sistemática con metaanálisis. *Gerokomos*, 27(3), 117-122. Consultado el 25 de febrero de 2022. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2016000300007&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000300007&lng=es&tlng=es).

Memon, A. R., Tahir S. M., Khushk, I. A., Memon, G. A. (2005). Therapeutic effects of honey versus silver sulphadiazine in the management, of burn injuries. *Journal of the Liaquat University of Medical Health Sciences*. Consultado el 24 de febrero del 2021. Disponible en: <https://pesquisa.bv-salud.org/portal/resource/pt/emr-71684>



## La enfermería con una mirada intercultural y global

Vanessa Restrepo Betancur<sup>1</sup>

A inicios del 2021, estando ya acostumbrados a nuestra nueva cotidianidad entre las clases virtuales y los abrazos a la distancia por la situación mundial que estábamos viviendo (y que aun seguimos viviendo), nos vimos con el compromiso de ponernos en la ardua tarea de aprender a vivir y a relacionarnos de una manera no tan cálida y grata como a la que habitualmente nos relacionábamos, con besos efusivos de saludo y abrazos apretados para las despedidas. Fue así como entre videollamadas con docentes de la facultad recibí la invitación para hacer parte del Certificado en Ciudadanía Intercultural y Global UdeA. En aquel momento fue un poco confuso recibir tal invitación, ya que yo no había aprobado ni la mitad los créditos requeridos de mi carrera como estudiante de pregrado,

sin embargo, la curiosidad y el deseo por aprender nuevas cosas que me permitieran nutrirme de conocimiento y contribuir a mi formación personal y profesional salió a flor de piel, me motivé a conocer mucho más sobre la certificación y empecé a emocionarme con la esperanza de participar de este nuevo proyecto liderado por la Universidad de Antioquia. No sabía muy bien a que me estaba enfrentando, pero buscaba aprender lo necesario en el camino y lograr cumplir mis objetivos.

El Certificado en Ciudadanía Intercultural y Global UdeA es una nueva certificación que la Dirección de Relaciones Internacionales de la Universidad de Antioquia ofrece a sus actuales estudiantes de pregrado como un reconocimiento formal acerca de los esfuerzos de los estudiantes, incitando

<sup>1</sup> Estudiante Programa Enfermería Universidad de Antioquia UdeA, correo de contacto [vanessa.restrepob@udea.edu.co](mailto:vanessa.restrepob@udea.edu.co)

a la participación en diferentes actividades alrededor de cuatro competencias: ciudadanía, interculturalidad, plurilingüismo y cosmopolítica. Se busca fomentar la formación de los estudiantes de la Universidad de Antioquia como ciudadanos interculturales y globales. Es en este punto específico donde yo me sentí identificada, pues no sé si a todos los estudiantes que han pasado o estamos pasando por la UdeA nos ha surgido ese sentimiento innato por querer conocer, aprender y estar en todo, yo lo llamo como amor al conocimiento, porque eso es para mí la UdeA; una pasión innata por la educación, por tanto, la certificación empezó a tener un significado mucho más grande para mí.

Tras inscribirme al certificado, recibí la grata noticia de haber sido admitida, el gusto de conocer a nuevos docentes y compañeros de otras facultades y dependencias universitarias me causaba desasosiego, pero compartir con otras comunidades tanto de la ciudad como del mundo, significaba un logro para mí, pues constantemente he podido comprobar que para descubrir el mundo no es necesario viajar y recorrer grandes distancias, sino que también lo puedes hacer a través de las personas y eso es lo que he hecho.

A lo largo de este corto tiempo que llevo dentro del proceso de certificación he tenido la oportunidad de asistir a eventos tales como conversatorios, cursos cortos, cátedras, talleres y seminarios, donde se han abordado

temas como habilidades sociales, ciudadanía global, formación política, arte, cultura, problemáticas contemporáneas y ambientales, y otras áreas que son de gran interés. Teniendo el conocimiento previo de enfermería observando como esta se encuentra en medio de todo ello (en algunas ocasiones implícitamente, pero el acto de cuidado está ahí), porque como decía una de mis primeras docentes en la facultad es que la enfermería se encuentra en todo lugar, siempre y cuando exista la vida.

Mi experiencia dentro de la certificación ha sido y será un proceso largo y a la vez enriquecedor que me posibilita ver más allá de mi realidad, colaborar continuamente con personas para comprender sus conductas y así, entender cómo lo que sucede en su cotidianidad afecta a otros en el mundo. No obstante, lo más importante de todo esto es respetar las complejidades de los contextos y las culturas mediante el intercambio intercultural que supone adquirir actitudes que permeen la conciencia y permitan la posibilidad de apreciar y disfrutar la diversidad.

En el camino recorrido en la academia he ido descubriendo mi lugar en el mundo, y es en ese pequeño espacio que ocupo en él, he aceptado que la enfermería hace parte de mí, y a donde quiera que yo vaya la llevaré porque el acto de cuidar a otros es capaz de trascender fronteras de cualquier tipo y creo que mediante diferentes acciones es posible hacer

que nuestro mundo sea un lugar donde la igualdad, la justicia y la sostenibilidad sea posible para todas las especies que lo habitamos. Es por esto que en lugar de crear barreras que distorsionen la comunicación entre personas, debemos valernos de todas las herramientas necesarias

como lo son la ciudadanía global que fomenta la colaboración y la eliminación de las mismas y comprender que mediante el dialogo es que podremos hacer grandes cambios, y una de las formas de hacerlo es mediante los espacios en que se desarrolla el acto del cuidado.



## La integralidad en los cuidados de enfermería: ¿retórica o realidad?

Kevin Duban Fontalvo López<sup>1</sup>

Si hay un término que es sobre-utilizado y llamado a practicarlo más en nuestra sociedad, y de manera particular en la atención en salud, ese es ‘integralidad’. Lo hemos escuchado en repetidas ocasiones, también lo hemos usado a la hora de escribir algunos ensayos, en conversaciones con un par de amigos y hasta en el más refinado de nuestros discursos lo hemos citado, muchas veces empleándolo inconsciente e indistintamente.

Buscar el mejor estado de bienestar para todas las personas es, por encima de cualquier obstáculo, el fin último de la asistencia en salud; es un deber que tenemos todas las personas que intervenimos en ella y es un derecho inalienable de los sujetos de cuidado. ¿Pero cómo se logra ese objetivo si no es valorando, abordando y tratando desde una concepción

integral e integrada todas y cada una de las dimensiones de la persona humana?

Para hilar esta reflexión, primero debemos tratar de entender qué significa integralidad en la asistencia de enfermería, y es que dicho término hace relación a que los cuidados brindados por el personal de enfermería comprenden una totalidad de saberes, acciones, sentidos y técnicas articuladas entre sí que se argumentan desde la multidimensionalidad de la persona y no solamente desde lo biológico, ni mucho menos desde la enfermedad (Rodríguez et al, 2014; Macedo et al, 2006; Furtado, Tanaka, 1998; Prado, 1996), para lograr esa totalidad articulada se requiere de la sinergia entre las acciones individuales y colectivas de todos los actores del sistema de salud. Se podría decir en-

<sup>1</sup> Estudiante Programa Enfermería Universidad de Antioquia UdeA, correo de contacto kevin.fontalvo@udea.edu.co

tonces que la integralidad se articula y se aplica en todas las dimensiones y aspectos de la persona humana y su entorno.

El metaparadigma enfermero se presenta como el eje rector para entender la integralidad en la cual se basan las diferentes concepciones de cuidados (Kozier et al, 2000). En teorías como la de Enfermería Transcultural y su Modelo del Sol Naciente, Leininger plantea que la articulación de los cuidados enfermeros con los sistemas profesionales y los sistemas populares deben resultar en bienestar para los diferentes individuos a raíz de la salud holística (Aguilar et al, 2018). Por su parte Roy en el Modelo de Adaptación presenta al ser humano como un sistema abierto y adaptativo, al que la enfermera ayuda de manera integral con el fin de lograr una respuesta adecuada a los cuatro modos de adaptación. Lo anterior ejemplifica claramente que desde su misma génesis y su epistemología, la enfermería está concebida como un cuidado totalizante del ser humano (Universidad de La Sabana, 2009)

En el caso de Colombia encontramos que la Ley Estatutaria de salud, Ley 1751 de 2015, es muy explícita al concebir la integralidad, al reconocer la necesidad de brindar cuidados y recursos completos a todos los usuarios del Sistema de Salud, independientemente de cuestiones personales, administrativas y/o económicas. Guardando estrecha coherencia con lo anterior, la enfermería como pro-

fesión ha incorporado dentro de su axiología y deontología ese concepto, que más que una simple palabra, es un principio que orienta el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad, con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual (Ley 266 de 1996). En esa misma Ley, se determina que el propósito de la enfermería es dar un cuidado *integral* de salud a la persona, a la familia, la comunidad y a su entorno. En los deberes del profesional de enfermería, el principal es: brindar atención *integral* de acuerdo con los principios generales y específicos de la práctica profesional.

Entendiendo que hay situaciones en las cuales la necesidad de atención concreta en salud es inmediata, como por ejemplo pacientes que requieren una reanimación cardiopulmonar o una cirugía para control de hemorragia arterial, en las cuales no existe *a priori* el tiempo para detenernos a realizar una anamnesis y con ello una intervención inicial completa de los aspectos psicológicos, emocionales, sociales, cognitivos, conductuales o de planes futuros de la persona a la cual se le está brindando cuidados urgentes; seguramente esas situaciones se presentan en menor frecuencia en comparación a situaciones en las que sí se puede realizar. En todo momento, urgente o no, se debe movilizar a la familia y redes de apoyo para con ello favorecer el proceso de cuidado.

Cuidar requiere que todo el personal de enfermería, con especial énfasis los profesionales, se relacionen más con el paciente, no basta con hacerlo únicamente cuando se hace la ronda de enfermería, o cuando se va a administrar un medicamento, o cuando suena una alarma en la habitación y eso que para este tercer ejemplo nos demoramos en acudir porque “es que ese paciente sí molesta”. El copiar y pegar formatos de notas de enfermería nos ha hecho caer en la mecanización y en el peor de los casos nos lleva a suponer aspectos que no han sido realmente valorados en el paciente, registrando datos en las notas de enfermería que no fueron evaluados.

En nuestro contexto se escucha constantemente que “lo integral aporta más”, “el cuidado ha de ser integral”, “las profesiones de salud atienden integralmente”, y se han estructurado políticas y normativas como las Rutas *Integrales* de Atención en Salud (RIAS), el Modelo de Atención *Integral* Territorial (MAITE), la Política *Integral* de Atención en Salud (PAIS), la Gestión *Integral* del Riesgo y así, multiplicidad de documentos guías que, en ocasiones, parecen ser meros eufemismos, pues a la hora de la verdad se quedan cortos para alcanzar su propósito, pues plasman una serie completa de acciones y servicios de salud que deben brindarse a los diferentes usuarios, pero a la par no existe reglamentación realizable que estipule los cambios laborales, administrativos y operacionales

para que el personal de enfermería logre ser gestor de esa integralidad exigida.

¿Será que el nombrar esos y otros lineamientos como “integrales” hará que todo suceda como se desea? Pues no, por supuesto que para cuidar integralmente es menester contar con mayores recursos, talento humano y equipos tecnológicos, al igual que de una gestión efectiva del tiempo, un enorme reto en el cual Colombia debe avanzar de manera prioritaria en los próximos años. Hoy por hoy las cifras de relación enfermeros/habitantes dan cuenta de lo super atareado que está el personal de enfermería. Mientras el promedio mundial de enfermeras por cada 10.000 habitantes es de 39.6 en Colombia es de 16.1, mientras que por cada 10.000 habitantes hay 64.6 auxiliares de enfermería (OMS, 2019; Ministerio de Salud, 2022). Esa brecha representa una enorme afectación laboral al personal de enfermería impactando directamente la atención en salud, pues a medida que cada enfermera tenga mayor cantidad de pacientes, menor será el tiempo en el que pueda interactuar con los pacientes y sus familias en procura de brindar estos cuidados integrales.

Sueño con el día donde las condiciones estén dadas para que dejemos de copiar y pegar guiones como notas de enfermería, donde en ese importante registro también queden condensadas las otras dimensiones de la persona a quien cuidamos. El mismo día en el cual no se le llame la atención al per-

sonal de enfermería por brindar cuidados más allá de lo biomédico, sino justamente por no hacerlo.

Aumentar la cobertura en acceso real a educación superior en enfermería, descentralizar la oferta académica, otorgar estímulos y posibilidades de financiación educativa, fortalecer procesos de permanencia estudiantil que disminuyan la deserción en enfermería; dignificar las condiciones de contratación, promover ambientes laborales que permitan estar y ser cercano con los sujetos de cuidado; pero sobre todo fortalecer esa conciencia en el personal de enfermería, desde los inicios de su formación, son algunas estrategias viables que incidirán directamente en esa integralidad de los cuidados de enfermería.

Estas estrategias para el fomento de los cuidados integrales de enfermería también convocan a todos los sectores de la sociedad, así: el Gobierno para regular dignamente las condiciones laborales, estimular el crecimiento enfermero y la adopción de estilos de vida saludable por la población; a las Universidades con el fin de descentralizar y ampliar su oferta académica y que, siendo consecuentes con la Ley 911 de 2004, contribuyan firmemente a la formación integral del estudiante de enfermería; las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS para que garanticen recursos tendientes a intervenciones de enfermería integrales, oportunas y de calidad y se garantice una continuidad de los cuidados

por los demás integrantes del equipo de atención en salud; al personal de enfermería para que se apropien cada vez más de la prestación de un cuidado integral y permanente para los pacientes, evitando caer en el extremo de hacer cosas por hacer, sin una razonable priorización; por supuesto este objetivo también convoca prioritariamente a los habitantes del territorio pues son en últimas, quienes están llamados a fortalecer las prácticas de autocuidado con el fin de disminuir los riesgos que desencadenarán en una alteración del estado de salud.

Este escrito pretende ser una férrea motivación a la acción: a repensarnos en ella, a plasmarla en nuestra cotidianidad, a resignificarla, a hacerla vida, a vivirla. Eso va concatenado a la movilización, también, de nuestra integralidad hacia esa acción y relación social del cuidado. Pues para cuidar debemos poner a favor del cuidado y de quienes cuidamos, nuestro cuerpo biológico, nuestra mente, nuestro espíritu y nuestro cuerpo sociopolítico. De no suceder lo anterior, sin ser apocalíptico -en lo que creo sucederá-, seguramente se perderá credibilidad ante nuestros sujetos de cuidado.

Es evidente y reconocida la titánica labor que todo el personal de enfermería realiza en todos sus ámbitos de actuación justamente para procurar un cuidado integral, los investigadores buscan crear, comprender, validar y divulgar conocimiento basado en evidencias que respondan a las actuales y reales exigencias en salud; los

docentes gestionan una formación de calidad para las futuras generaciones de la enfermería; los administrativos hacen las debidas gestiones para la creación de lineamientos y la adquisición de recursos ya sea en lo público o en lo privado; y por supuesto los asistenciales saben que los cuidados directos no deben estar fragmentados. Una labor titánica que debe ser potenciada polivalentemente con el respaldo de toda la sociedad, para que así la enfermería sea más coherente con esa tal “integralidad” que a veces vemos como una utopía.

### Bibliografía:

- Aguilar, O., Carrasco, M., García, M., Saldivar, A., & Ostigüín, R. (2018). Madeleine Leininger: un análisis de sus fundamentos teóricos. *Enfermería Universitaria*, 4(2). <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2007.2.457>
- Furtado, A., & Tanaka, Y. (1998). Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. *Revista de Saúde Pública*, 32(6), 587-595.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Burke, K. (2000). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice* (6a. edición). RUE Educational Publishers.
- Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Febrero 16 de 2015. D.O. No. 49.427.
- Ley 266 de 1996. Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Febrero 5 de 1996. D.O. No. 42.710.
- Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia, se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Octubre 5 de 2004. D.O. No. 45.693
- Macedo, F., Backes, D., Ferreira, A., & Erdmann, A. (2006). Significados de Sistema de cuidados a partir da visão de profissionais da saúde: Modelo Teórico-Reflexivo. En *Programade Pós-Graduaçãoem Enfermagem* (Ed.), *Anais III Seminario Internacional de Filosofia y Salud* (pp. 193–196). <https://doczz.com.br/doc/120560/anais-do-iii-seminario-internacional-de-filosofia-e-saude>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2022). Cantidad de personal de enfermería a corte de 2021.
- Organización Mundial de la Salud, Atlas mundial de la fuerza laboral sanitaria. (2019). *Enfermeras y parteras* (por cada 1.000 personas). Datos Banco Mundial. Recuperado 19 de marzo de 2022, de [https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.NUMW.P3?end=2019&name\\_desc=false&start=2019&view=bar](https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.NUMW.P3?end=2019&name_desc=false&start=2019&view=bar)
- Prado, M. (1996). *Fundamentos teóricos y cuidados básicos de enfermería* (1a. edición). LTC.
- Rodríguez, S., Cárdenas, M., Pacheco, A., & Ramírez, M. (2014). Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. *Enfermería universitaria*, 11(4), 145-153. Recuperado en 26 de mayo de 2022, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632014000400005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000400005&lng=es&tlng=es).
- Universidad de La Sabana - Facultad de Enfermería, G. de estudio. (2009). Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichan*, 2(1). Recuperado a partir de <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/18>

Voces sobre  
**El Cuidado**

# Controversias

• Enfermería Psicodélica:  
¿presente, ausente o invisible?



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**  
Facultad de Enfermería

## Enfermería psicodélica: ¿presente, ausente o invisible?

Jaime Andrés Vinasco Barco<sup>1</sup>

### Introducción

En gran parte de Occidente, la gente poco a poco se empieza a enterar de los potenciales terapéuticos que tienen los psicodélicos (Jacobs, 2021). Sin embargo, es lamentable que esto suceda a través del dataísmo<sup>2</sup>, pero más lamentable que ni los mismos profesionales de la enfermería, la medicina o la psicología tienen conocimientos para informarlo (Stein et al. 2022). Por ello, ante la desinformación y falta de educación en estos temas, con frecuencia se me invita a participar en congresos y seminarios que buscan abrir espacio a la vanguardia de este conocimiento. También, a colaborar en libros y a escribir artículos, pero sobre todo a exponer en espacios de divulgación

como este los avances científicos del conocimiento de los psicodélicos, los revolucionarios cambios que introducen en las formas de restablecer la salud y los desafíos epistemológicos para profesiones como la enfermería.

En las siguientes líneas me propondré compartir información al respecto, al mismo tiempo que enlace en el relato mis reflexiones como enfermero. Antes de comenzar y con el propósito de conectar a más profesionales de la salud con esta “controversia” (sobre todo a los neófitos en el tema), haré una breve introducción sobre lo que son los psicodélicos y por qué muchos profesionales de la salud los volvemos a considerar para pagar las deudas que tenemos con el dolor, la salud mental y los moribundos. Lo primero es decir que el uso medici-

- 1 Enfermero egresado Universidad de Antioquia, maestría en Culturas y Drogas, Master II en Ciencias Sociales y Humanas y doctorado en Ciencias Sociales con especialidad en Estudios Regionales. Correo de contacto jailau52@hotmail.com o jailau52@gmail.com
- 2 El dataísmo es un término que refiere el frenesí de los datos, vacíos y sin sentido, propios del internet y el mundo digital. Los dataístas ven al universo como un flujo de datos y dan valor a cualquier fenómeno a partir de ello.

nal de los psicodélicos es milenario (Schultes y Hofmann, 2012), aunque, por la pausa que tuvo la investigación científica por cuenta de la prohibición décadas atrás, muchos piensan erradamente que este uso es contemporáneo (Grof, 2017). Estas sustancias ya se usaban en diferentes rituales y contextos, en procesos de sanación, ritos de paso, misterios de muerte y renacimiento; desde los años 50 la investigación científica muestra que estos compuestos sirven para el dolor, expandir la consciencia e inclusive ayudarnos a morir en paz (Griffiths et al., 2016) (Ross et al., 2016) (Puente, 2017).

Desde que empezó la investigación con estos compuestos, el término más aceptado para referirse a ellos ha sido el de psicodélicos, aunque también se les llama psikedélicos, psicodislépticos, enteógenos, o más imprecisamente alucinógenos (Fericgla, 2000). Psicodélico, etimológicamente traduce “revelador de la mente”, e intenta referir las sustancias que propulsan en el ser humano experiencias que en su mayoría son de carácter inefable. Además del cannabis en ciertas condiciones, los más conocidos psicodélicos con propiedades terapéuticas evidenciadas científicamente son los hongos psilocibios, la LSD (dietilamida de ácido lisérgico), la MDMA o éxtasis (3,4-metilendioximetanfetamina), la ketamina y la ayahuasca (Richards, 2017). En tiempos actuales la investigación científica con estas sustancias ha renacido, y ya ni siquiera los vestigios que quedan de

la prohibición opacan el surgimiento de los estudios que hora develan, incluso con técnicas de neuroimagen, la efectividad de estas sustancias para tratar afecciones de salud mental (TDM, TAG, TOC, TEPT), trastornos alimenticios (anorexia y bulimia), trastornos por abuso de sustancias (alcohol, drogas y fármacos) y trastornos existenciales al final de la vida (Carhart-Harris et al., 2014).

Aunque no es este el espacio para discutir sobre la sofisticación e institucionalización que han tenido procesos vitales naturales como el nacimiento o la muerte, si es importante precisar que, al igual que en las salas de partos o donde se muere en los hospitales, el uso de psicodélicos para tratar trastornos como los mencionados implica considerar la influencia del contexto en que se utilizan (Fericgla, 2018). En el campo de los usos no clínicos de los psicodélicos esto siempre se ha gestionado bajo los parámetros *Set and Setting* (lo cual es la exigencia de una adecuada preparación del participante, y de un contexto que armónicamente junte a un cuidador presente, cualificado, empático, sensible y compasivo, con un entorno limpio, cálido y cómodo para la sesión), pero, ahora, frente a los usos clínicos y la investigación científica contemporánea con psicodélicos (la cual en su mayoría está hecha por investigadores médicos y hombres), surgen inquietudes como: ¿qué papel está cumpliendo la enfermería en el desarrollo de estos

procesos?, ¿quiénes están respondiendo a las demandas de cuidado que exigen las terapias psicodélicas?, ¿será que ha nacido una nueva figura de cuidador, o será que la enfermería lo está haciendo y nuevamente son invisibles sus aportes en la atención del ser humano?

Estas y otras preguntas, así como el hecho de que la enfermería es calificada constantemente como la profesión más confiable para atender al ser humano, trazarán la controversia siguiente, y permitirán plantear argumentos suficientes para sostener que, la enfermería, es necesaria en la terapia clínica e investigación con psicodélicos, su papel en estos campos será múltiple y es menester prepararla desde ya como profesión para afrontar la actualización que está presentando la salud mental, el tratamiento de las adicciones, la partería y los cuidados paliativos.

## Contexto

Es usual que por desconocimiento o moralismos los psicodélicos generen rechazo y hasta pánico en algunos profesionales de la salud, no obstante los psicodélicos tienen una importancia creciente en los enfoques de atención sanitaria en el mundo y en la actualidad más de 30 países han legalizado el cannabis medicinal, mientras que otros 15 investigan con psicodélicos (Vinasco Barco, 2020). Según los metaanálisis, en hospitales e institutos de investigación en Europa y EE.UU., la

terapia con psilocibina, ayahuasca y ketamina se usa para tratar trastornos depresivos severos, incluso aquellos con tendencia suicida (García-Romeu A. y Richards WA., 2018) (Dos Santos et al., 2016) (Dore et al., 2019). Otras revisiones sistemáticas, que incluyen ensayos aleatorios controlados con placebo simple y doble ciego y que incluyen ensayos abiertos y de prueba, reportan que la LSD, la psilocibina y la MDMA se están usando para tratar la ansiedad, pero también para tratar las angustias inducidas por la muerte inminente y las dependencias a la heroína, el alcohol, el tabaco y otras drogas legales, como los medicamentos psiquiátricos (Fuentes, 2020) (Mithoefer et al., 2019) (Muttoni et al., 2019).

Independientemente del psicodélico utilizado o de la condición a tratar, las terapias asistidas con estos compuestos generalmente siguen un proceso muy parecido. El terapeuta o guía, que puede ser un proveedor de atención médica, un miembro del clero u otro profesional con capacitación en terapia asistida por psicodélicos, primero establece el escenario y luego plantea un proceso de intervención que incluye varias sesiones. Durante estas sesiones, de número y duración variable, no siempre se usan sustancias, ya que hay espacio para sesiones previas de preparación de la persona e integración de sus experiencias (Pilecki, 2021). Usualmente, en las sesiones preparatorias sin fármacos, el terapeuta determina las

intenciones individuales del paciente, discute sus expectativas y revisa el proceso que tendrá lugar bajo el influjo de algún psicodélico. Algunos estudios recientes, como los que ha realizado la Asociación Multidisciplinaria de Estudios Psicodélicos (MAPS), muestran que los participantes reciben entre 6 a 8 horas de preparación, divididas aproximadamente en tres o cuatro sesiones por semana, previas a la administración del psicodélico (Mithoefer, 2017).

Después, viene la sesión con el psiquedélico, y esta suele incluir un proceso de preparación y acercamiento al entorno. El entorno se arregla intencionalmente, de modo que haya luz tenue, luzca limpio, agradable, estético, y al mismo tiempo contenga elementos naturales, y músicas que generen un ambiente tranquilo, privado y cómodo para el proceso terapéutico. Aunque existen diferencias estilísticas obvias en la forma en que los proveedores de las terapias abordan el escenario y el entorno, las características más comunes incluyen el uso de antifaces, un sofá o un sillón cómodo para recostarse, sábanas y mantas para controlar la temperatura del cuerpo, arte visual, flores, y una lista de músicas cuidadosamente seleccionadas para casar con el inicio, el pico, la meseta y la caída de los efectos del psicodélico (las **músicas** son uno de los elementos más importantes del contexto terapéutico, ya que influyen directamente en la experiencia emocional del participante) (Stein, 2020).

La sesión con el psicodélico generalmente comienza con la toma de algunos datos del paciente (datos que ya debieron ser avanzados en su captura desde las sesiones preparatorias), la toma de sus signos vitales, algunos ejercicios de respiración y el acomodo del paciente en el sofá. Luego, el paciente toma la sustancia, se pone el antifaz y los cuidadores brindan la indicación de ir hacia adentro, fluir con la experiencia y no resistirse a los contenidos por desafiantes que parezcan (Stein, 2020). Por lo general, dos cuidadores permanecen al lado del paciente durante toda la sesión que, dependiendo de la sustancia, podrá durar 1 hora, por ejemplo, con ketamina, y alcanzar hasta 12 horas, por ejemplo, con LSD. Por relación arquetípica con las energías masculina y femenina, es recomendable que la pareja de cuidadores sea de sexo opuesto y que ambos cuidadores estén capacitados para brindar apoyo y aliento, en ocasiones de forma paternal o maternal, consoladora y tranquilizadora. En ocasiones, los cuidadores también utilizan otras herramientas durante el proceso; algunas de las más comunes son aromas, sonajeros, cantos, mantras e incluso conchas sonoras de caracol. No es muy común en entornos terapéuticos, pero en contextos de investigación sí se incluyen dispositivos electrónicos de medición, escáneres o técnicas especiales de observación silenciosa (Mithoefer, 2017).

Durante la sesión, según sea el caso y si previamente se acordó bajo

un consentimiento informado, se puede incluir un contacto terapéutico respetuoso y también el uso de audio-grabadoras para registrar cualquier cosa que el participante verbalice. La sesión termina con una breve conversación, y luego el paciente queda en manos de su acudiente, mientras los cuidadores registran las últimas notas del proceso (Pilecki, 2021). El día posterior a la sesión con el psicodélico se contacta telefónicamente al paciente para indagar por su noche y por su nuevo despertar. Durante las semanas siguientes se citan una o varias sesiones de integración, y en ellas el objetivo es examinar y discutir con apertura los pensamientos aflorados, así como establecer las más sanas estrategias para anclar lo vivido a la cotidianidad y establecer los compromisos terapéuticos que implican el alta o los siguientes pasos del proceso terapéutico (Pilecki, 2021).

Por la naturaleza de este escenario, es fácilmente deducible que amerita un cuidador integral, holístico, y que se encargue de lo técnico y lo práctico, sin que pierda de vista ni un momento la parte humana. Estas necesidades son al mismo tiempo las cualidades, valores y competencias fundamentales de la enfermería, y es por ello que, sin duda, estas necesidades pueden ser cubiertas muy eficientemente por esta humana profesión (Stein, 2020). Sin embargo, aunque los profesionales de enfermería normalmente son eficientes llevando formularios, procurando tener esce-

narios cómodos para sus pacientes y administrando medicamentos, la terapia psicodélica demanda de otro cuerpo de conocimiento, el cual incluye, entre otras cosas, inteligencia psicoespiritual, conocimiento de los efectos físicos y psicológicos de los psicodélicos y competencias técnicas complementarias (Denis-Lalonde & Estefan, 2020). Por esto, vuelven a aparecer preguntas como: ¿está la enfermería atrasada en la adquisición de estas competencias, o es otra figura de cuidador la que ahora está surgiendo para desempeñar ese rol? ¿Será que la enfermería no ha acudido al llamado de la terapia psicodélica, o será que sí, pero su papel es invisible, tal vez por no publicar artículos científicos o no presentar con determinación su rol en estos espacios? A continuación, la discusión, los argumentos y las conclusiones.

### Argumentos

Mientras que avanza la investigación y la terapia psicodélica, profesionales de la medicina, la psicología, la neurociencia y la bioquímica están difundiendo datos muy relevantes sobre los psicodélicos y su importancia para atender viejos y nuevos problemas en el ser humano (Penn, 2021). Por su parte, los profesionales de enfermería, mayormente aparecemos como coautores de proyectos o artículos de investigación, y son pocas las revistas de enfermería que han abierto espacio a este tipo de dis-

cusiones. Dada esa situación y que quienes han descrito con reconocido impacto los roles de los profesionales de enfermería en este escenario han sido investigadores médicos, las referencias a la enfermería psicodélica están dispersas y fragmentadas, y además están siendo discutidas con mayor frecuencia en conferencias, o en espacios como este, y no en artículos científicos, o en reuniones de comités de currículo que podrían derivar muy acertadamente en ajustes a los pensum de la profesión (Vinasco Barco, 2020).

Según la evidencia científica, la enfermería en la terapia psicodélica ha sido poco protagonista. Sin embargo, en la práctica es otra cosa, ya que la etnografía demuestra que sesiones de acompañamiento de hasta 12 horas no se delegan con poca frecuencia al personal de enfermería (Rosa et al. 2018). Además, algunas referencias indican que los terapeutas no están continuamente presentes durante las sesiones psicodélicas, pero que el profesional de enfermería generalmente sí, entre otras cosas, por estar capacitado para estar cuidando y acompañando “junto a la cama” (Penn, 2021). Es por ello que, sin duda alguna, la enfermería debe apropiarse con determinación de ese rol y esforzarse más por visibilizar lo que viene haciendo (Denis-Lalonde & Estefan, 2020). Sin embargo, esta no es una discusión que debe rondar en la necesidad de reconocimiento, o de protagonismo científico, sino en el

interés de seguir liderando de forma exquisita e impecable el arte que la humanidad le ha encargado a la enfermería: el arte de cuidar. La enfermería como profesión, que alineada con los objetivos de la terapia psicodélica debe ofrecer una atención integral al ser humano, debe aceptar y reconocer que, un profesional integro, humano y capacitado para “estar allí”, presente y acompañando, lo puede aportar sin ninguna duda (Denis-Lalonde & Estefan, 2020).

Y aunque la enfermería y la terapia psicodélica tienen filosofías muy similares (el cuidado de la persona durante una crisis vital), el campo de acción de la enfermería en las terapias psicodélicas es mucho más que el de hacer presencia en sesiones junto a la cama (Hasty, 2022). La profesión tiene mucho que aportar, por ejemplo, en educar y preparar a los pacientes y sus familiares para las sesiones, en defender las buenas prácticas y la seguridad del paciente, en garantizar la adecuada administración de los psicodélicos, en monitorear y gestionar sus efectos en el campo psicofísico y espiritual, en hacer fieles seguimientos de integración después de las sesiones, y en nutrir la investigación y la terapia con psicodélicos, en la psiquiatría, la obstetricia, la oncología, la algología<sup>3</sup> y los cuidados paliativos (Hasty, 2022).

El afrontamiento de este reto, por fortuna, parece que empieza a dar-

<sup>3</sup> Término de la medicina griega que refiere el estudio del dolor

se. En Canadá, por ejemplo, algunos gremios de Enfermería de Práctica Avanzada (APRN) ya han ayudado a muchos pacientes con enfermedades terminales a tener acceso a psicodélicos como ketamina y psilocibina (Hasty, 2022). Además, en EE. UU., los campos de la enfermería psiquiátrica y oncológica también han estado abiertos a cuidar de la persona en su totalidad, incluyendo la atención de su dolor total (Saunders, 2011) y el espíritu, lo cual se apoya con psicodélicos. En los Países Bajos, en Australia y en Suiza, también hay aplicaciones en partería, y en los campos de reconciliación con la muerte, el cáncer y la desvinculación emocional (Stein, 2022). En muchos sentidos, la terapia asistida por psicodélicos se está convirtiendo en un tratamiento prometedor para tratar afecciones complejas del ser humano. La tarea ahora está en afrontar este reto con ímpetu en toda la profesión, y en evidenciar que la enfermería es experta en sostener eventos críticos y desafiantes para el ser humano, ya sea durante el parto, una enfermedad repentina, un ataque de ansiedad o el tiempo que rodea la muerte (Marks, 2021).

Algunos pasos que los profesionales de enfermería pueden empezar a dar en esa dirección, incluyen hablar con especialistas en medicinas que incorporen al espíritu o que tengan experiencia con psicodélicos y su uso responsable (en Colombia, Fundación Consciencia VIBA: [www.fundacionconscienciaviba.com](http://www.fundacionconscienciaviba.com)). También,

aumentar la conciencia sobre los ensayos clínicos para mantenerse informados, y poner bibliografía de alta calidad a disposición de las personas interesadas en obtener información científica sobre el tema (Instituto de Investigación Heffter: [www.heffter.org](http://www.heffter.org)). Además, nunca sobra reflexionar con otros colegas sobre las terapias de vanguardia holística que van emergiendo, ni dejar de lado los sitios web que constantemente difunden conocimiento actualizado (Asociación Multidisciplinaria de Estudios Psicodélicos: [www.maps.org](http://www.maps.org)). No menos útil es fomentar el desarrollo de una comunidad interprofesional interesada en estudiar el tema, y capacitarse de forma autodidacta, o en centros certificados en terapias psicodélicas (Instituto de Estudios Integrales de California: [www.ciis.edu](http://www.ciis.edu)) (Rosa et al. 2018).

## Conclusiones

Aunque la investigación científica con psicodélicos sigue siendo insuficiente para regular masivamente sus usos clínicos, darles mayor aceptación en las facultades de las ciencias de la salud y calar en las consideraciones de los moralmente conmovidos, los ensayos clínicos de vanguardia rigurosamente realizados con estas sustancias indican hasta ahora que tienen un gran potencial para tratar enfermedades graves avanzadas, disminuir el miedo y aumentar la alegría y la aceptación, incluso al final de la

vida (Andersen et al., 2021). Además, con el desarrollo exponencial de este campo de atención del ser humano, la enfermería tiene un gran reto, que, a su vez, es una gran oportunidad para evolucionar como profesión, desarrollarse, y seguir demostrando que es clave en la atención del ser humano (Denis-Lalonde & Estefan, 2020). Este reto es el empoderarse del rol de cuidador en las terapias psicodélicas y, de forma justificada, visibilizar esto en las más avanzadas fronteras del conocimiento en las ciencias de la salud (Vinasco Barco, 2020).

La enfermería ya tiene muchas de las habilidades que demanda el enfoque de atención con psicodélicos, y el esfuerzo debe centrarse en delimitar estas habilidades, cualificarlas, e incrementar su construcción en espacios académicos e investigativos de mayor impacto (Rosa et al., 2018). Tal vez, dado el amplio espectro de acción de los psicodélicos, la enfermería debe pensar en sectorizar la aprehensión de este conocimiento, o en llevarlo a varias etapas de aprendizaje para abarcar todo lo que ello implica. Algunas de estas etapas, o sectores de este conocimiento, son los que se relacionan con el tratamiento de la depresión y la ansiedad, el trauma del nacimiento, los trastornos alimenticios, los problemas de adicción, los abusos sexuales, las crisis existenciales, las angustias psicológicas al final de la vida, el dolor, y otras afecciones que actualmente se encuentran en estudio e investigación

(Andersen et al., 2021). Sin embargo, como se ha puesto de manifiesto en este artículo, la inmersión en estos campos de estudio no solo demandará de conocimientos técnicos, sino además de conocimientos éticos, estéticos, musicales, artísticos y de gestión de emociones psicoespirituales, propias y ajenas.

Por ello, aunque el reto es grande, hay que asumirlo ya, y con ímpetu. Si no se asume este reto, el rol de la enfermería en la terapia e investigación con psicodélicos, en el mejor de los casos, continuará siendo invisible, tal vez porque seguimos sin animarnos a discutir este tema o a publicar científicamente al respecto; o, en el peor de los casos, seguirá siendo desempeñado por otros cuidadores, tal vez porque no estemos presentes, o porque no estamos a la vanguardia de este conocimiento, lo cual sería especialmente penoso, ya que, por principios y convicción, nos comprometimos a gestionar el cuidado, la persona, la salud y el contexto: paradigmas de enfermería. Por último, no quisiera cerrar este texto sin referir algunos aportes que hago como enfermero a este campo con psicodélicos. En primer lugar, quisiera referir que presido una fundación (Fundación Consciencia VIBA) que promueve el buen y el buen morir, muchas veces apoyada para la consecución de estos objetivos en algunos psicodélicos. En segundo lugar, quisiera referir que constantemente abro escenarios para discutir sobre el tema, lidero cursos

universitarios sobre estas sustancias e incito a mis colegas a que hagamos gremio psicodélico. Sin embargo, “un cantante solo nunca hace coro”. Por ello, a continuación, les dejo un par de enlaces, por si aceptan la invitación a que hagamos gremio.

Página Web Fundación Consciencia VIBA: <https://fundacionconscienciaviba.com/>

Artículo científico sobre psicodélicos y muerte digna: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n3.80713>

1er. Encuentro de saberes, experiencias y prácticas con hongos y plantas medicinales: <https://www.youtube.com/watch?v=fTfKz1JOHBU>

## Referencias bibliográficas:

- Andersen KAA, Carhart-Harris R, Nutt DJ, Erritzoe D. (2021). Therapeutic effects of classic serotonergic psychedelics: a systematic review of modern-era clinical studies. *Acta Psychiatr Scand*; 143(2): 101- 118. <https://doi.org/10.1111/acps.13249>
- Carhart-Harris R, Leech R, Hellyer P, et al. (2014). The entropic brain: a theory of conscious states informed by neuroimaging research with psychedelic drugs. *Front Hum Neurosci*; 8:20. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00020>
- Denis-Lalonde, Dominique & Estefan, Andrew. (2020). Emerging Psychedelic-Assisted Therapies: Implications for Nursing Practice. *Journal of Mental Health and Addiction Nursing*.
- Dore J, Turnipseed B, Dwyer S, et al (2019). Ketamine assisted psychotherapy (KAP): patient demographics, clinical data and outcomes in three large practices administering ketamine with psychotherapy. *J Psychoactive Drugs*; 51(2): 189- 198. <https://doi.org/10.1080/02791072.2019.1587556>
- Dos Santos RG, Balthazar FM, Bouso JC, Hallak JE. (2016). The current state of research on ayahuasca: a systematic review of human studies assessing psychiatric symptoms, neuropsychological functioning, and neuroimaging. *J Psychopharmacol (Oxf)*; 30(12): 1230- 1247. <https://doi.org/10.1177/0269881116652578>
- Fericgla JM. (2018). Antropología del morir y de la muerte en Occidente. En: Arráez V; Pau M. La muerte y el morir. Barcelona: Escola de Vida, Valores.
- Fericgla, JM. (2000). El arduo problema de la terminología. *Cultura y dogma*. No 5 de 2000. Universidad de Caldas. Manizales. [http://vip.ucaldas.edu.co/culturaydroga/downloads/Culturaydroga5\\_02.pdf](http://vip.ucaldas.edu.co/culturaydroga/downloads/Culturaydroga5_02.pdf)
- Fuentes JJ, Fonseca F, Elices M, Farré M, Torrens M. (2020). Therapeutic use of LSD in psychiatry: a systematic review of randomized-controlled clinical trials. *Front Psychiatry*; 10:943. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00943>
- García-Romeu A, Richards WA (2018). Current perspectives on psychedelic therapy: use of serotonergic hallucinogens in clinical interventions. *Int Rev Psychiatry*; 30(4): 291- 316. <https://doi.org/10.1080/09540261.2018.1486289>
- Griffiths RR, Johnson MW, Carducci MA, et al. (2016). Psilocybin produces substantial and sustained decreases in depression and anxiety in patients with life-threatening cancer: a randomized double-blind trial. *J Psychopharmacol (Oxf)*; 30(12): 1181- 1197. <https://doi.org/10.1177/0269881116675513>
- Grof, S. (2017). Investigación y psicoterapia psicodélica: pasado, presente y futuro. Prologo. En: Puente I. 1a ed. Barcelona: La Liebre de Marzo.

- Hasty, M. (2022). Psychedelic Nurses: A Look into the RN's Role in Therapy and Integration. *Psychedelic.support. Mental Health. Ethics in Psychedelic Therapy*. Available in: <https://psychedelic.support/resources/psychedelic-nurses-a-look-into-the-rns-role-in-therapy-and-integration/>
- Jacobs, A. (9 de mayo de 2021). The Psychedelic Revolution Is Coming. Psychiatry May Never Be the Same. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2021/05/09/health/psychedelics-mdma-psilocybin-molly-mental-health.html>
- Marks, M &, Cohen, I.G. (2021). Psychedelic therapy: a roadmap for wider acceptance and utilization. *Nat Med* 27, 1669–1671. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01530-3>
- Mithoefer M.A. (2017). Manual for MDMA-Assisted Psychotherapy in the Treatment of PTSD. Version 8.1. Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies.
- Mithoefer MC, Feduccia AA, Jerome L, et al. (2019). MDMA-assisted psychotherapy for treatment of PTSD: study design and rationale for phase 3 trials based on pooled analysis of six phase 2 randomized controlled trials. *Psychopharmacology (Berl)*; 236(9): 2735- 2745. <https://doi.org/10.1007/s00213-019-05249-5>
- Muttoni S, Ardissino M, John C (2019). Classical psychedelics for the treatment of depression and anxiety: a systematic review. *J Affect Disord*; 258: 11- 24. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.076>
- Penn, A., Dorsen, C. G., Hope, S., & Rosa, W. E. (2021). Psychedelic-Assisted Therapy: Emerging Treatments in Mental Health Disorders. *The American journal of nursing*, 121(6), 34–40. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000753464.35523.29>
- Pilecki B, Luoma JB, Bathje GJ, Rhea J, Narloch VF. (2021). Ethical and legal issues in psychedelic harm reduction and integration therapy. *Harm Reduct J*;18(1):40. <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00489-110>
- Puente, I. (2017). *Investigación y psicoterapia psicodélica: pasado, presente y futuro*. España: La Liebre de Marzo.
- Richards WA. (2017). Psychedelic psychotherapy: insights from 25 years of research. *J Humanist Psychol*; 57(4): 323- 337. <https://doi.org/10.1177/0022167816670996>
- Rosa, William; Hope, Stphanie & Matzo, Marianne. (2018). Palliative Nursing and Sacred Medicine: A Holistic Stance on Entheogens, Healing, and Spiritual Care. *Journal of Holistic Nursing*. 37.
- Ross S, Bossis A, Guss J, et al. (2016). Rapid and sustained symptom reduction following psilocybin treatment for anxiety and depression in patients with life-threatening cancer: a randomized controlled trial. *J Psychopharmacology*; 30(12): 1165- 1180. <https://doi.org/10.1177/0269881116675512>
- Saunders C. (2011). *Velad conmigo: inspiración para una vida en cuidados paliativos*. 1a ed. Madrid: La Caixa.
- Schultes, R. E. & Hofmann, A. (2012). *Plantas de los Dioses: orígenes del uso de los alucinógenos*. 5ta ed. México: Fondo de Cultura Económica
- Stein, C. A., Penn, A., Van Hope, S., Dorsen, C. G., & Mangini, M. (2022). The Pharmacology and Clinical Applications of Psychedelic Medicines Within Midwifery Practice. *Journal of midwifery & women's health*, 10.1111/jmwh.13371. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13371>
- Vinasco Barco, J. A. (2020). Psicodélicos y muerte digna. Uso de sustancias psicodélicas al final de la vida. *Avances en Enfermería*, 38(3), 369–379. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n3.80713>

Voces sobre  
**El Cuidado**

# Laboratorio de Lenguas

• Chi ejercicio disciplinar  
paru jûbu debida aurre boyu\*

\* El ejercicio disciplinar  
más allá del uniforme



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Enfermería

## Chi ejercicio disciplinar paru jûbu debida aurre boyu

### El ejercicio disciplinar más allá del uniforme

Norman Bañol<sup>1</sup>  
Carlos Arturo Niaza<sup>2</sup>

Chi enfermeriaba ârêatu deabu mû ejercicio nôrêmâcha wauburuu, nâûba êbêrârâ bare âbua bobîbu, mû chi programa ðebenâ graduasideda nârâ bare beda, mâûdeba importante ârêa bu, nâmâ benâ êbêrârâ, regional mâûde nacional, chi enfermería bare kobopeda kavabiabarii, chi vidika barii, chi nêkaebea awara jurubarii, mâûde chi ochiabarii. Chanâû experiencia ârêa ataubarii, êbêrârâ drua mâûde chi pururâde, nâmâ buru mû chi ejercicio âbua ochiabarii mâûde jômâûrâ derechorâ dependei baeta, mâûde dachimâ deadakau yatadedâ, mâûde jômâûrâ bare dachi urmiðia mâûde kapurîârâ ðesida ûrûbenâ kôpâe peda karaka budaa, nâmâ kavasida chi nâû traju kabanâ kûrîsiadayu chi wabenârâ êbêrârâ baeta bida mâûde nâû drua colombiade benâ jômâ

La enfermería le ha aportado a mi ejercicio cotidiano, o el atributo del cuidado colectivo en las comunidades indígenas, en las cuales me he desempeñado desde qué me gradué del programa, en este sentido ha sido muy importante incorporar al ejercicio del liderazgo indígena local, regional y nacional los roles de la enfermería como lo son el educador, el investigador, el gestor y el cuidador. Esta experiencia ha estado cargada de emociones en las comunidades y pueblos indígenas donde he podido desarrollar el ejercicio del cuidado colectivo y comunitario para la defensa de los derechos de los pueblos y la conquista de aquellos que nos han sido negados a través de los tiempos. Con el ejercicio de colectividad se ha fortalecido, desde la experiencia de acompañamiento en la construcción y consolidación del sistema indígena de salud propia e intercultural, hemos aprendido qué el trabajo conjunto y articulado desde una visión intercultural posibilita la existencia de los pueblos y Naciones indígenas para el desarrollo nacional de nuestra Colombia

- 1 Egresado Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia, electo a la Cámara de Representantes por la Circunscripción Nacional Especial Indígena-MAIS, Líder indígena Embera Chamí, Gobernador del Resguardo Indígena de San Lorenzo, Consejero Mayor CRIDEC y Vocero Nacional e Internacional de la Minga del Suroccidente. Consultor para la Organización Panamericana de Salud y Docente de cátedra de la Facultad de Educación de la Universidad de Antioquia.
- 2 Traductor y voz, Embera chamo de KarmataRua, Jardín Antioquia, Docente de embera bedea en Caldas

Voces sobre  
**El Cuidado**

# Garabatos letras y algo más

 Leyendo a Pizarnik



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**  
Facultad de Enfermería

## Leyendo a Pizarnik<sup>1</sup>

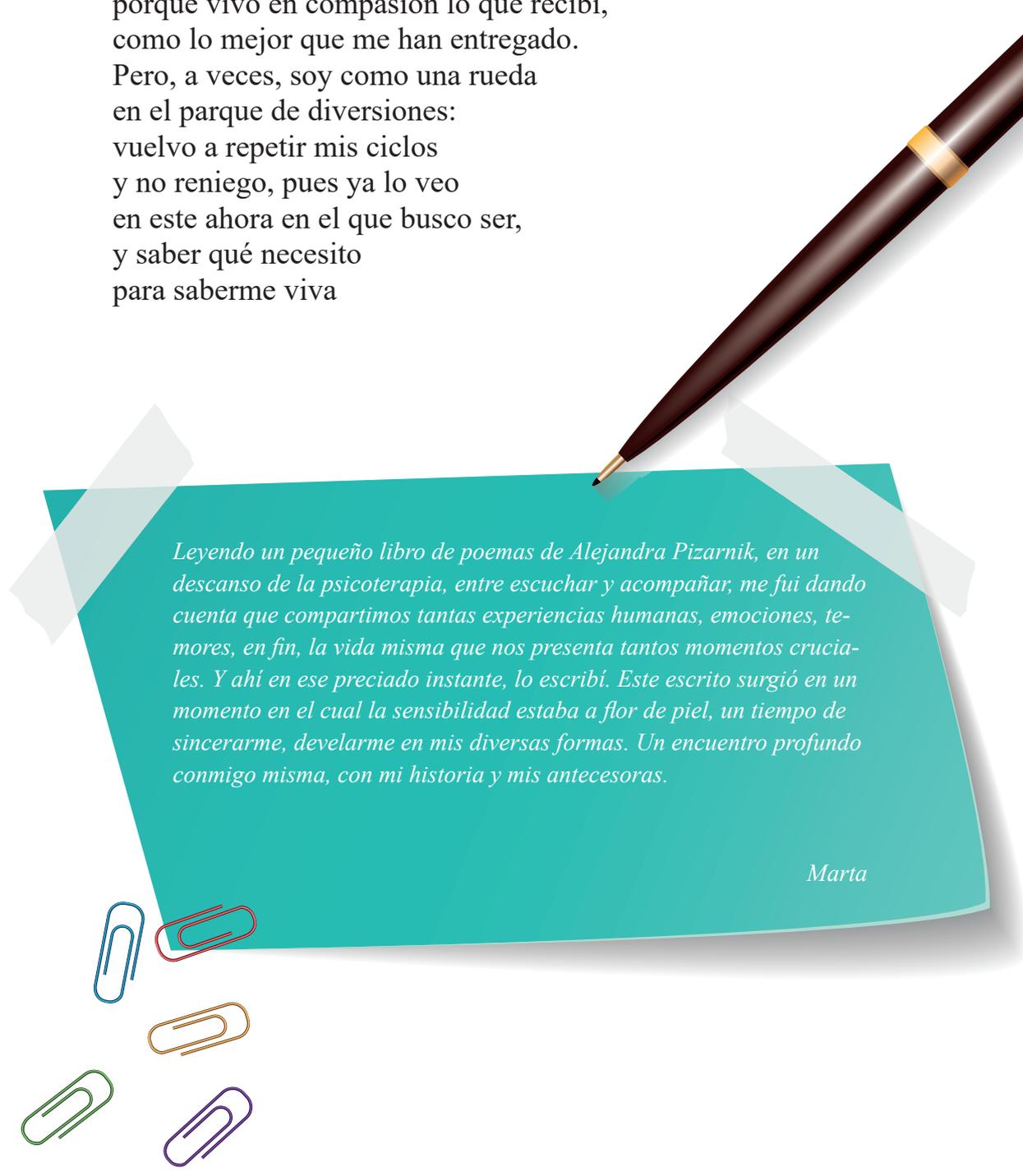
Marta Cecilia Henao Osorio<sup>2</sup>

He vivido aquellos días  
de bajar a lo profundo  
como lo único posible.  
He vivido la oscuridad y la tristeza  
que parecen no tener fin.  
He sentido doblegada mi voluntad,  
y he sentido esa parte en mí  
que me dice “esto también pasará”,  
que es como soportar lo insoportable.  
He visto la muerte y he huido,  
le tengo miedo,  
he podido vivir sin aire por algunos segundos  
con la angustia que ya no me posee  
porque no soy la niña sola e indefensa:  
ya he aprendido a protegerla,  
incluso en el desespero.  
Y ahora, voy descubriendo para que sirve mi voz  
y corro tras la libertad en donde pueda respirar.  
Y voy aprendiendo como acompañar,  
y cómo poder confiar.  
Y la autosuficiencia ya no me domina.  
Mi proceso es solo un camino entre tantos posibles,

1 Poema incluido en el libro Memorias del Alma Desnuda de Marta Cecilia Henao, publicado en 2021 en edición independiente por la autora, quien cedió los derechos de publicación al Cuaderno Voces sobre el Cuidado

2 Psicóloga, docente Pregrado Enfermería Universidad de Antioquia, correo de contacto mcecilia.henao@udea.edu.co

ya no me desvelo comparando las cosas cada noche,  
porque vivo en compasión lo que recibí,  
como lo mejor que me han entregado.  
Pero, a veces, soy como una rueda  
en el parque de diversiones:  
vuelvo a repetir mis ciclos  
y no reniego, pues ya lo veo  
en este ahora en el que busco ser,  
y saber qué necesito  
para saberme viva



*Leyendo un pequeño libro de poemas de Alejandra Pizarnik, en un descanso de la psicoterapia, entre escuchar y acompañar, me fui dando cuenta que compartimos tantas experiencias humanas, emociones, temores, en fin, la vida misma que nos presenta tantos momentos cruciales. Y ahí en ese preciado instante, lo escribí. Este escrito surgió en un momento en el cual la sensibilidad estaba a flor de piel, un tiempo de sincerarme, develarme en mis diversas formas. Un encuentro profundo conmigo misma, con mi historia y mis antecesoras.*

Marta

Voces sobre  
**El Cuidado**

# Reseñas

• Cuidados del buen vivir  
y del bienestar desde  
las epistemologías del sur.  
Conceptos, métodos y casos



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**  
Facultad de Enfermería

## Cuidados del buen vivir y bienestar desde las epistemologías del sur. Conceptos, métodos y casos

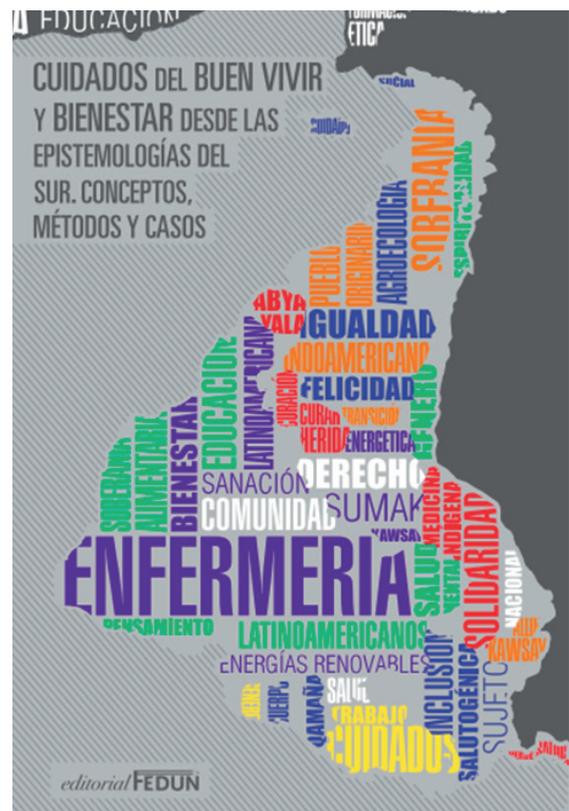
Silvia Noemí Cárcamo. - 1ª ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial FEDUN, 2021.

Reseña por Beatriz Elena Arias López<sup>1</sup>

Ya desde la portada, este libro nos plantea un cambio en la lectura habitual: poner el mapa de América Latina “de cabeza”, rompiendo con el esquema convencional que hemos instalado en nuestro imaginario, es una invitación a acercarnos a reflexiones que pretenden “incomodar” nuestras perspectivas conceptuales, teóricas y prácticas en relación con los cuidados.

Esta invitación se continúa con el título al incluir el buen vivir y las epistemologías del sur como dos elementos que se han ido posicionando en los debates relacionados con la descolonización del pensamiento y la forma como nos hemos aproximado a la construcción de conocimientos.

En el prólogo, escrito por el Ministro de Educación de la Argentina, ya se advierte un trazo de lo que será el eje



<sup>1</sup> Profesora titular Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, correo de contacto beatiz.arias@udea.edu.co

de este compendio: la esencia de lo que significa el cuidado, al afirmar que los enfermeros y las enfermeras trabajan con otros/as y es allí, en esa reflexión sobre quienes somos como sujetos cuidadores/sujetos de cuidado latinoamericanos, donde reside su propósito.

El libro surge como una iniciativa del Grupo de modelos y teorías de enfermería de la Universidad de Lanús en Argentina, quienes desde el año 2015 vienen recogiendo discusiones en torno a una teoría de cuidados, orientadas por las propuestas de las epistemologías y pensamientos construidos en América del sur, tomando distancia crítica de pensamientos eurocéntricos y anglosajones y sus matrices epistémicas, a fin de apostar por una descolonización del saber/hacer enfermero en Latinoamérica, teniendo en cuenta que la mayoría de modelos conceptuales y teorías de enfermería contemporáneas se centran en realidades socio históricas y espaciales que en su mayoría están alejadas de las nuestras.

Al recorrer las páginas, podrán encontrar aportes de 53 autores, profesionales de enfermería y de otras disciplinas procedentes de Argentina, Colombia y España, que, a lo largo de 33 capítulos, nos presentan sus apuestas conceptuales y metodológicas y la manera como pueden leerse y expresarse en experiencias y casos concretos estas propuestas latinoamericanas en torno al cuidado.

En el libro se hacen aportes a los conceptos de buen vivir, bienestar, cuidados, enfermería y al modelo teórico de cuidados del buen vivir en sí mis-

mo, que pueden leerse articulados bajo una perspectiva salutogénica, crítica y política, donde el cuidado se posiciona en su aporte a la construcción de lazos sociales y comunitarios. Se propone así, una mirada del cuidado como construcción vincular, y a la enfermería como una práctica social y política orientada por un enfoque de derechos, discusión que además en el contexto de la gestión del cuidado durante la pandemia de COVID, dejó claro el papel activo de los/las enfermeras en los sistemas de salud, en coexistencia paradójica con su desvalorización social.

Los casos y experiencias que se desarrollan en el libro nos permiten conocer como se hace viva la teoría de cuidados del buen vivir y el bienestar, esa relación de la persona con el todo como postura filosófica, con fundamentos éticos que fortalecen las relaciones interculturales y que avizoran prácticas de cuidado donde es posible generar conocimientos historizados, bajo miradas sociopolíticas críticas, que abogan por la transformación hacia formas de vida más incluyentes, solidarias y respetuosas.

Desde el Cuaderno Voces sobre el Cuidado les invitamos a leer este prometedor texto, cuya máxima podría resumirse en construir un cuidado que se orienta por la defensa de la vida, en tanto buen vivir y bienestar. Y como no podría ser de otra manera, podemos acceder de forma libre, en la siguiente dirección <https://cuidadoybuenvivir.wixsite.com/misitio/blog>. Allí está disponible para su lectura y para compartir con quienes comparten estos intereses.

# Voces sobre **El Cuidado**

## Comité Editorial

Beatriz Elena Arias López  
Docente Departamento de Posgrados

Elvigia Maria Posada Vera  
Docente Departamento de Formación Profesional

Doris Elena Ospina Muñoz:  
Docente Departamento de Formación Profesional

Berena Patricia Torres Marín:  
Docente Departamento de Posgrados

María Isabel Lagoueyte Gómez:  
Docente Departamento de Formación Básica

Diagramación:  
Imprenta Universidad de Antioquia

Universidad de Antioquia  
Facultad de Enfermería  
Número 3  
Medellín, Colombia  
2022



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**  
Facultad de Enfermería