



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Cali
Facultad de Ciencias
de la Salud



Salutem Scientia Spiritus

Revista de divulgación científica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Javeriana Cali

ISSN: 2463-1426
(EN LÍNEA)

Memorias de:

**EXPERIENCIAS EXITOSAS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA
EN LA PRÁCTICA FORMATIVA.**

**Programa Académico de Enfermería
Departamento de Cuidado de Enfermería
Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia)**

**DIRECTIVAS DE LA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI**

VICENTE DURÁN CASAS S.J.
Rector de la Universidad

INGRID SCHULER GARCÍA
Vicerrectora Académico

CARLOS RODRIGO MONTEHERMOSO
Vicerrector Administrativo

LUIS ALFONSO CASTELLANOS RAMÍREZ S.J.
Vicerrector del Medio Universitario

WILLY PAUL STANGL HERRERA
Decano Facultad de Ciencias de la Salud

IVÁN CEPEDA
Director Carrera de Medicina

ANA LUCÍA VALENZUELA
Directora Carrera de Nutrición y Dietética

OLGA OSORIO MURILLO
Directora Carrera de Enfermería

VICTORIA ESTRADA
Directora Maestría en Salud Pública

MARÍA DEL PILAR ECHEVERRY
Directora Especialización en Oftalmología

LAUREANO QUINTERO BARRERA
Director Especialización en Medicina de Urgencias

MARÍA DEL PILAR ESPINOSA BEJARANO
Directora Especialización en Medicina Familiar

GUILLERMO ADRIÁN RIVERA CARDONA
Director Especialización en Medicina Forense

CLAUDIA XIMENA MILLÁN
Directora Especialización en Cirugía Oncológica

ÁLVARO ANTONIO KAFURY
Director Especialización en Cirugía de Mano

FERNANDO VALDES
Director Especialización en Ortopedia y Traumatología

CARLOS ALBERTO MELO
Director Especialización Cirugía Pediátrica

CLAUDIA KOMAROMY
Directora Especialización en Anestesiología

FREDDY MORENO GÓMEZ
Director Departamento de Ciencias Básicas de la Salud

PAULA BERMÚDEZ
Directora Departamento de Salud Pública

LAURA JARAMILLO
Directora Departamento de Clínicas Médicas

MARÍA DEL MAR TORRES
Directora Departamento Maternoinfantil

MARCELA TASCÓN
Directora Departamento de Clínicas Quirúrgicas

MARÍA DEL PILAR ZEA
Directora Departamento de Alimentación y Nutrición

FLOR NEYFY BOTINA
Directora Departamento de Cuidado de Enfermería

CONSEJO EDITORIAL

WILLY PAUL STANGL HERRERA
Director

FREDDY MORENO GÓMEZ
Editor

COMITÉ EDITORIAL

JUAN CARLOS ARISTIZABAL
EDUARDO CASTRILLÓN
ANGÉLICA GARCÍA
JOSE GUILLERMO ORTEGA
SANDRA MORENO CORREA

LAURA JARAMILLO OTOYA
Community Manager

SEBASTIÁN MEDINA CÁRDENAS
Web Manager

COMITÉ CIENTÍFICO

ROGER ARCE, Georgia Regents University, Augusta (GA) USA
LUIS MIGUEL BENITEZ, Clínica de Occidente, Cali (VC) Colombia
JAVIER BOTERO, Universidad de Antioquia, Medellín (A) Colombia
ISABELLA ECHEVERRI, Universidad ICESI, Cali (VC) Colombia
IVAN DARÍO FLOREZ, McMaster University, Hamilton (ON) Canadá
ELIZABETH JIMENEZ, Universidad de Los Andes, Bogotá (C) Colombia
EDGAR MUÑOZ, University of Texas, San Antonio (TX) USA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI
Facultad de Ciencias de la Salud

ISSN: 2463-1426 (En Línea)

<http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/salutemscientiaspiritus>

e-mail: salutemscientiaspiritus@javerianacali.edu.co

La Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Javeriana Cali SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS con ISSN: 2463-1426 (En Línea), es la tribuna oficial de divulgación del conocimiento originado al interior de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia), la cual publica contribuciones como artículos originales de investigación, reportes de caso, revisiones sistemáticas de la literatura, revisiones de tema y notas de clase. También podrá publicar algunos números correspondientes a especiales temáticos en diferentes áreas de las ciencias básicas, las especialidades médicas y la salud pública. De igual forma, podrá publicar suplementos que corresponderán a las memorias de eventos académicos y científicos organizados por los Departamentos de dicha Facultad.

Los artículos publicados en la Revista SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS son responsabilidad exclusiva del autor o de los autores y no necesariamente reflejan el pensamiento del director, del editor, del comité editorial o de la institución universitaria. El contenido de esta publicación puede ser citado o copiado, siempre y cuando se haga referencia adecuada al autor o a los autores de los artículos que se incluyen en la Revista. La Revista se reserva el derecho de reproducir en otros medios electrónicos o impresos los artículos que son aceptados para su publicación. La Revista SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS usa la licencia Creative Commons de Atribución - No comercial - Sin derivar.

Manuscritos y otra correspondencia a:

Revista SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS

fmorenog@javerianacali.edu.co

Freddy Moreno-Gómez, Editor

Facultad de Ciencias de la Salud

Pontificia Universidad Javeriana (Cali, Colombia)



NUESTRA PORTADA:

Imagen de la pauta de divulgación del evento académico “Experiencias exitosas del cuidado de enfermería”, organizado por el Programa Académico de Enfermería y el Departamento de Cuidado de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia). Noviembre de 2024, Cali (Colombia).

SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS

Revista de divulgación científica de la Facultad de Ciencias de la Salud
de la Pontificia Universidad Javeriana Cali

Pontificia Universidad Javeriana Cali
Facultad de Ciencias de la Salud
Volumen 10 | Suplemento 04 | Diciembre 2024

CONTENIDO

EDITORIAL

- 11 Experiencias exitosas del cuidado de enfermería durante la práctica formativa.**
Successful Experiences in Nursing Care during Educational Practice.
Flor Neyfy Botina Muñoz.

PONENCIAS

- 12 Proceso de atención de enfermería en paciente con neumonía adquirida en comunidad y tuberculosis hospitalizado en un servicio de salud de Cali..**
Nursing Care Process for a Patient with Community-Acquired Pneumonia and Tuberculosis Admitted to a Health Care Facility in Cali.
Ana María Salazar Urrutia, Andrea Galvis Cuellar, David Ruiz Martínez, Edward Andres Villanueva Secue, Tatiana del Pilar Bueno Saldarriaga, Martha Patria Mora López.
- 14 Análisis del bienestar psicosocial en una adolescente en situación de vulnerabilidad desde la teoría de Betty Neuman.**
Analysis of the Psychosocial Well-Being of an Adolescent in a Vulnerable Situation Based on Betty Neuman's Theory.
Gabriela Vargas Marín, Caren Milena Rico Mendoza.
- 17 Abordaje de enfermería al paciente con choque hipovolémico no traumático en el servicio de urgencias: Experiencias.**
Nursing Management of a Patient with Non-Traumatic Hypovolemic Shock in the Emergency Department: Experiences.
Camila Díaz Murillas, Julián Andrés Monroy García, Romario Rivera Sanabria
- 20 Cuidado de enfermería en la gangrena de Fournier: Enfoque centrado en el paciente y soporte familiar.**
Nursing care in Fournier's gangrene: A patient-centered approach and family support
Juan David Aguilar Rodríguez, Ariadna Buitrago Tabares, María Fernanda Luna Carvajal, Miguel Ángel Guaza Mosquera, Karen Juliana Ortiz Roncancio.
- 22 El amor en la cuna vacía, recuerdos que no se apagan.**
Love in the empty cradle, memories that will not fade.
Gean Karlo Urbano Toro, Leidy Fernanda Valencia Erazo, María Camila Bonilla Robledo, Selena Chavestán Parra, Marla Tatiana Gómez España, Leiby Olivia Vivas García, Valentina Tenorio.

- 25 Intervenciones de enfermería durante el duelo en parejas con intentos de fertilidad fallidos: Una revisión sistemática..**
Nursing interventions during grief in couples with failed fertility attempts: A systematic review.
Marly Tatiana Arboleda Salazar, Leslie Dayana Quistial Jurado,
Ingrid Alejandra Rodríguez Chinchá, Leiby Olivia Vivas García.
- 28 Más allá de los síntomas, la enfermedad mental y el dolor del abandono: Estudio de caso.**
Beyond the Symptoms, Mental Illness and the Pain of Abandonment: Case Study.
Michelle Nicholls Torres, Angélica María Soto González
- 30 Sembrando esperanza y fortaleza: Un viaje de amor, empoderamiento y resiliencia en el cuidado de una madre a su hija.**
Sowing hope and strength: A journey of love, empowerment, and resilience in a mother's care for her daughter.
Marly Tatiana Arboleda Salazar, Salomé Parra Cuellar, Ashley Daniela Valencia Blanco, Nathalia Posada Timarán.

Presentación

La revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Javeriana Cali SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS es una revista científica biomédica de publicación on-line y fundamentada en los requisitos uniformes para trabajos presentados a revistas biomédicas (del inglés *Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly work in Medical Journals*) del Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas (del inglés *International Committee of Medical Journal Editors –ICMJE–*); en el índice bibliográfico colombiano PUBLINDEX para el registro, reconocimiento, categorización y certificación de las publicaciones científicas y tecnológicas regido por COLCIENCIAS y el ICFES con el apoyo del Observatorio Colombiano de Ciencia y Tecnología; y en las políticas de publicación del sistema de gestión de revistas (plataforma del software de código abierto *Open Journal System*) de la Pontificia Universidad Javeriana Cali.

SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS corresponde a una revista de divulgación científica biomédica con sistema de revisión por pares expertos (*peer-review*), quienes son asignados por el editor y el comité editorial bajo la modalidad de doble ciego, en donde los revisores desconocen la identidad de los autores y viceversa. Una vez el editor determine que el manuscrito cumple con los requisitos técnicos para el diseño y diagramación de manuscritos que fueron enviados a la revista, someterá los manuscritos a revisión por parte de mínimo dos pares evaluadores y/o revisores, expertos en la materia y que no forman parte del comité editorial de la revista. Los criterios de revisión de los manuscritos fueron determinados por el comité editorial de la revista y son divulgados públicamente en beneficio de los potenciales autores y lectores.

SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS comparte el propósito de las revistas biomédicas de publicar información técnica, académica y científica que sea veraz e interesante, elaborada con el debido respeto a los principios de la política editorial desarrollada por la revista y la libertad editorial conforme a los requisitos uniformes para trabajos presentados a revistas biomédicas. De tal forma que el editor y el comité editorial tienen la obligación de velar por la libertad editorial y denunciar públicamente a la comunidad científica los atentados graves contra la misma.

Por tanto, la revista SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS con ISSN: 2463-1426 (En Línea), se constituye en la tribuna oficial de divulgación del conocimiento técnico, académico y científico originado al interior de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia), la cual publica

contribuciones como artículos originales de investigación, reportes de casos, revisiones sistemáticas de la literatura, revisiones de tema y notas de clase (comunicaciones temáticas cortas).

Asimismo podrá publicar algunos números correspondientes a especiales temáticos en diferentes áreas de las ciencias básicas, de las especialidades clínicas médicas y de la salud pública. De igual forma podrá publicar suplementos, que corresponderán a las memorias de eventos académicos y científicos organizados por los Departamentos de dicha Facultad. También podrá publicar contribuciones provenientes de otras facultades de la Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia) y Bogotá (Colombia), y de otras universidades e instituciones que tengan vínculos con el sector de las ciencias de la salud.

El propósito fundamental de la revista SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS es constituirse en una herramienta de apoyo para que los estudiantes de pregrado, los residentes de postgrado, los estudiantes de maestría y doctorado, los profesores que inician con sus actividades de investigación y los investigadores consumados, elaboren y sometan a revisión por pares para optar por la publicación de manuscritos derivados de procedimientos técnicos de prácticas de laboratorio, actividades académicas intra y extramurales, y socialización científica, no solo a partir de la producción o generación sistemática de conocimiento por parte de investigadores vinculados a grupos de investigación reconocidos; sino también de la investigación formativa, en la que se enseña a investigar a partir del ejercicio de la docencia investigativa mediante la familiarización de los estudiantes con la lógica de aprender-hacer investigación e incentivarlos hacia su práctica. De allí entonces que la revista apoye la finalización de uno de los procesos de investigación, como lo es la publicación y/o divulgación del nuevo conocimiento generado.

La Revista SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS se alojará en la página web de la Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia) y se presentará a los lectores en el Sistema de Gestión de Revistas de dicha institución universitaria a través del Open Journal System (OJS), un software de código abierto para la administración de revistas creado por el *Public Knowledge Project* y liberado bajo licencia General *Public License*. OJS fue diseñado para facilitar el desarrollo de publicaciones de acceso libre (*open acces*) y con sistema de revisión por pares expertos (*peer-review*), proveyendo la infraestructura técnica no solo para la presentación en línea de los artículos de la revista, sino también el flujo editorial por

completo, incluyendo el envío de artículos y múltiples rondas de revisión por pares e indexación. OJS se basa en que los individuos cumplen diferentes roles, como administrador de revista, editor, revisor, autor, lector, etc. Fue publicado en 2001 y es compatible con el protocolo OAI-PMH. En agosto de 2008 OJS fue utilizado por al menos 1.923 revistas en el mundo, y en el tercer trimestre de 2012 OJS superó las 14.000 revistas.

Del mismo modo y con el propósito de ampliar la visibilidad y llegar a más lectores, la revista contara con sus cuentas respectivas en las redes sociales en las que se encuentra adscrita.

Antes de enviar el manuscrito a la Revista SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS el(los) autor(es) debe(n) tener en cuenta.

- **Definir el tipo de manuscrito:** Artículo de investigación original, reporte de casos, revisión sistemática de la literatura, revisión de tema, nota de clase u otra contribución.
- **Cumplir con los requisitos técnicos:** Diseño y diagramación del manuscrito.
- **Elaborar carta de envío:** Según el modelo propuesto por la revista incluye la aceptación de las normas de diseño, diagramación y publicación de la revista, el carácter inédito del manuscrito, la sesión y/o transferencia de los derechos de autor de acuerdo a las políticas de una revista científica open acces, la participación de cada uno de los autores en la elaboración del manuscrito, y la autorización –en caso de haberlo– del uso y/o reproducción de material (texto y/o figuras) previamente publicadas, así como el consentimiento informado para el caso de individuos humanos que puedan ser identificados.
- **Cumplir con el orden de los componentes o secciones del manuscrito:** Página de título, resumen y palabras clave, abstract y key words, cuerpo del manuscrito (introducción, materiales y métodos, resultados, discusión, conclusiones, agradecimientos –en caso de haberlos–, financiamiento –en caso de haberlo–, referencias, tablas, figuras y anexos).
- **Proceso de aceptación, revisión, selección de manuscritos, edición y publicación:** El(los) autor(es) debe(n) enviar desde el correo electrónico institucional del autor que figura en la correspondencia del manuscrito (remittente) hacia el correo institucional de la revista (destinatario) el manuscrito y sus archivos adjuntos; estos últimos, en el correo electrónico, únicamente corresponderán a la carta de envío y al manuscrito, ambos en formato Microsoft Office Word® 2013 para Windows® o Microsoft Office Word® 2011 para Mac®. Con el recibido por parte de editor se da inicio al proceso de publicación.

Tipos de manuscritos que publicará periódicamente la Revista SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS.

- **Artículo original derivado de investigación:** Corresponde a un manuscrito que presenta, de manera original e inédita, los resultados derivados de proyectos de investigación que hacen aportes al conocimiento en las diferentes áreas de las ciencias de la salud. El manuscrito debe estructurarse en: página de título, resumen y palabras clave, abstract y key words, introducción (breve estado del arte, justificación y objetivo), materiales y métodos, resultados, discusión, conclusiones, agradecimientos –en caso de haberlos–, financiamiento –en caso de haberlo–, referencias, tablas, figuras y anexos.
- **Reporte de caso:** Presentación de un caso o una serie de casos que hagan referencia a un aspecto o particularidad de interés en las ciencias básicas de la salud, la clínica médica y la salud pública. Todo reporte de caso implica inobjetablemente una revisión actualizada de la literatura. El manuscrito debe estructurarse en: página de título, resumen y palabras clave, abstract y key words, introducción (revisión de la literatura, justificación y objetivo), presentación del caso o serie de casos, discusión, conclusiones y referencias.
- **Revisión sistemática de la literatura:** Se refiere a un manuscrito que organiza sistemáticamente el estado del arte de un tema específico de interés general a la comunidad de las ciencias de la salud a partir de los resultados de fuentes de información primarias, de tal forma que el(los) autor(es) revisan detenidamente la literatura disponible para interpretar y desarrollar en conjunto los resultados publicados y/o divulgados para concluir sobre el estado de avance de la investigación, los aciertos científicos y las limitaciones metodológicas. El manuscrito debe estructurarse en: página de título, resumen y palabras clave, abstract y key words, introducción (justificación y objetivo), materiales y métodos (protocolo de registro y criterios de selección de las fuentes de información primaria –inobjetablemente se debe incluir el diagrama de flujo propuesto por la revista–), resultados, discusión, conclusiones, agradecimientos –en caso de haberlos–, financiamiento –en caso de haberlo–, referencias, tablas, figuras y anexos.
- **Revisión de tema:** Corresponde al estado del arte de un tema específico de interés general a la comunidad de las ciencias de la salud para ampliar y contrastar la discusión local, regional, nacional o internacional a partir de la información publicada y/o divulgada sobre dicho tema. El manuscrito debe estructurarse en: página de título, resumen y palabras clave, abstract y key words, introducción (justificación y objetivo), secciones determinadas por el(los) autor(es), conclusiones y referencias (mínimo 50 referencias).

- **Notas de clase:** La revista podrá optar por la publicación de notas de clase en las cuales se trate de expresar un aporte al conocimiento sobre un tema en particular que propenda la solución de una pregunta específica o hacer una escritura crítica, descriptiva o reflexiva sobre un problema reciente de interés general a la comunidad de las ciencias de la salud. Su estilo narrativo deberá ser a manera de ensayo y las referencias se limitarán a no más de quince citaciones.
- **Suplementos:** Son colecciones de documentos relacionados con temas de las ciencias de la salud, que se publican de manera opcional y por fuera de la edición regular, teniendo en cuenta que la edición regular de la revista se encuentra constituida por un volumen por año, el cual incluye dos números, el primero del primer semestre del año (enero a junio), y el segundo del segundo semestre del año (julio a diciembre). Fundamentalmente los suplementos corresponderán a las memorias de los eventos académicos y/o científicos que organice la Facultad de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia), y el editor invitado será el coordinador del evento. La divulgación escrita de este tipo de eventos contribuye al mejoramiento de la investigación formativa, al intercambio de información entre investigadores, a la apertura del acceso a un tema de interés, y a la cooperación entre entidades académicas y organizaciones relacionadas con las ciencias de la salud. Debido a que dichos suplementos pueden ser financiados por dichas organizaciones y contar con publicidad de las mismas, el editor director será el encargado de considerar la política, prácticas y contenido de los suplementos, teniendo en cuenta siempre lo estipulado por la Pontificia Universidad Javeriana Cali para estos casos.

El(los) autor(es) debe(n) dirigir todos los manuscritos y correspondencia al correo electrónico de la Revista SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS administrado por el editor de la misma:

SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS

Revista de divulgación científica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Javeriana Cali

Dr. Freddy Moreno, Editor
Facultad de Ciencias de la Salud
Pontificia Universidad Javeriana (Cali, Colombia)
salutemscientiaspiritus@javerianacali.edu.co

Síganos en la web:
<http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/salutemscientiaspiritus>

Síganos en Facebook:
<https://www.facebook.com/salutemscientiaspiritus/>

Síganos en Twitter:
@SalutemScientia

La Revista SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS se encuentra respaldada por:



Sello Editorial Javeriano

El Sello Editorial Javeriano forma parte de la vicerrectoría Académica y tiene como propósito impulsar y coordinar la actividad editorial de la Pontificia Universidad Javeriana Cali de acuerdo con las políticas y reglamentos institucionales.



CRAI

El Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI), es un espacio de convergencia de servicios para el aprendizaje y la investigación centrados en las necesidades de la comunidad universitaria; el cual permite la creación, la producción, el uso y la gestión de los recursos, contribuyendo a la mejora de la calidad de los procesos de enseñanza, aprendizaje e investigación.

La Revista SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:



Licencia Creative Commons

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

La Revista SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS usa para Google Analytics para llevar las métricas y análisis bibliométrico:



Google Analytics

Google Analytics

Google Analytics es una herramienta de analítica Web de Google que ofrece información agrupada de la audiencia, la adquisición, el comportamiento y las conversiones que se llevan a cabo en el sitio Web de la revista.

La Revista SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS se encuentra indexada en:



Directory of Open Access Journals (DOAJ)

DOAJ es un directorio en línea que indexa y proporciona acceso a revistas de alta calidad, acceso abierto y con sistema de revisión por pares.



Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico (REDIB)

REDIB es una plataforma de agregación de contenidos científicos y académicos en formato electrónico producidos en el ámbito Iberoamericano.



Directorio Ulrich de publicaciones periódicas (Ulrichsweb)

Ulrichsweb es una base de datos bibliográfica que provee servicios de consulta sobre las revistas seriadas en el mundo entero.



Google Académico

Google Académico es un buscador de Google que se especializa en literatura científica-académica a través de la indización revistas (entre otros) para encontrar artículos científicos (entre otros).

uni>ersia

Universia (Biblioteca de recursos)

Red de cooperación universitaria centrada en Iberoamérica, que promueve el cambio y la innovación a través de una plataforma de productos y servicios para la comunidad universitaria y las empresas.



Directory of Open Access scholarly Resources (ROAD)

ROAD (Directorio de Recursos Académicos de Acceso Abierto) es un servicio ofrecido por el Centro Internacional ISSN con el apoyo del Sector de Comunicación e Información de la UNESCO.



Hinari

El programa Hinari establecido por la OMS, junto con las principales editoriales, permite a los países de bajos y medianos ingresos acceder a una de las mayores colecciones del mundo de literatura biomédica y salud.



Ingenta Connect

Base de datos tecnológica que permite a los editores académicos, financieros y empresariales poner los contenidos a disposición de los usuarios finales institucionales e individuales en línea.



WorldCat

Es un catálogo Mundial en español en línea, gestionado por el OCLC (Online Computer Library Center) y considerado el mayor catálogo en línea del mundo.



LILACS

Sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud es una base de datos de información bibliográfica en línea para las ciencias de la salud que tiene como objetivo cooperar con el desarrollo de la investigación, educación y atención en salud en América Latina y en el Caribe, colocando al alcance de la comunidad de profesionales de salud, información científico-técnica producida a nivel nacional y internacional. El Sistema es coordinado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a través de BIREME, centro especialmente producido para desarrollar el programa de información en ciencias de la salud de la Organización.



Latindex

El Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal es un sistema de información académica, sin fines de lucro y de consulta gratuita, especializado en revistas académicas editadas en Iberoamérica; ofrece también información sobre revistas de vocación latinoamericanista editadas fuera de la región.



SHERPA/RO MEO

Servicio administrado por SHERPA para mostrar los derechos de autor y las políticas de autoarchivo de acceso abierto de las revistas académicas. La base de datos utiliza un esquema de codificación por colores para clasificar a los editores según su política de autoarchivo. Esto muestra a los autores si la revista permite el archivo de preimpresión o impresión posterior en sus acuerdos de transferencia de derechos de autor.



EuroPub

Base de datos completa y polivalente que abarca literatura académica, con registros indexados de revistas activas y autorizadas, e artículos de índices de revistas de todo el mundo. El resultado es una base de datos exhaustiva que ayuda a la investigación en todos los campos. El fácil acceso a una amplia base de datos en un solo lugar, reduce considerablemente el tiempo de búsqueda y revisión de datos y ayuda en gran medida a los autores en la preparación de nuevos artículos. EuroPub tiene como objetivo aumentar la visibilidad de las revistas académicas de acceso abierto, promoviendo así su mayor uso e impacto.



International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)

El Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas para estandarizar la ética (ICMJE), es la entidad encargada de elaborar las recomendaciones ICMJE (recomendaciones para la conducta, informes, edición y publicación del trabajo académico en revistas médicas), las cuales son un conjunto de pautas elaboradas para la preparación y el formato de los manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas.

Editorial

Experiencias exitosas del cuidado de enfermería durante la práctica formativa.

Successful Experiences in Nursing Care during Educational Practice.

En el camino hacia convertirse en profesionales de enfermería, los estudiantes enfrentan desafíos que van más allá de la teoría que aprenden en las aulas. La práctica formativa se convierte en el escenario donde realmente ponen a prueba sus conocimientos, habilidades, y especialmente lo que son capaces de transmitir como seres humanos, cuando brindan un cuidado humanizado en diferentes contextos clínicos y comunitarios. En este sentido, durante su práctica, no solo se trata de aplicar técnicas de cuidado y realizar los mejores procedimientos, sino de aprender a comprender al paciente/familia, a escuchar sus necesidades y a ser parte de su proceso de salud.

Gracias a la Revista SALUTEM SCIENTIA SPIRITUS, presentamos algunas experiencias exitosas que nuestros estudiantes han vivido durante sus prácticas formativas en diferentes instituciones de salud. Estas experiencias han sido compartidas a toda la comunidad académica y reflejan el esfuerzo, la dedicación y, sobre todo, el impacto positivo que los estudiantes de enfermería pueden generar en la vida de los pacientes/comunidad, especialmente cuando se les da la oportunidad de practicar en entornos que fomentan el aprendizaje y el crecimiento personal y profesional.

La experiencia compartida por el estudiante Gean Karlo y sus compañeros, quienes durante su práctica en la unidad materno-infantil tuvieron la oportunidad de aplicar el proceso enfermero en el cuidado de una madre que atravesaba el duelo por la pérdida de su recién nacido, es solo uno de los muchos ejemplos que demuestran cómo el rol de la enfermería va más allá de los procedimientos técnicos. Se enfoca en la empatía, la comunicación efectiva y el cuidado humanizado.

Estas experiencias muestran que la práctica no solo forma a los estudiantes, sino que también impacta directamente en la calidad del cuidado que los futuros profesionales ofrecerán, consolidando la enfermería como un pilar fundamental del sistema de salud. ¡Adelante futuros enfermeros!, en sus manos está la posibilidad de un cuidado integral, humano y de alta calidad.

Flor Neyfy Botina Muñoz

Directora Departamento Cuidado de Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud

Pontificia Universidad Javeriana Cali

Editora invitado

Santiago de Cali, noviembre 2024

Ponencias

Proceso de atención de enfermería en paciente con neumonía adquirida en comunidad y tuberculosis hospitalizado en un servicio de salud de Cali.

Nursing Care Process for a Patient with Community-Acquired Pneumonia and Tuberculosis Admitted to a Health Care Facility in Cali.

Ana María Salazar Urrutia^{1,a}, Andrea Galvis Cuellar^{1,a}, David Ruiz Martínez^{1,a}, Edward Andres Villanueva Secue^{1,a}, Tatiana del Pilar Bueno Saldarriaga^{1,a}, Martha Patricia Mora López^{2,a}

1. Estudiante de Enfermería
2. Enfermera, Profesora Departamento Cuidado de Enfermería.

a. Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia).

CORRESPONDENCIA

Andrea Galvis Cuellar
Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia)
E-mail: andrealgalvis12@javerianacali.edu.co

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores del artículo hacen constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de noviembre de 2024.

ACEPTADO: 16 de noviembre 2024.

RESUMEN

En la práctica de enfermería el uso del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) permite abordar los problemas de salud actuales de un paciente a través de un enfoque sistemático, organizado y completo que incluye la anamnesis, valoración, planteamiento de diagnósticos, priorización de los mismos y la planificación de intervenciones de enfermería.

El trabajo se centró en el caso clínico de una paciente hospitalizada en un servicio de urgencias de la ciudad de Cali con diagnóstico inicial de NAC, posteriormente diagnosticada con Tuberculosis en la cual se desarrollaron intervenciones efectivas que contribuyeron a mejorar su estado de salud y su calidad de vida, incorporando conocimientos adquiridos durante la asignatura de Habilidades Clínicas Básicas para el Cuidado.

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) se asocia con altas tasas de morbilidad y mortalidad, entre el 20 y 42% de los casos requieren atención hospitalaria; de estos, entre el 10 y el 30% ingresan a la unidad de cuidados intensivos (UCI) debido a complicaciones graves que amenazan sus vidas. Su principal agente etiológico

es *Streptococcus pneumoniae*, seguido por *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, bacilos entéricos Gramnegativos, *Mycoplasma pneumoniae*, *Clamydophila pneumoniae*, *Legionella pneumophila* y virus respiratorios. Tuberculosis, enfermedad infectocontagiosa causada por *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch, afecta usualmente el pulmón o el árbol traqueobronquial (tuberculosis pulmonar), pero que también puede afectar cualquier otro órgano o parte del cuerpo como la pleura, los riñones, huesos, meninges, intestinos, piel, sistema genitourinario entre otros. Los diagnósticos deben basarse en la clínica y en hallazgos paraclínicos e imagenológicos. Esta capacidad de la bacteria para afectar múltiples sistemas del cuerpo demuestra la necesidad de realizar un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno y adecuado según la condición del paciente.

La planificación de las intervenciones de enfermería se centró en abordar la neumonía asociada a la comunidad de manera integral, incluyendo la administración de medicamentos, medidas de soporte como la oxigenoterapia y el monitoreo continuo de sus signos vitales para detectar posibles complicaciones de manera oportuna. Adicionalmente, el enfoque integral del

Salazar-Urrutia AM, Galvis-Cuellar A, Ruiz-Martínez D, Villanueva-Secue EA, Bueno-Saldarriaga T, Mora-López MP. Proceso de atención de enfermería en paciente con neumonía adquirida en comunidad y tuberculosis hospitalizado en un servicio de salud de Cali. *Salutem Scientia Spiritus* 2024; 10(Suppl 4):12-13.



La Revista Salutem Scientia Spiritus usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

cuidado permitió no sólo valorar e intervenir en el estado clínico de la paciente, sino también la promoción de su calidad de vida, la educación y el acompañamiento, abordando aspectos físicos, emocionales y sociales de su salud. Esto demostró la importancia de un manejo interdisciplinario y personalizado en el tratamiento de enfermedades complejas como la Neumonía Asociada a la Comunidad y la tuberculosis.

Palabras clave:

Neumonía, tuberculosis, atención, enfermería, cuidado, salud.

ABSTRACT

In nursing practice, the use of the Nursing Care Process (NCP) makes it possible to address a patient's current health problems through a systematic, organized, and comprehensive approach that includes anamnesis, assessment, formulation and prioritization of nursing diagnoses, and the planning of nursing interventions.

This work focused on the clinical case of a female patient hospitalized in an emergency department in the city of Cali, initially diagnosed with Community-Acquired Pneumonia (CAP) and later with Tuberculosis (TB). Effective interventions were developed that contributed to improving her health status and quality of life, incorporating the knowledge acquired during the course Basic Clinical Skills for Care.

Community-acquired pneumonia (CAP) is associated with high morbidity and mortality rates; between 20% and 42% of cases require hospital care, and of these, 10% to 30% are admitted to the intensive care unit (ICU) due to severe life-threatening complications. Its main etiologic agent is *Streptococcus pneumoniae*, followed by *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, Gram-negative enteric bacilli, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella pneumophila*, and respiratory viruses.

Tuberculosis, an infectious and conta-

gious disease caused by *Mycobacterium tuberculosis* or Koch's bacillus, usually affects the lungs or the tracheobronchial tree (pulmonary tuberculosis) but can also involve any other organ or part of the body, such as the pleura, kidneys, bones, meninges, intestines, skin, and the genitourinary system, among others. Diagnosis should be based on clinical evaluation, paraclinical findings, and imaging studies. The bacterium's ability to affect multiple systems in the body highlights the need for early diagnosis and timely, adequate treatment according to the patient's condition.

The planning of nursing interventions focused on addressing community-acquired pneumonia comprehensively, including medication administration, supportive measures such as oxygen therapy, and continuous monitoring of vital signs to promptly detect potential complications. Furthermore, the comprehensive care approach made it possible not only to assess and intervene in the patient's clinical condition but also to promote her quality of life, provide education and emotional support, and address the physical, emotional, and social aspects of her health. This demonstrated the importance of interdisciplinary and personalized management in the treatment of complex diseases such as community-acquired pneumonia and tuberculosis.

Keywords:

Pneumonia, tuberculosis, attention, nursing, care, health.

Ponencias

Análisis del bienestar psicosocial en una adolescente en situación de vulnerabilidad desde la teoría de Betty Neuman.

Nursing Care Process for a Patient with Community-Acquired Pneumonia and Tuberculosis Admitted to a Health Care Facility in Cali.

Gabriela Vargas Marín^{1,a}, Caren Milena Rico Mendoza^{2,a}

1. Estudiante de Enfermería
2. Enfermera, Especialista en Cuidado de Heridas y Ostomías, Magister (c) en Epidemiología, Profesora Departamento Cuidado de Enfermería.

a. Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia).

CORRESPONDENCIA

Gabriela Vargas Marín
Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia)
E-mail: gvargas@javerianacali.edu.co

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras del artículo hacen constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de noviembre de 2024.

ACEPTADO: 16 de noviembre 2024.

RESUMEN

La valoración en salud es una herramienta esencial en enfermería, diseñada para evaluar el estado integral de las personas, considerando aspectos físicos, psicológicos, sociales y ambientales. Este proceso es necesario para identificar necesidades y riesgos, orientando las intervenciones hacia un cuidado personalizado y oportuno.

La presencia del sector salud en los entornos escolares es de suma importancia, ya que los estudiantes enfrentan desafíos como el estrés académico, malos hábitos de sueño y condiciones de vida que afectan su bienestar. Según Didier Jourdan, integrar los servicios de salud en las escuelas, es clave para garantizar el acceso a la atención. Muchos jóvenes, al “sentirse bien”, o por falta de recursos, no buscan ayuda médica. Los profesionales de la salud en este entorno tienen la oportunidad de detectar riesgos tempranamente y fomentar hábitos saludables.

En este trabajo se aplicó un enfoque integral de valoración en un caso práctico, utilizando métodos diagnósticos, herramientas de enfermería y estrategias educativas para identificar factores de riesgo y necesidades en salud de un ado-

lescente en etapa escolar. Con este enfoque se desarrollaron competencias teóricas y prácticas en los profesionales en formación de enfermería al promover ambientes escolares más saludables.

Se llevó a cabo una intervención en campo en una institución educativa ubicada en la comuna 16 desde el 17 de octubre hasta el 14 de noviembre de 2024. Para esta actividad, se diseñó un instrumento de valoración en enfermería adaptado a la población objetivo, con el propósito de identificar necesidades o factores de riesgo. Se trabajó con una estudiante de séptimo grado, de 13 años, residente en un barrio de la comuna y afiliada al régimen de salud contributivo. Durante la valoración, se identificaron alteraciones en los dominios II (Nutrición), IV (Actividad / Descanso) y VI (Autopercepción) de la taxonomía NANDA. Se formularon diagnósticos de enfermería basados en esta taxonomía y posteriormente, se establecieron objetivos utilizando el marco NOC y se diseñaron intervenciones específicas que culminaron en acciones concretas para atender las necesidades de la escolar.

El modelo teórico que sustentó esta intervención fue el Modelo de Sistemas de Betty Neuman, el cual se centra en la

Vargas-Marín G, Rico-Mendoza CM. Análisis del bienestar psicosocial en una adolescente en situación de vulnerabilidad desde la teoría de Betty Neuman. *Salutem Scientia Spiritus* 2024; 10(Suppl 4):14-16.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

respuesta de los individuos al estrés y en cómo los sistemas de defensa contribuyen a mantener el bienestar. Este modelo considera a la persona como un sistema abierto compuesto por cinco variables: fisiológica, psicológica, sociocultural, de desarrollo y espiritual. En este caso, las acciones se orientaron a fortalecer las dimensiones emocional y social de la estudiante, ayudándola a manejar eficazmente sus estresores. En este caso, la teoría de Neuman orientó las intervenciones hacia el fortalecimiento emocional y social de la paciente, ayudándola a enfrentar sus estresores de manera efectiva.

La valoración integral de la paciente se realizó mediante una entrevista y observación directa, complementadas con una valoración física. Estas herramientas permitieron recopilar información detallada y específica sobre su historia clínica, antecedentes familiares, hábitos de vida, y su contexto psicológico y social.

Con el acompañamiento docente, se pudieron realizar diversas acciones basadas en los diagnósticos obtenidos durante las prácticas. Se llevaron a cabo intervenciones pertinentes, incluyendo la remisión de una escolar a psicología como paso inicial para su posterior atención por psiquiatría, toxicología y trabajo social, resaltando la importancia de la interdisciplinariedad en enfermería.

Adicionalmente, se realizaron intervenciones educativas para sensibilizar a la escolar frente a la importancia de una alimentación adecuada y una buena nutrición. Estas intervenciones se llevaron a cabo a través de actividades como preguntas y respuestas, diseñadas para reforzar los conceptos y fomentar la reflexión y la conciencia en la estudiante. También se emplearon videos educativos como herramienta pedagógica, lo que facilitó la comprensión de los temas tratados.

Finalmente, se presentó el trabajo realizado a las directivas del colegio con el propósito de informarles sobre las diversas

situaciones que enfrentan los estudiantes, muchas de las cuales podrían desconocer. Esta presentación destacó la importancia de su rol para brindar ayuda efectiva a los estudiantes, al facilitar la realización de jornadas de salud y actividades educativas dentro de la institución.

Palabras clave:

Servicios de salud escolar, teoría de enfermería, evaluación de necesidades, estilo de vida saludable, adolescente, vulnerable.

ABSTRACT

Health assessment is an essential tool in nursing, designed to evaluate the comprehensive state of individuals by considering physical, psychological, social, and environmental aspects. This process is necessary to identify needs and risks, guiding interventions toward personalized and timely care.

The presence of the health sector within school environments is of great importance, as students face challenges such as academic stress, poor sleep habits, and living conditions that affect their well-being. According to Didier Jourdan, integrating health services into schools is key to ensuring access to care. Many young people, either because they “feel fine” or due to lack of resources, do not seek medical assistance. Health professionals in this setting have the opportunity to detect risks early and promote healthy habits.

In this project, a comprehensive assessment approach was applied to a practical case using diagnostic methods, nursing tools, and educational strategies to identify health needs and risk factors in an adolescent student. Through this approach, nursing students developed both theoretical and practical competencies while promoting healthier school environments.

A field intervention was conducted at an educational institution located in Comuna 16 from October 17 to November 14, 2024. For this activity, a nursing as-

essment tool was designed and adapted to the target population to identify needs and risk factors. The participant was a 13-year-old seventh-grade student residing in a neighborhood of the comuna and affiliated with the contributory health insurance system. During the assessment, alterations were identified in Domain II (Nutrition), Domain IV (Activity/Rest), and Domain VI (Self-Perception) according to the NANDA taxonomy. Nursing diagnoses were formulated based on this taxonomy, and subsequently, objectives were established using the NOC framework, with specific interventions designed to address the student’s needs through concrete actions.

The theoretical framework that supported this intervention was Betty Neuman’s Systems Model, which focuses on individuals’ responses to stress and how defense systems contribute to maintaining well-being. This model views the person as an open system composed of five variables: physiological, psychological, sociocultural, developmental, and spiritual. In this case, the interventions were oriented toward strengthening the student’s emotional and social dimensions, helping her effectively manage her stressors. Neuman’s theory thus guided the interventions toward emotional and social reinforcement, promoting adaptive coping and resilience.

A comprehensive assessment of the student was conducted through an interview and direct observation, complemented by a physical examination. These tools allowed the collection of detailed and specific information regarding her medical history, family background, lifestyle habits, and psychological and social context.

With the support of faculty, various actions were implemented based on the diagnoses obtained during clinical practice. Pertinent interventions were carried out, including the referral of the student to psychology as an initial step for subsequent evaluation by psychiatry, toxicology, and social work—highlighting the importance of interdisciplinary collaboration in nursing.

Additionally, educational interventions were implemented to raise awareness in the student about the importance of proper nutrition and healthy eating habits. These interventions included interactive activities such as question-and-answer sessions designed to reinforce concepts and promote reflection and awareness. Educational videos were also used as pedagogical tools, facilitating understanding of the topics addressed.

Finally, the results of the project were presented to the school administration to inform them about the various situations faced by students—many of which they may not have been aware of. This presentation emphasized the importance of their role in providing effective support to students by facilitating health campaigns and educational activities within the institution.

Keywords:

School health services, nursing theory, needs assessment, healthy lifestyle, adolescent, vulnerable.

Ponencias

Abordaje de enfermería al paciente con choque hipovolémico no traumático en el servicio de urgencias: Experiencias.

Nursing Management of a Patient with Non-Traumatic Hypovolemic Shock in the Emergency Department: Experiences.

Camila Díaz Murillas^{1,a}, Julián Andrés Monroy García^{2,a}, Romario Rivera Sanabria^{3,a}

1. Estudiante de Enfermería
2. Enfermero, Especialista en Cuidado Crítico del Adulto, Profesor Departamento Cuidado de Enfermería.
3. Enfermero, Especialista en Cuidado Crítico del Adulto, Magister en Ciencias Biomédicas, Profesor Departamento Cuidado de Enfermería, Investigador Grupo de Investigación en Ciencias Básicas y Clínicas de la Salud.

a. Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia).

CORRESPONDENCIA

Romario Rivera Sanabria
Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia)
E-mail:romario.rivera@javerianacali.edu.co

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores del artículo hacen constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de noviembre de 2024.

ACEPTADO: 16 de noviembre 2024.

RESUMEN

El shock hipovolémico es un escenario clínico que amenaza la vida, esto como consecuencia de la pérdida de volumen intravascular por sangre o líquidos, lo cual, explica como el aporte insuficiente de oxígeno conlleva a un estado de hipoperfusión tisular y celular en el paciente. Por lo tanto, el reconocimiento temprano y apropiado por el equipo de emergencias puede minimizar el riesgo de progresar a falla multiorgánica e incluso la muerte. Anualmente, a nivel mundial casi 1,9 millones de personas fallecen por esta causa, llegando a más de 60.000 en países como EE.UU. El origen de la hipovolemia puede deberse a causas traumáticas o no traumáticas. La hemorragia de vías digestivas altas (HVDA), es una de las causas no traumáticas que presenta una mortalidad del 2% al 4%.

En urgencias, siete de cada diez pacientes con emergencias gastrointestinales se asocian a HVDA, y uno de cada diez fallece. La úlcera péptica es la causa más común de HVDA, y oscila entre el 20% al 67% de los casos. Mientras que, otras causas como las neoplasias malignas gastroesofágicas se pueden observar del 2% al 8% de los pacientes.

Se presenta el caso de una paciente femenina de 50 años, sin antecedentes conocidos, que ingresa al servicio de urgencias por una HVDA con evolución de tres días de fatiga, melenas, hematemesis y que llega remitida desde otra institución con hemoglobina de 3,6 gr/dL. Se encuentra somnolienta con un Glasgow 14/15, la reactividad pupilar es lenta y las escleras ictericas. Mostraba una marcada taquicardia de 119 lpm, llenado capilar de cinco segundos, pulsos periféricos débiles, taquipnea, uso de músculos escalenos y serrato anterior, accesorios de la respiración, y soportada con oxígeno a 4 L/min por bajo flujo. Muestra signos de náuseas persistentes, sin hemorragia y peristaltismo de 2 ruidos/min. Se encontraba con una sonda vesical, con 600 ml de orina en las últimas 2 horas. Tenía palidez mucocutánea y frialdad distal en extremidades. Durante el primer momento de valoración se observaba con taquicardia 119 lpm, taquipnea 22 rpm, PA 111/62 mmHg, PAM 78 mmHg y un Índice de Choque Sistólico (ICS) de 1,07. Pasados 40 min, en la segunda valoración no presentó cambios significativos en frecuencia cardiaca y respiratoria, y tuvo mejoría del índice de choque sistólico de 0,84. Los exámenes de laboratorio mostraban acidosis metabólica, ácido láctico de 5.56mmol/L,

Díaz-Murillas C, Monroy-García JA, Rivera-Sanabria R. Abordaje de enfermería al paciente con choque hipovolémico no traumático en el servicio de urgencias: Experiencias. *Salutem Scientia Spiritus* 2024; 10(Suppl 4):17-19.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

leucocitos $15,72 \times 10^3/L$, calcio iónico de $1,07 \text{ mmol/L}$ y hemoglobina de $2,1 \text{ gr/dL}$. Su diagnóstico fue una lesión ulcerada compatible con un tumor de aparente comportamiento maligno del estómago.

El abordaje de enfermería se centró en los siguientes aspectos. La identificación temprana del tipo de choque, la paciente mostraba taquicardia, taquipnea, ICS elevado, pulsos periféricos débiles, extremidades frías, aumento en el tiempo de llenado capilar, hallazgos que, teniendo en cuenta los antecedentes, se presentan cuando se pierde $>30\%$ de la volemia. La paciente no se encontraba hipotensa por los mecanismos de adaptabilidad del choque, sin embargo, al evaluar el ICS de $1,07$ se interpreta la gravedad del choque hipovolémico. Desde el punto de vista microhemodinámico, se encuentra hiperlactatemia, contribuyendo a una acidosis metabólica por aumento del metabolismo anaerobio, que genera mecanismos de compensación como taquipnea y uso de músculos accesorios, derivando en el inicio de soporte con oxígeno por cánula nasal.

Concomitante con el reconocimiento, se inició la reanimación hemostática con enfoque proactivo y restrictivo. Pese a que se observaron signos de adaptabilidad al choque, se transfundieron seis unidades de glóbulos rojos en tres horas, teniendo en cuenta el enfoque de control de daños, que indica no solo administrar al paciente cristaloides y glóbulos rojos, sino prevenir la coagulopatía usando plasma, plaquetas, crioprecipitados y antifibrinolíticos simultáneamente.

Durante el proceso de reanimación, se limitó el riesgo de coagulopatía asociada a la transfusión, mediante la restricción en la administración de cristaloides, evitando la hipotermia y reponiendo los niveles de calcio sérico afectados por productos como el citrato de sodio. Desde el punto de vista terapéutico, se administró un inhibidor de la bomba de protones para reducir el ácido gástrico y favorecer la cicatrización de la lesión.

Tras la administración de glóbulos rojos, la paciente experimentó una notable mejoría en sus parámetros hemodinámicos como la frecuencia cardíaca $<100 \text{ lpm}$, frecuencia respiratoria $<20 \text{ rpm}$, llenado capilar <3 segundos y Glasgow $15/15$.

Como se evidencia en este caso, el abordaje basado en la evidencia de la enfermera de urgencias es fundamental para alcanzar desenlaces favorables en el paciente. La adquisición de habilidades técnicas y prácticas, que le permitan anticipar, reconocer y tratar las necesidades del paciente, deben ser integradas en la formación de los enfermeros, permitiéndoles un adecuado desempeño en las salas de emergencia.

Palabras clave:

Transfusión sanguínea, shock hemorrágico, cuidados de enfermería, cuidados de emergencia, enfermería basada en la evidencia y hemorragia gastrointestinal.

ABSTRACT

Hypovolemic shock is a life-threatening clinical condition that results from the loss of intravascular volume due to blood or fluid depletion. This condition explains how insufficient oxygen delivery leads to tissue and cellular hypoperfusion in the patient. Therefore, early and appropriate recognition by the emergency team can minimize the risk of progression to multiple organ failure and even death. Each year, nearly 1.9 million people worldwide die from this cause, with more than 60,000 cases reported in countries such as the United States. The origin of hypovolemia may be due to traumatic or non-traumatic causes. Upper gastrointestinal bleeding (UGIB) is one of the non-traumatic causes, with a mortality rate of 2% to 4%. In emergency departments, seven out of ten patients with gastrointestinal emergencies are associated with UGIB, and one out of ten dies. Peptic ulcer disease is the most common cause of UGIB, accounting for between 20% and 67% of cases, while other causes, such as malignant gastroesophageal neoplasms,

can be observed in 2% to 8% of patients. This case presents a 50-year-old female patient with no known medical history, admitted to the emergency department with a three-day history of fatigue, melena, and hematemesis due to UGIB. She was referred from another institution with a hemoglobin level of 3.6 g/dL . Upon arrival, she was somnolent with a Glasgow score of $14/15$, showed slow pupillary reactivity, and had jaundiced sclerae. She presented with marked tachycardia (119 bpm), a capillary refill time of 5 seconds, weak peripheral pulses, tachypnea, use of scalene and serratus anterior accessory muscles, and was on low-flow oxygen at 4 L/min . She exhibited persistent nausea without active bleeding, and bowel sounds were two per minute. A Foley catheter was in place, with 600 ml of urine output over the past two hours. She presented mucocutaneous pallor and distal coldness in her extremities.

During the initial assessment, her vital signs showed tachycardia (119 bpm), tachypnea (22 rpm), blood pressure $111/62 \text{ mmHg}$, mean arterial pressure (MAP) 78 mmHg , and a Shock Index (SI) of 1.07 . After 40 minutes, in a second assessment, there were no significant changes in heart or respiratory rate, but her shock index improved to 0.84 . Laboratory results revealed chronic metabolic acidosis, elevated lactic acid (5.56 mmol/L), leukocytosis ($15.72 \times 10^3/L$), ionized calcium 1.07 mmol/L , and hemoglobin 2.1 g/dL . The diagnosis was a gastric ulcerated lesion compatible with a tumor of apparent malignant behavior.

The nursing approach focused on several key aspects. Early identification of the type of shock was crucial: the patient exhibited tachycardia, tachypnea, an elevated shock index, weak peripheral pulses, cold extremities, and delayed capillary refill — findings consistent with a loss of more than 30% of blood volume.

The patient was not yet hypotensive due to compensatory mechanisms of shock; however, the shock index of 1.07 indica-

ted the severity of hypovolemic shock. From a microhemodynamic perspective, hyperlactatemia was present, contributing to metabolic acidosis due to increased anaerobic metabolism, which triggered compensatory mechanisms such as tachypnea and the use of accessory respiratory muscles, leading to oxygen therapy via nasal cannula. Alongside recognition, hemostatic resuscitation was initiated with a proactive and restrictive approach. Although signs of compensatory adaptation to shock were observed, six units of packed red blood cells were transfused over three hours, following a damage control resuscitation strategy that emphasizes not only administering crystalloids and red blood cells but also preventing coagulopathy through the simultaneous use of plasma, platelets, cryoprecipitates, and antifibrinolytics.

During the resuscitation process, the risk of transfusion-associated coagulopathy was minimized by restricting crystalloid administration, avoiding hypothermia, and correcting calcium levels affected by citrate-containing blood products. From a therapeutic standpoint, a proton pump inhibitor was administered to reduce gastric acid and promote ulcer healing. After receiving the transfusions, the patient showed a marked improvement in hemodynamic parameters: heart rate <100 bpm, respiratory rate <20 rpm, capillary refill <3 seconds, and Glasgow score 15/15. As demonstrated in this case, evidence-based nursing interventions in the emergency setting are fundamental to achieving favorable patient outcomes. The acquisition of technical and practical skills that enable nurses to anticipate, recognize, and address patient needs should be integrated into nursing education, ensuring competent performance in emergency care settings.

Keywords:

Blood transfusion, haemorrhagic shock, nursing care, emergency care, evidence-based nursing and gastrointestinal hemorrhage.

Ponencias

Cuidado de enfermería en la gangrena de Fournier: Enfoque centrado en el paciente y soporte familiar.

Nursing care in Fournier's gangrene: A patient-centered approach and family support

Juan David Aguilar Rodríguez^{1,a}, Ariadna Buitrago Tabares^{1,a}, María Fernanda Luna Carvajal^{1,a}, Miguel Ángel Guaza Mosquera^{1,a}, Karen Juliana Ortiz Roncancio^{1,a}

1. Estudiante de Enfermería

a. Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia).

CORRESPONDENCIA

Karen Juliana Ortiz Roncancio
Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia)
E-mail: kortiz22@javerianacali.edu.co

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores del artículo hacen constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de noviembre de 2024.
ACEPTADO: 16 de noviembre 2024.

RESUMEN

Se realiza el abordaje del caso clínico de interés en el cual se ejecuta el Proceso de Atención de Enfermería y se aplica el modelo teórico de las 14 necesidades de Virginia Henderson, brindando así una atención integral. Este caso clínico se lleva a cabo en la ciudad de Cali. El paciente es un hombre de 48 años, residente en Cali, quien ingresa en compañía de su esposa debido a un cuadro inicial de hemorroides, entendidas como una dilatación del plexo venoso hemorroidal, interno o externo, originada por un aumento crónico de la presión venosa. Esta dilatación se acompaña de cambios en el tejido conectivo de sostén que, con el tiempo, se debilita, favoreciendo el prolapso de las estructuras hemorroidales. Posteriormente, el cuadro evolucionó hacia una Gangrena de Fournier, la cual se caracteriza por ser una fascitis necrotizante de origen poli-microbiano, rápidamente progresiva, que afecta el área perianal y genitourinaria. Esta condición se asocia principalmente con traumatismos tisulares, como los derivados de procedimientos quirúrgicos, tal como se evidencia en el caso. En el paciente se identificaron lesiones necróticas que abarcan la región escrotal, perineal y la zona inguinal izquierda.

Se ha documentado que, en este tipo de lesiones, es posible aislar hasta cuatro microorganismos diferentes. En este caso, los cultivos microbiológicos revelaron la presencia de *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae*. El paciente era portador de una colostomía, entendida como el abocamiento del intestino grueso a través de la pared abdominal para permitir la salida del material fecal, utilizada como medida de protección ante las intervenciones quirúrgicas realizadas para controlar el proceso infeccioso en la región perineal a causa de la gangrena. Entre los procedimientos efectuados se incluía la utilización del sistema VAC, destinado a favorecer el cierre de la herida mediante presión negativa tras los lavados y desbridamientos, así como la colocación de un injerto para lograr un cierre definitivo, teniendo como región donante la cara anterior del muslo derecho. Durante la valoración integral, se evidenció un rechazo quirúrgico del injerto en la zona receptora, con exposición de tejidos subyacentes y presencia de material purulento, situación que motivó la activación de la alerta para el traslado del paciente y su nuevo abordaje quirúrgico.

Tomando como base las 14 necesidades de Virginia Henderson, se resaltan aquellas que se encuentran alteradas en

Aguilar-Rodríguez JD, Buitrago-Tabares A, Luna-Carvajal MF, Guaza-Mosquera MA, Ortiz-Roncancio KJ. Cuidado de enfermería en la gangrena de Fournier: Enfoque centrado en el paciente y soporte familiar. *Salutem Scientia Spiritus* 2024; 10(Suppl 4):20-21.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

el paciente y para las cuales presenta dependencia. Entre ellas, la necesidad de eliminar los desechos corporales, debido a que es portador de una colostomía y es su esposa quien se encarga de la limpieza y el cambio de la bolsa de ostomía; y la necesidad de dormir y descansar, ya que presenta altos niveles de estrés relacionados con el proceso salud-enfermedad que cursa, lo que ha generado dificultades para lograr un adecuado descanso nocturno. La implementación de planes de cuidado en enfermería en una patología compleja, mediante la taxonomía NANDA, NOC y NIC complementada con las 14 necesidades fundamentales de Virginia Henderson, permite realizar una valoración integral del paciente y brindar una atención basada en la evidencia científica. Este enfoque no solo aborda los aspectos clínicos, como el manejo de heridas quirúrgicas, colostomías e insomnio asociado a la ansiedad, sino que también contempla las dimensiones personales y sociales del individuo. Asimismo, reconoce la importancia de incluir a los familiares en el plan de cuidado, al considerar que la enfermedad trasciende al paciente y afecta su entorno cercano y dinámica de vida. Desde esta perspectiva, la atención integral centrada en el paciente prioriza sus valores, preferencias y contexto social, demostrando su efectividad incluso en casos complejos como la gangrena de Fournier, donde un abordaje adecuado puede contribuir a mejorar de manera significativa su calidad de vida.

Palabras clave:

Virginia Henderson, necrosis, colostomía, cuidado de enfermería, gangrena de Fournier, infección.

ABSTRACT

The clinical case of interest is addressed by implementing the Nursing Care Process and applying the theoretical model of Virginia Henderson's 14 basic needs, thus providing comprehensive care. This clinical case is carried out in the city of Cali. The patient is a 48-year-old man,

a resident of Cali, who is admitted accompanied by his wife due to an initial diagnosis of hemorrhoids, understood as a dilation of the internal or external hemorrhoidal venous plexus caused by a chronic increase in venous pressure. This dilation is accompanied by changes in the supporting connective tissue, which, over time, weakens and favors the prolapse of the hemorrhoidal structures. Subsequently, the condition progressed to Fournier's Gangrene, characterized as a rapidly progressive, polymicrobial necrotizing fasciitis affecting the perianal and genitourinary area. This condition is primarily associated with tissue trauma, such as those resulting from surgical procedures, as observed in this case. Necrotic lesions involving the scrotal, perineal, and left inguinal regions were identified in the patient.

It has been documented that in this type of lesion it is possible to isolate up to four different microorganisms. In this case, microbiological cultures revealed the presence of *Escherichia coli* and *Klebsiella pneumoniae*. The patient had a colostomy, understood as the exteriorization of the large intestine through the abdominal wall to allow the evacuation of fecal material, used as a protective measure following the surgical interventions performed to control the infectious process in the perineal region caused by the gangrene. Among the procedures carried out was the use of the VAC system, intended to promote wound closure through negative pressure following irrigation and debridement, as well as the placement of a graft to achieve definitive closure, using the anterior surface of the right thigh as the donor site. During the comprehensive assessment, surgical rejection of the graft in the recipient area was observed, with exposure of underlying tissues and the presence of purulent material. This situation prompted an urgent alert for the patient's transfer and subsequent surgical re-evaluation.

Based on Virginia Henderson's 14 fundamental needs, those that are altered in the patient and for which he shows depen-

dency are highlighted. Among them are the need to eliminate bodily waste, given that he has a colostomy and his wife is responsible for cleaning and changing the ostomy bag; and the need to sleep and rest, as he presents high levels of stress related to the health-illness process he is experiencing, which has caused difficulty in achieving adequate nighttime rest. The implementation of nursing care plans in a complex pathology, using the NANDA, NOC, and NIC taxonomies in conjunction with Virginia Henderson's 14 fundamental needs, allows for a comprehensive patient assessment and the provision of evidence-based care. This approach not only addresses clinical aspects such as the management of surgical wounds, colostomies, and anxiety-related insomnia, but also considers the personal and social dimensions of the individual. Likewise, it acknowledges the importance of including family members in the care plan, recognizing that illness extends beyond the patient and affects their immediate environment and life dynamics. From this perspective, patient-centered comprehensive care prioritizes the patient's values, preferences, and social context, demonstrating its effectiveness even in complex cases such as Fournier's gangrene, where an appropriate intervention can significantly improve quality of life.

Keywords:

Virginia Henderson, necrosis, colostomy, nursing care, Fournier gangrene, infection.

Ponencias

El amor en la cuna vacía, recuerdos que no se apagan.

*Love in the empty cradle,
memories that will not fade.*

Gean Karlo Urbano Toro^{1,a}, Leidy Fernanda Valencia Erazo^{1,a}, María Camila Bonilla Robledo^{1,a},
Selena Chavestán Parra^{1,a}, Marla Tatiana Gómez España^{1,a}, Leiby Olivia Vivas García^{2,a}, Valentina Tenorio^{3,a}

1. Estudiante de Enfermería.
2. Enfermera, Magister en Gerencia de Organizaciones de Salud, Profesora Departamento Cuidado de Enfermería.
3. Enfermera, Profesora Departamento Cuidado de Enfermería.

a. Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia).

CORRESPONDENCIA

Gean Karlo Urbano Toro
Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia)
E-mail: geankarlourbano@javerianacali.edu.co

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores del artículo hacen constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de noviembre de 2024.

ACEPTADO: 16 de noviembre 2024.

RESUMEN

La preeclampsia severa es una complicación gestacional caracterizada por hipertensión $\geq 160/110$ mmHg y disfunción multiorgánica, representa un desafío crítico para la salud materna y fetal. Este caso clínico aborda a una paciente con antecedentes de hipertensión arterial crónica y dos pérdidas perinatales, la más reciente a las 24.3 semanas de gestación. La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) tipo III, evidenciada por flujos Doppler anormales y un peso al nacer de 383 gramos, subrayó la gravedad de la insuficiencia placentaria asociada a la preeclampsia.

El manejo integral incluyó la administración de Sulfato de Magnesio para prevenir la eclampsia, antihipertensivos como nifedipino y prazosin, y monitoreo continuo de las funciones materno-fetales. A nivel renal, se identificó proteinuria masiva (15,824 mg/24h), hipoalbuminemia y dislipidemia, indicadores de síndrome nefrótico y deterioro glomerular. Estas alteraciones exacerbaron el riesgo cardiovascular y renal, tal como lo describen estudios recientes que vinculan la preeclampsia severa con insuficiencia renal aguda y daño de órganos blancos (3,4).

Desde la perspectiva psicológica, el duelo perinatal emergió como un componente central del caso, con un impacto significativo en el bienestar emocional y social de la paciente. El duelo perinatal, definido como el proceso emocional posterior a la pérdida gestacional, puede derivar en complicaciones como depresión o duelo patológico si no se maneja adecuadamente (5,6). La atención humanizada incluyó actividades terapéuticas, como la creación de una caja de recuerdos para honrar la memoria del bebé, el diseño de mandalas y la participación en redes de apoyo. Estas estrategias, fundamentadas en la Teoría del Cuidado de Kristen Swanson, promovieron la resiliencia y facilitaron la expresión emocional de la paciente.

La evaluación integral destacó la importancia del enfoque multidisciplinario para abordar tanto las complicaciones físicas como emocionales. Las intervenciones de enfermería se guiaron por la teoría de Swanson, enfatizando cinco dimensiones clave: conocer, estar presente, hacer por, facilitar y fomentar la confianza en la paciente. Estas acciones no solo mejoraron su bienestar emocional, sino que también promovieron su autonomía y esperanza para planificar futuras maternidades de manera segura.

Urbano-Toro GK, Valencia-Erazo LF, Bonilla-Robledo MC, Chavestán-Parra S, Gómez-España MT, Vivas-García LO, Tenorio V. El amor en la cuna vacía, recuerdos que no se apagan. *Salutem Scientia Spiritus* 2024; 10(Suppl 4):22-24.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

El éxito en el manejo de casos complejos las enfermeras desempeñan un rol fundamental al actuar como mediadoras entre las necesidades médicas y emocionales de la paciente, garantizando una atención integral. Las intervenciones de enfermería se guiaron por las cinco dimensiones de la Teoría del Cuidado de Swanson:

1. Conocer (*Knowing*): Comprender la experiencia única de la paciente, incluyendo su historial médico y emocional, para diseñar un plan de cuidado personalizado. Al comprender profundamente su situación, que incluye la pérdida perinatal y la preeclampsia, se diseñó un plan de atención personalizado que demostró tanto sus necesidades físicas como emocionales, garantizando un cuidado centrado en su experiencia.
2. Estar presente (*Being with*): Ofrecer apoyo emocional constante, especialmente en momentos críticos como el diagnóstico de la pérdida fetal. Durante todo el proceso, se brindó una presencia emocional continua, asegurando que la paciente no solo reciba atención médica. Estuvimos disponibles para escucharla y acompañarla, creando un espacio seguro para que pudiera expresar sus emociones sin sentirse abrumada, lo cual fue fundamental para su proceso de duelo.
3. Hacer por (*Doing for*): Realizar acciones que la paciente no podía llevar a cabo por sí misma, como coordinar recursos y proporcionar información accesible sobre su condición. Implica hacer por, lo que uno mismo desearía en una situación similar. En este caso, se anticiparon las necesidades del paciente, ofreciendo cuidado competente y respetuoso. Se creó una caja de recuerdos donde ella pudo guardar elementos significativos de su hija, asegurando que su dignidad fuera respetada en todo momento y proporcionándole consuelo durante su proceso de duelo.
4. Facilitar (*Enabling*): Empoderar a la paciente para tomar decisiones

informadas sobre su salud futura, incluyendo estrategias para reducir riesgos en embarazos posteriores. Se realizaron intervenciones, donde se proporcionó información clara sobre la condición de la paciente y el proceso de atención. Además, se validaron sus emociones y se ofrecieron alternativas terapéuticas, le proporcionamos retroalimentación constante para fomentar su autocuidado y bienestar integral. Se creó una red de apoyo social para que pudiera compartir su experiencia con otras madres que atravesaron situaciones similares, fomentando un espacio de comprensión mutua.

5. Mantener la confianza (*Maintaining belief*): Se fomentó la esperanza y confianza de la paciente en su capacidad para superar el duelo y planificar un futuro materno seguro, manteniendo una actitud optimista y ofreciendo apoyo constante durante su proceso. La paciente fue invitada a la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, donde compartió presencialmente su testimonio. En este espacio, destacó cómo el proceso de enfermería, centrado en un cuidado integral y humanizado, le permitió afrontar una etapa compleja. Este acompañamiento reforzó su fortaleza emocional y subrayó el valor del rol de enfermería en su recuperación y bienestar.

Este caso ilustra la naturaleza multifacética de la preeclampsia severa y sus implicaciones tanto físicas como emocionales. El enfoque integral, que combinó intervenciones médicas y psicológicas, demostró ser crucial para abordar las necesidades de la paciente. Además, resalta la importancia de un seguimiento prolongado y de estrategias personalizadas para minimizar los riesgos en embarazos futuros.

El abordaje humanizado y basado en la empatía no sólo permitió mejorar el bienestar emocional de la paciente, sino que también fortaleció su resiliencia y esperanza. Este enfoque debería ser una prioridad

en los sistemas de salud, especialmente en contextos donde las complicaciones gestacionales son frecuentes y sus consecuencias pueden ser devastadoras. Así, este caso se convierte en un recordatorio de la importancia de tratar al individuo como un todo, integrando el cuidado físico, emocional y social en cada etapa del proceso clínico.

Palabras clave:

Depresión posparto, duelo, duelo complicado, pérdida perinatal, mortalidad perinatal, estrategia de afrontamiento, sanación emocional.

ABSTRACT

Severe preeclampsia is a gestational complication characterized by hypertension $\geq 160/110$ mmHg and multiorgan dysfunction, representing a critical challenge for both maternal and fetal health. This clinical case addresses a patient with a history of chronic hypertension and two perinatal losses, the most recent occurring at 24.3 weeks of gestation. Type III intrauterine growth restriction (IUGR), evidenced by abnormal Doppler flow and a birth weight of 383 grams, underscored the severity of placental insufficiency associated with preeclampsia.

Comprehensive management included the administration of magnesium sulfate to prevent eclampsia, antihypertensive agents such as nifedipine and prazosin, and continuous monitoring of maternal and fetal functions. At the renal level, massive proteinuria (15,824 mg/24h), hypoalbuminemia, and dyslipidemia were identified—indicators of nephrotic syndrome and glomerular impairment. These alterations exacerbated cardiovascular and renal risk, as described in recent studies linking severe preeclampsia with acute kidney injury and target organ damage.

From a psychological perspective, perinatal grief emerged as a central component of the case, with significant impact on the patient's emotional and social well-being.

Perinatal grief, defined as the emotional process following gestational loss, can lead to complications such as depression or pathological grief if not properly managed. Humanized care included therapeutic activities such as creating a memory box to honor the baby's memory, designing mandalas, and participating in support networks. These strategies, grounded in Kristen Swanson's Theory of Caring, promoted resilience and facilitated the patient's emotional expression.

The comprehensive assessment highlighted the importance of a multidisciplinary approach to address both physical and emotional complications. Nursing interventions were guided by Swanson's theory, emphasizing five key dimensions: knowing, being with, doing for, enabling, and maintaining belief. These actions not only improved her emotional well-being but also promoted autonomy and hope for safely planning future pregnancies.

In the successful management of complex cases, nurses play a fundamental role as mediators between the medical and emotional needs of patients, ensuring holistic care. Nursing interventions were guided by the five dimensions of Swanson's Theory of Caring:

1. **Knowing:** Understanding the patient's unique experience, including her medical and emotional history, to design a personalized care plan. By deeply comprehending her situation—including perinatal loss and preeclampsia—a personalized care plan was developed that addressed both her physical and emotional needs, ensuring patient-centered care.
2. **Being with:** Providing constant emotional support, especially during critical moments such as the diagnosis of fetal loss. Continuous emotional presence was maintained throughout the process, ensuring that the patient not only received medical care but also empathetic support. A safe space was created for her to express her

emotions without feeling overwhelmed, which was essential for her grieving process.

3. **Doing for:** Performing actions the patient could not carry out herself, such as coordinating resources and providing accessible information about her condition. This involves doing for another what one would wish for oneself in a similar situation. In this case, her needs were anticipated with competent and respectful care. A memory box was created so she could preserve meaningful items related to her daughter, ensuring her dignity and offering comfort during her grief.
4. **Enabling:** Empowering the patient to make informed decisions about her future health, including strategies to reduce risks in subsequent pregnancies. Interventions included clear communication about her condition and care process. Her emotions were validated, and therapeutic alternatives were provided. Continuous feedback was offered to encourage self-care and overall well-being. A social support network was also established, allowing her to share experiences with other mothers who had faced similar losses, fostering mutual understanding.
5. **Maintaining belief:** Encouraging the patient's hope and confidence in her ability to overcome grief and plan a safe future motherhood, while maintaining an optimistic attitude and providing ongoing support. The patient was invited to Pontificia Universidad Javeriana in Cali to share her testimony in person. During this event, she highlighted how nursing care—centered on holistic and humanized attention—helped her face a complex stage. This accompaniment reinforced her emotional strength and underscored the vital role of nursing in her recovery and well-being.

This case illustrates the multifaceted nature of severe preeclampsia and its physical and

emotional implications. The integrative approach, combining medical and psychological interventions, proved essential to addressing the patient's needs. Moreover, it emphasizes the importance of long-term follow-up and personalized strategies to minimize risks in future pregnancies.

A humanized and empathy-based approach not only improved the patient's emotional well-being but also strengthened her resilience and hope. This approach should be a priority in healthcare systems, particularly in contexts where gestational complications are frequent and their consequences devastating. Thus, this case serves as a reminder of the importance of treating the individual as a whole—integrating physical, emotional, and social care at every stage of the clinical process.

Keywords:

Postpartum depression, grief, complicated grief, perinatal loss, perinatal mortality, coping strategy, emotional healing.

Ponencias

Intervenciones de enfermería durante el duelo en parejas con intentos de fertilidad fallidos: Una revisión sistemática.

Nursing interventions during grief in couples with failed fertility attempts: A systematic review.

Marly Tatiana Arboleda Salazar^{1,a}, Leslie Dayana Quistial Jurado^{1,a}, Ingrid Alejandra Rodríguez Chinchá^{1,a},
Leiby Olivia Vivas García^{2,a}

1. Estudiante de Enfermería.
2. Enfermera, Magister en Gerencia de Organizaciones de Salud, Profesora Departamento Cuidado de Enfermería.

a. Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia).

CORRESPONDENCIA

Marly Tatiana Arboleda Salazar
Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia)
E-mail: marlytatiana03@javerianacali.edu.co

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras del artículo hacen constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de noviembre de 2024.
ACEPTADO: 16 de noviembre 2024.

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la infertilidad como la incapacidad de una pareja para concebir después de un año de mantener relaciones sexuales regulares sin el uso de métodos anticonceptivos. En Colombia, la infertilidad afecta a un 15-20% de las parejas en edad reproductiva, con una prevalencia más alta en mujeres entre los 40 y 44 años, donde alcanza el 25,4%. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2015, el 12,1% de las mujeres entre 15 y 49 años experimentan dificultades para concebir.

Este fenómeno, que trasciende el ámbito físico, genera un impacto psicológico significativo en las parejas afectadas. La infertilidad afecta no solo el bienestar emocional de los individuos, sino también altera profundamente la dinámica de la relación de pareja. Además, se asocia con un riesgo considerable de desarrollar trastornos de ansiedad y alteraciones en el estado de ánimo. El estrés derivado de este proceso puede tener consecuencias profundas sobre la salud mental y emocional, lo que destaca la necesidad de una atención que contemple las necesidades emocionales de las parejas. Es relevante

señalar que estas afectaciones psicológicas a menudo se presentan incluso antes de recibir un diagnóstico formal, dado que las parejas suelen experimentar frustración y angustia debido a intentos fallidos previos de concepción.

Cuando los tratamientos de fertilidad no resultan en el embarazo deseado, el sufrimiento y el duelo se convierten en experiencias inevitables y complejas. Este duelo es un proceso emocional particularmente difícil, intensificado por las altas expectativas y el considerable esfuerzo invertido. Al iniciar el tratamiento, las parejas tienden a visualizar un futuro lleno de expectativas y metas compartidas, con la esperanza de concebir un hijo. Sin embargo, cuando el tratamiento no tiene éxito, enfrentan una desilusión profunda, lo que puede percibirse como la pérdida de sus sueños y aspiraciones. Es crucial reconocer que el fracaso del tratamiento puede agravar el trauma que las parejas ya están experimentando. Por lo tanto, es imperativo que los profesionales de salud proporcionen información clara y detallada, ofrezcan el tiempo necesario y brinden un apoyo continuo a lo largo del proceso, asegurando que las parejas reciban el respaldo adecuado como parte integral de su atención.

Arboleda-Salazar MT, Quistial-Jurado LD, Rodríguez-Chinchá IA, Vivas-García LO. Intervenciones de enfermería durante el duelo en parejas con intentos de fertilidad fallidos: Una revisión sistemática. *Salutem Scientia Spiritus* 2024; 10(Suppl 4):25-27.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

En este contexto, el objetivo de la presente revisión sistemática fue identificar las intervenciones de enfermería que pueden ser implementadas durante el duelo en parejas que han experimentado intentos fallidos de fertilización. Para ello, se realizó una exhaustiva búsqueda en la literatura médica, con el fin de identificar los estudios más relevantes que abordaran las intervenciones de enfermería en estas situaciones. La búsqueda se realizó en diversas bases de datos académicas, como Google Académico y ScienceDirect, cubriendo artículos en español e inglés publicados entre 2019 y 2024. Los criterios de inclusión establecidos fueron: parejas mayores de 18 años que hayan experimentado intentos fallidos de fertilización, parejas que hayan participado en tratamientos de fertilidad, y estudios que describieran y evaluaran intervenciones diseñadas para apoyar a las parejas. Se excluyeron los estudios que no estuvieran relacionados con el apoyo durante el duelo, las revisiones sistemáticas, los metaanálisis y los estudios que abordaran muertes fetales causadas por factores ajenos a los tratamientos de fertilidad.

De los 130 artículos inicialmente identificados, se incluyeron finalmente 12 tras un análisis detallado y la verificación de los criterios de inclusión. El análisis de estos artículos permitió identificar cinco categorías clave relacionadas con la infertilidad: 1. El impacto psicológico de la infertilidad (83,3%); 2. El impacto de la infertilidad en la relación de pareja (41,67%); La relación entre la infertilidad y el trauma emocional derivado de abortos (8,33%); La conexión entre la infertilidad y trastornos psicosomáticos (8,33%); y 5. El análisis de la infertilidad en el contexto oriental (33,33%).

Las intervenciones de enfermería identificadas en los estudios revisados subrayan la importancia de una atención integral y personalizada para las parejas que enfrentan la infertilidad. Entre las intervenciones clave se incluyen la educación y orientación, el acompañamiento emocional y espiritual, el fortalecimiento de

la resiliencia y el autocuidado, así como la preparación y transición hacia opciones como la adopción o la no parentalidad. Además, se resalta el apoyo en la toma de decisiones y el manejo del duelo, con un enfoque centrado en la pareja, lo que evidencia la necesidad de un abordaje multidimensional que favorezca tanto el bienestar físico como emocional de los individuos afectados.

Palabras clave:

Infertilidad, impacto psicológico, duelo, apoyo emocional, relación de pareja, intervenciones de enfermería.

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) defines infertility as the inability of a couple to conceive after one year of regular sexual intercourse without the use of contraceptive methods. In Colombia, infertility affects 15–20% of couples of reproductive age, with a higher prevalence among women aged 40 to 44, reaching 25.4%. According to the 2015 National Demography and Health Survey (ENDS), 12.1% of women between 15 and 49 years old experience difficulties conceiving.

This phenomenon, which goes beyond the physical sphere, generates a significant psychological impact on affected couples. Infertility not only affects the emotional well-being of individuals but also profoundly alters the dynamics of the relationship. Moreover, it is associated with a considerable risk of developing anxiety disorders and mood disturbances. The stress resulting from this process can have deep consequences on mental and emotional health, highlighting the need for care that addresses the emotional needs of couples. It is relevant to note that these psychological effects often appear even before receiving a formal diagnosis, as couples frequently experience frustration and distress due to previous failed conception attempts.

When fertility treatments do not result

in the desired pregnancy, suffering and grief become inevitable and complex experiences. This grief is a particularly difficult emotional process, intensified by the high expectations and significant effort invested. At the start of treatment, couples often envision a future filled with expectations and shared goals, driven by the hope of conceiving a child. However, when treatment is unsuccessful, they face deep disappointment, which can be perceived as the loss of their dreams and aspirations. It is crucial to recognize that treatment failure may exacerbate the trauma couples are already experiencing. Therefore, it is imperative that healthcare professionals provide clear and detailed information, offer adequate time, and ensure continuous support throughout the process so that couples receive appropriate care as an integral part of their treatment.

In this context, the objective of this systematic review was to identify nursing interventions that can be implemented during the grieving process in couples who have experienced failed fertilization attempts. To achieve this, an exhaustive search of the medical literature was conducted to identify the most relevant studies addressing nursing interventions in these situations. The search included multiple academic databases, such as Google Scholar and ScienceDirect, covering articles in Spanish and English published between 2019 and 2024. The inclusion criteria were: couples over 18 years old who experienced failed fertilization attempts, couples who participated in fertility treatments, and studies describing and evaluating interventions designed to support couples. Exclusion criteria included studies unrelated to grief support, systematic reviews, meta-analyses, and studies addressing fetal deaths caused by factors unrelated to fertility treatments.

Out of the 130 initially identified articles, 12 were ultimately included after detailed analysis and verification of the inclusion criteria. The analysis of these articles identified five key categories related to inferti-

lity: 1. The psychological impact of infertility (83.3%); 2. The impact of infertility on the couple's relationship (41.67%); 3. The relationship between infertility and emotional trauma from miscarriages (8.33%); 4. The connection between infertility and psychosomatic disorders (8.33%), and 5. The analysis of infertility in the Eastern cultural context (33.33%).

The nursing interventions identified in the reviewed studies highlight the importance of comprehensive and personalized care for couples facing infertility. Key interventions include education and counseling, emotional and spiritual support, strengthening resilience and self-care, as well as preparation and transition toward options such as adoption or non-parenthood. Additionally, support in decision-making and grief management—centered on the couple—was emphasized, underscoring the need for a multidimensional approach that promotes both the physical and emotional well-being of those affected.

Keywords:

Infertility, psychological impact, grief, emotional support, couple relationship, nursing interventions.

Ponencias

Más allá de los síntomas, la enfermedad mental y el dolor del abandono: Estudio de caso.

Beyond the Symptoms, Mental Illness and the Pain of Abandonment: Case Study.

Michelle Nicholls Torres^{1,a}, Angélica María Soto González^{2,a}

1. Estudiante de Enfermería.
2. Enfermera, Magister en Epidemiología, Profesora Departamento Cuidado de Enfermería.

a. Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia).

CORRESPONDENCIA

Angélica María Soto González
Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia)
E-mail: angelica.soto@javerianacali.edu.co

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras del artículo hacen constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de noviembre de 2024.
ACEPTADO: 16 de noviembre 2024.

RESUMEN

Los trastornos de salud mental se presentan como uno de los mayores problemas para los sistemas de salud pública a nivel mundial, afectando a aproximadamente a una de cada ocho personas en el mundo lo que equivale a 970 millones de personas según la OMS. La evidencia actual sugiere que, en el 2019 cuarenta millones de personas padecían de un trastorno afectivo bipolar según OMS, 2022. Teniendo en cuenta lo anterior, mediante la aplicación de intervenciones efectivas se tendrá como objetivo reducir síntomas que pueden llegar a ser negativos en la vida de las personas lo que limitaría su realización de actividades diarias. El presente caso evidencia como el abandono familiar impacta significativamente en el bienestar físico y mental de las personas generando heridas profundas que afectan la capacidad de un individuo para desarrollar relaciones saludables con su entorno y regular sus emociones.

De esa manera es importante establecer una relación entre el abandono y el bienestar emocional siendo este el principal promotor de la generación de heridas que se convierten en inseguridades, aislamiento, ansiedad y constante preocupación afectando el proceso de la mejoría de síntomas agudos, la reinserción social y familiar. Es por eso que hay que enfrentar el abandono desde un enfoque integral para fortalecer la salud mental y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

tando el proceso de la mejoría de síntomas agudos, la reinserción social y familiar. Es por eso que hay que enfrentar el abandono desde un enfoque integral para fortalecer la salud mental y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

La familia es pieza esencial en el desarrollo cognitivo, emocional y psicológico de sus miembros y necesaria cuando uno de ellos presenta alguna complejidad o desequilibrio en su condición física o mental, es por eso por lo que su presencia es elemental en el tratamiento y rehabilitación. Por eso que están significativo cuando se producen abandonos del grupo familiar en estos procesos, ya que atentan significativamente a la lógica de familia causando un deterioro emocional profundo en el familiar afectado. Según Carrillo, “el sentimiento de abandono consiste en un estado anímico en el cual la persona demuestra estados de angustia, los cuales son expresados mediante la sensación de que no le importamos a nadie o que seremos abandonados” También plantea que cuando se experimentan sentimientos de abandono constantes, las personas tienden a adoptar formas de pensar trágicas. Es decir, que, de cualquier hecho, por mínima que esta sea, la persona se imagina lo peor, aunque este muy alejada de la realidad.

Nicholls-Torres M, Soto-González AM. Más allá de los síntomas, la enfermedad mental y el dolor del abandono: Estudio de caso. *Salutem Scientia Spiritus* 2024; 10(Suppl 4):28-29.



La Revista Salutem Scientia Spiritus usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

La literatura sugiere que el abandono familiar es un factor que puede agravar la sintomatología en personas con trastornos mentales graves, como el trastorno afectivo bipolar. Según los modelos de apoyo social, la red familiar y social actúan como un amortiguador frente a las adversidades emocionales, facilitando la adherencia al tratamiento y una mayor estabilidad emocional. Sin embargo, en el caso de esta paciente, la ruptura de sus lazos familiares y la falta de comunicación incrementan su vulnerabilidad y agravan los síntomas depresivos y de ansiedad.

El proceso de atención en enfermería es esencial en todos los ámbitos del cuidado del paciente, ya que ofrece un análisis detallado y sistemático para comprender de manera holística las necesidades individuales de la persona. En este enfoque, se permitirá la implementación de un plan estructurado que facilita la identificación y manejo eficaz de los problemas de salud, con el objetivo principal de promover y mantener el bienestar integral del paciente, abarcando tanto el cuidado físico como el mental. Asimismo, la formulación de diagnósticos de enfermería que son fundamentales para planificar y priorizar las intervenciones, optimizando así el estado de salud del paciente e integrando tanto su entorno como la participación de sus familiares. Es así como el presente trabajo tiene como fin la valoración completa de un paciente en el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, donde se logrará generar un plan de cuidado integral con la recopilación de información a lo largo de la atención brindada, haciendo un análisis y priorizando las intervenciones para mejorar su calidad de vida.

Palabras clave:

Trastorno afectivo bipolar, trastornos mentales, abandono familiar, cuidado de enfermería, enfermedad mental, relaciones familiares.

ABSTRACT

Mental health disorders represent one of

the greatest challenges for public health systems worldwide, affecting approximately one in eight people globally — about 970 million individuals, according to the World Health Organization (WHO). Current evidence suggests that in 2019, forty million people were living with bipolar affective disorder (WHO, 2022). In light of this, the implementation of effective interventions aims to reduce symptoms that can negatively impact individuals' daily lives and limit their ability to perform routine activities.

This case study illustrates how family abandonment significantly affects an individual's physical and mental well-being, creating deep emotional wounds that hinder their capacity to form healthy relationships and regulate emotions. Therefore, it is crucial to establish the connection between abandonment and emotional well-being, as abandonment becomes a primary source of emotional wounds that lead to insecurity, isolation, anxiety, and constant worry. These consequences interfere with the improvement of acute symptoms and delay social and family reintegration. Addressing abandonment from a holistic approach is essential to strengthen mental health and improve the quality of life of affected individuals.

The family plays an essential role in the cognitive, emotional, and psychological development of its members and becomes even more crucial when one of them experiences difficulties or imbalances in their physical or mental condition. For this reason, family presence is fundamental in treatment and rehabilitation processes. When family abandonment occurs in such contexts, it represents a severe disruption to family dynamics and causes profound emotional deterioration in the affected member. According to Carrillo, "the feeling of abandonment consists of an emotional state in which the person experiences distress, expressed through the perception that no one cares about them or that they will be abandoned." Carrillo also suggests that when feelings of aban-

donment are constant, individuals tend to adopt catastrophic thinking patterns, imagining the worst possible outcome even in situations that are far from reality.

The literature indicates that family abandonment can exacerbate symptoms in individuals with severe mental disorders, such as bipolar affective disorder. According to social support models, family and social networks serve as emotional buffers against adversity, promoting treatment adherence and greater emotional stability. However, in the case of this patient, the breakdown of family bonds and lack of communication increased her vulnerability and worsened her depressive and anxiety symptoms.

The nursing care process is essential in all areas of patient care, as it provides a detailed and systematic framework to holistically understand an individual's needs. This approach enables the implementation of a structured plan that facilitates the effective identification and management of health problems, with the main objective of promoting and maintaining the patient's overall well-being, encompassing both physical and mental health. Additionally, the formulation of nursing diagnoses is fundamental for planning and prioritizing interventions, optimizing the patient's health outcomes, and integrating both their environment and family participation.

Therefore, this work aims to provide a comprehensive assessment of a patient at the Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, allowing for the development of an integrated care plan through the systematic collection of information during the care process. The analysis and prioritization of nursing interventions will focus on improving the patient's quality of life.

Keywords:

Bipolar affective disorder, mental disorders, family abandonment, nursing care, mental illness, family relationships.

Ponencias

Sembrando esperanza y fortaleza: Un viaje de amor, empoderamiento y resiliencia en el cuidado de una madre a su hija.

Sowing hope and strength: A journey of love, empowerment, and resilience in a mother's care for her daughter.

Marly Tatiana Arboleda-Salazar^{1,a}, Salomé Parra-Cuellar^{1,a}, Ashley Daniela Valencia-Blanco^{1,a},
Nathalia Posada-Timarán^{1,a}

1. Estudiante de Enfermería.
2. Enfermera, Profesora Departamento Cuidado de Enfermería.
- 3.

a. Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia).

CORRESPONDENCIA

Marly Tatiana Arboleda Salazar
Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia)
E-mail: marlytatiana03@javerianacali.edu.co

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras del artículo hacen constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 01 de noviembre de 2024.

ACEPTADO: 16 de noviembre 2024.

RESUMEN

En la edad pediátrica, se identifican diversos tipos de epilepsias y síndromes epilépticos, caracterizados por una predisposición común a la aparición de crisis recurrentes. No obstante, estos trastornos presentan diferencias significativas en cuanto a su pronóstico, respuesta terapéutica y las comorbilidades asociadas, lo que resalta la necesidad de un enfoque clínico individualizado para su manejo adecuado.

Entre los síndromes epilépticos, el síndrome de West se distingue como uno de los más relevantes. Su incidencia estimada oscila entre 2 y 4 casos por cada 10,000 nacidos vivos, consolidándose como la presentación más prevalente de epilepsia durante el primer año de vida. Este síndrome no solo representa un desafío terapéutico, sino que también tiene un impacto significativo en la neurología pediátrica debido a sus implicaciones clínicas y pronósticas.

Clínicamente, el síndrome de West se define por una tríada clásica que incluye espasmos infantiles, hipsarritmia en el electroencefalograma interictal y deterioro neurológico evidente, comúnmente reflejado en un retraso del desarrollo motor.

Su pronóstico es generalmente desfavorable, ya que la mayoría de los pacientes evoluciona hacia epilepsia crónica, deterioro cognitivo y múltiples discapacidades del neurodesarrollo, incluyendo problemas conductuales, parálisis cerebral y rasgos del espectro autista. Se estima que el deterioro cognitivo afecta aproximadamente al 90% de los casos y se asocia frecuentemente con retraso motor y trastornos conductuales. La evolución clínica depende en gran medida de la etiología subyacente y de la prontitud con la que se instaure un tratamiento efectivo. A pesar de las intervenciones, aproximadamente el 75% de los niños presentan secuelas motoras, sensoriales o cognitivas persistentes, y entre el 50-60% de los casos la epilepsia es farmacorresistente, lo que resalta la complejidad en su manejo.

En el presente caso clínico, se aborda el proceso de atención de enfermería de una paciente de 15 años diagnosticada con síndrome de West a los 9 meses de edad. Entre los principales factores de riesgo asociados al desarrollo de este síndrome en la paciente se identifican: una displasia cortical focal de grado I localizada en las regiones frontal y temporal izquierdas, un episodio de hipoxia perinatal, y una crisis convulsiva a los dos días de vida secunda-

Arboleda-Salazar MT, Parra-Cuellar S, Valencia-Blanco AD, Rosada-Timarán N. Sembrando esperanza y fortaleza: Un viaje de amor, empoderamiento y resiliencia en el cuidado de una madre a su hija. *Salutem Scientia Spiritus* 2024; 10(Suppl 4):30-32.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución – No comercial – Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

ría a hipoglucemia neonatal. Actualmente, la paciente cursa con epilepsia infantil farmacorresistente y un trastorno del espectro autista de grado II. La paciente ingresa al servicio de urgencias pediátricas con un cuadro de agudización de su patología base, caracterizado por convulsiones tónico-clónicas generalizadas de 48 horas de evolución. Este evento se atribuye a la interrupción de uno de sus medicamentos de base debido a un desabastecimiento en su EPS.

En este contexto, el rol de enfermería resulta esencial, destacándose como una disciplina profesional que requiere un enfoque estructurado para proporcionar atención integral y efectiva a sus pacientes. Este enfoque se fundamenta en responder a diversas situaciones de salud potencialmente problemáticas mediante la aplicación rigurosa del método científico. Dicho método se refleja de manera práctica a través de las etapas clave del Proceso de Atención de Enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Este marco metodológico asegura una atención basada en evidencia, adaptada a las necesidades específicas de cada paciente, y orientada a mejorar su calidad de vida.

En este proceso de valoración, el enfoque clínico y comunitario resultó crucial, permitiendo un análisis integral de la paciente y su entorno, así como del impacto de estos en su estado de salud y bienestar. Se destacó el rol de la madre como cuidadora principal, cuyo esfuerzo y dedicación son fundamentales en la vida diaria de la paciente. Este reconocimiento orientó el plan de cuidados hacia un enfoque dual, centrado tanto en las necesidades específicas de la paciente como en las de su madre, abordando las limitaciones impuestas en áreas clave como la terapia física, fonoaudiológica y recreativa, esenciales para el desarrollo integral de la paciente.

Además, se identificaron los altos niveles de estrés y la incertidumbre que afectan a la madre, principalmente derivados de la

falta de herramientas para enfrentar episodios de agudización. Estas emociones, junto con los patrones culturales y conductuales del entorno, fueron elementos clave para planificar intervenciones dirigidas a empoderar a la madre en su rol de cuidadora. De este modo, el proceso de atención no solo se enfocó en optimizar el cuidado de la paciente, sino también en fortalecer las capacidades de la madre, brindándole estrategias para mejorar su bienestar emocional y su habilidad para actuar de manera efectiva ante las demandas del cuidado continuo.

Palabras clave:

Síndrome de West, deterioro cognitivo, epilepsia farmacorresistente, empoderamiento materno, rol del cuidador, cuidado integral.

ABSTRACT

In the pediatric age group, various types of epilepsies and epileptic syndromes are identified, all characterized by a common predisposition to recurrent seizures. However, these disorders exhibit significant differences in prognosis, therapeutic response, and associated comorbidities, highlighting the need for an individualized clinical approach for proper management.

Among epileptic syndromes, West syndrome stands out as one of the most significant. Its estimated incidence ranges from 2 to 4 cases per 10,000 live births, making it the most prevalent form of epilepsy during the first year of life. This syndrome not only represents a therapeutic challenge but also has a substantial impact on pediatric neurology due to its clinical and prognostic implications.

Clinically, West syndrome is defined by a classic triad consisting of infantile spasms, hypsarrhythmia on the interictal electroencephalogram, and evident neurological deterioration, commonly reflected in delayed motor development. Its prognosis is generally poor, as most patients progress to chronic epilepsy,

cognitive impairment, and multiple neurodevelopmental disabilities, including behavioral problems, cerebral palsy, and autism spectrum features. It is estimated that cognitive impairment affects approximately 90% of cases and is frequently associated with motor delay and behavioral disorders. Clinical progression largely depends on the underlying etiology and the timeliness of effective treatment initiation. Despite interventions, approximately 75% of children present with persistent motor, sensory, or cognitive sequelae, and in 50–60% of cases, epilepsy is drug-resistant, emphasizing the complexity of its management.

In the present clinical case, the nursing care process focuses on a 15-year-old patient diagnosed with West syndrome at 9 months of age. The main risk factors associated with the development of this syndrome in the patient include: Grade I focal cortical dysplasia located in the left frontal and temporal regions, a perinatal hypoxia episode, and a seizure at two days of life secondary to neonatal hypoglycemia. Currently, the patient presents with drug-resistant childhood epilepsy and grade II autism spectrum disorder. She was admitted to the pediatric emergency department with an acute exacerbation of her baseline condition, characterized by generalized tonic-clonic seizures lasting 48 hours. This episode was attributed to the interruption of one of her baseline medications due to a shortage in her health insurance provider (EPS).

In this context, the role of nursing is essential, standing out as a professional discipline that requires a structured approach to provide comprehensive and effective patient care. This approach is based on responding to potentially problematic health situations through the rigorous application of the scientific method, which is practically reflected through the key stages of the Nursing Care Process: assessment, diagnosis, planning, implementation, and evaluation. This methodological framework ensures evidence-based care tai-

lored to each patient's specific needs and aimed at improving their quality of life.

During the assessment process, the clinical and community-focused approach proved crucial, allowing a comprehensive analysis of the patient and her environment, as well as their impact on her health and well-being. The role of the mother as the primary caregiver was particularly emphasized, as her effort and dedication are fundamental to the patient's daily life. This recognition guided the care plan toward a dual approach, focusing on the specific needs of both the patient and her mother, addressing limitations in key areas such as physical, speech, and recreational therapies—essential for the patient's integral development.

Furthermore, high levels of stress and uncertainty were identified in the mother, primarily due to a lack of tools to manage episodes of exacerbation. These emotions, along with cultural and behavioral patterns in her environment, were key elements in planning interventions aimed at empowering the mother in her caregiving role. Thus, the nursing care process not only focused on optimizing the patient's care but also on strengthening the mother's capacities—providing her with strategies to improve her emotional well-being and her ability to respond effectively to the demands of continuous caregiving.

Keywords:

West syndrome, cognitive impairment, drug-resistant epilepsy, maternal empowerment, caregiver role, comprehensive care.

Normas para los autores

Presentación:

a) El manuscrito debe ser elaborado en el procesador de texto Microsoft Office Word® 2013 para Windows® o Microsoft Office Word® 2011 para Mac®. El archivo debe tener por nombre el título corto del manuscrito. El texto debe ser digitalizado en papel de fondo blanco tamaño ISO A4 (210x297 milímetros-21x29,7 centímetros) con márgenes de 30 milímetros-3,0 centímetros por los cuatro lados. La orientación de la página debe ser vertical.

b) El texto debe ser digitalizado en letra Times New Roman tamaño 12 y estructurado a una sola columna, justificado a izquierda y derecha, con espaciado anterior y posterior cero (0) y con interlineado 1,5 líneas.

c) El interlineado 1,5 líneas debe ser usado en todo el manuscrito, incluidas las páginas del título, resumen, texto, agradecimientos, referencias, tablas y leyendas pie de fotos.

d) Las páginas se deben numerar consecutivamente comenzando por la del título. El número de página se debe ubicar en el ángulo superior derecho de cada página.

e) Cada uno de los componentes o secciones del manuscrito deben empezar en una página aparte.

f) Los títulos de las secciones deben digitarse en letra Times New Roman tamaño 12, en mayúscula sostenida y en negrilla. Para comenzar a escribir el primer párrafo de cada sección se debe dejar un espacio.

g) Cuando se coloque una palabra en inglés o en otro idioma se debe emplear letra Times New Roman tamaño 12 en cursiva. Esta norma aplica para las expresiones en latín *per se*, *et al*, etc.

h) El estilo narrativo o “estilo científico” del manuscrito debe ser en todo caso impersonal y en tiempo pasado.

i) En la redacción del cuerpo del manuscrito, se debe emplear un lenguaje sencillo, estructurado y coherente, libre de ambigüedades que den a interpretaciones erróneas, en donde prime una prosa narrativa científica informativa, persuasiva, racional, objetiva, directa, breve, impersonal y desinteresada. Asimismo se debe emplear un lenguaje libre de jerga lugareña, tecnicismos innecesarios y frases rimbombantes.

j) Las tablas, figuras y anexos citados en el cuerpo del manuscrito deben ser ordenadas al final del manuscrito después de las referencias, cada una en una página diferente.

k) La extensión total del archivo –incluida la página de inicio, el cuerpo del manuscrito, las tablas, las figuras y los anexos– no deberá exceder las 20 páginas.

• Estructura página de autores:

Autores: El nombre de cada uno de los autores (si se tienen dos nombres emplear solo el primero, al igual que los apellidos. En caso de emplear ambos nombres o ambos apellidos separarlos entre ellos con guiones, por ejemplo: José-Fernando Gómez, ó José Gómez-Urrego. Es requisito fundamental de esta revista que por lo menos el autor principal a quien se le dirige la correspondencia cuente con el número de identificación ORCID, el cual consiste en un identificador digital que distingue a un investigador de otros investigadores que quizás cuenten con nombres y apellidos homónimos. Consultar ORCID: <http://orcid.org/>

Debajo del nombre se deben indicar todos los grados académicos que condujeron a título del más bajo al más alto (pregrado, especialización, sub-especialización, maestría, doctorado, postdoctorado). En caso de estudiantes de pregrado se debe colocar el nombre del programa académico. Debajo de los grados académicos se debe indicar la filiación institucional desde la más particular a la más general (departamento, facultad y universidad). Es a esta institución a la que se le atribuye el trabajo. Entre paréntesis al final del nombre de la universidad se debe colocar la ciudad y el país en donde ésta se encuentra. El orden de los autores dependerá de la decisión que de forma conjunta adopten ellos mismos. Todas las personas que figuren como autores deben haber participado en grado suficiente para asumir la responsabilidad pública del contenido del manuscrito. Para concederle a alguien el crédito de autor su contribución en el manuscrito debe ser esencial respecto a la concepción y el diseño del estudio (recogida de los datos, o el análisis y la interpretación de los mismos); a la redacción del artículo o la revisión crítica de una parte sustancial de su contenido intelectual; y a la aprobación final de la versión que será publicada después de la revisión por pares revisores y/o evaluadores. La participación exclusivamente en la obtención de fondos o en la recogida de datos o la supervisión general del grupo de investigación no justifica la autoría. La revista solicita a los autores que describan la participación de cada uno de ellos en la carta de

envío. El resto de personas que contribuyan con el manuscrito y que no tengan suficientes responsabilidades que justifiquen ir como autores, podrán citarse en la sección de agradecimientos.

Correspondencia: Corresponde a los datos ubicación del autor principal a quien se le dirige la correspondencia y con quien se establece todo el proceso de publicación. Incluye el nombre completo del autor tal cual figura en el apartado de autores, el correo electrónico institucional, y la filiación institucional tal cual figura en el apartado de autores.

Estructura manuscrito:

Para ordenar las diferentes secciones del manuscrito, la revista propone elaborar una página de título, el cuerpo del manuscrito, las referencias, las tablas, las figuras y los anexos.

• Página de título:

La primera página de la página de título contendrá:

El título del artículo (en español y en inglés): Corresponde a la etiqueta que nombre, identifica y determina un artículo. Debe ser atractivo (es lo primero que se lee y tal vez lo último que se lea de un artículo); debe ser exacto (su extensión deberá ser entre 1 y 20 palabras); debe ser preciso (incluir el descriptor en salud –palabra clave– más importante); y debe ser específico (relacionarse directamente con la pregunta de investigación y con el objetivo general del estudio).

Título abreviado o titulillo (en español): De no más de 40 caracteres (incluidos letras y espacios) se emplea como cabezal de las páginas para identificación rápida del artículo. Se recomienda emplear el descriptor en salud –palabra clave– más importante.

• La segunda página de la página de título contendrá:

Resumen: Podrá ser descriptivo de 150 palabras para el caso de los reportes de casos, revisiones de tema y notas de clase, y estructurados de 250 palabras para el caso de los artículos originales de investigación y de las revisiones sistemáticas de la literatura. En ambos tipos de resumen se indicarán los objetivos del estudio, los procedimientos básicos (la selección de la muestra, el diseño metodológico, los métodos de observación, el análisis estadístico), los resultados más destacados (mediante la presentación de datos de forma concreta con su significación estadística –en caso de haberla–), y las principales conclusiones, haciendo énfasis en aquellos aspectos del estudio o de las observaciones que resulten más novedosos o de mayor importancia. En caso del resumen descriptivo, estos aspectos se narran de forma impersonal y en tiempo pasado de forma continua. En caso del resumen estructurado se deben identificar las secciones objetivo, materiales y métodos, re-

sultados y conclusiones, y mantener el estilo gramatical en tercera persona y en tiempo pasado. En ninguno de los dos tipos de resúmenes se harán citaciones a referencias. Un buen resumen señala el objetivo de la investigación, describe la metodología utilizada, sintetiza los resultados y enuncia las conclusiones principales del artículo. En ningún caso un resumen puede contener información o conclusiones que no figuren en el artículo. Después del título, los lectores pasan al resumen, por lo que debe estar escrito de forma clara y sencilla para predisponer favorablemente al lector hacia la lectura completa del manuscrito. Del mismo modo, el resumen debe proveer la información necesaria para que el lector determine si lee o no el artículo de forma completa de acuerdo a sus intereses particulares. Por tanto, se recomienda escribir el resumen una vez finalizada la elaboración del artículo.

Palabras clave: Podrán emplearse de seis a diez palabras clave o descriptores en salud, de las cuales máximo cuatro serán propuestas por el(los) autor(es) de acuerdo a la temática del manuscrito y el resto obtenidas de los encabezados de temas médicos (en inglés Medical Subject Headings –MeSH–). Los términos jerárquicos MeSH son desarrollados por la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos (en inglés National Library of Medicine –NLM–) y se pueden obtener en inglés y en español. También se pueden consultar los Descriptores en Ciencias de la Salud –DeCS– desarrollados por la Biblioteca Virtual en Salud Bireme en español, inglés y portugués. Consultar MeSH <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>; consultar DeCS: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

• La tercera página de la página de título contendrá:

Abstract: Traducción coherente del resumen en inglés.

Key words: Traducción de los descriptores en salud de acuerdo al MeSH o al DeCS.

• Cuerpo del manuscrito:

Inicia en la cuarta página del manuscrito:

Para estructurar el cuerpo del manuscrito se va a emplear el formato IMRYD (acrónimo de introducción, materiales y métodos, resultados y discusión) características de los artículos originales de investigación biomédica. Adaptaciones de esta estructura se sugieren para los reportes de casos, revisiones sistemáticas de la literatura y revisiones de tema. El formato IMRYD ha sido adoptado por un número cada vez mayor de revistas académicas desde la primera mitad del siglo XX y es considerado como uno de los requisitos uniformes para trabajos presentados a revistas biomédicas del Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas. Los cuatro componentes del formato IMRYD que estructuran un manuscrito deben responder las siguientes preguntas

que se plantean respectivamente. Cada sección del cuerpo del manuscrito inicia en una página aparte.

Introducción: ¿Por qué se llevó a cabo el estudio? ¿Cuál fue la pregunta de investigación, la hipótesis puesta a prueba o el propósito de la investigación?

Normalmente se puede estructurar en cinco párrafos en donde el primero introduce al lector al tema tratado, el segundo y el tercero plantean un estado del arte muy conciso, el cuarto la justificación del estudio y el quinto y último el propósito del manuscrito. No obstante el(los) autor(es) podrán elaborar y justificar una introducción más extensa que inclusive cuente con sub-secciones. En esta sección se da inicio a la citación de las referencias bibliográficas estrictamente necesarias. La citación se hará a través de números arábigos consecutivos (1, 2, 3, 4...) de acuerdo al orden de aparición –citación– colocados después de todo signo de puntuación al final de cada oración o párrafo sin ningún tipo de paréntesis, llave o corchete y en supra-índice (.1). Si en un mismo párrafo se citan varias referencias se pondrán de forma consecutiva para el caso de dos (.1,2), para el caso de más de dos se emplea el intervalo (.1-4) y para el caso de varias consecutivas y no consecutivas (.1,2-5,6-10,13). Las referencias pueden ser citadas en la introducción, en los resultados, en la discusión, en las tablas y en las figuras.

Materiales y métodos: ¿Cuándo, dónde y cómo se hizo el estudio? ¿Qué materiales se utilizaron o que se incluyó en los grupos de estudio (los pacientes, etc.)?

Se sugiere que el(los) autor(es) desarrolle(n) la sección de materiales y métodos con sub-secciones para describir el tipo de estudio (diseño metodológico), la muestra (tipo de muestra, criterios de inclusión y exclusión, naturaleza de la selección de la muestra, procedimiento como fueron distribuidos los grupos intervención y control de la muestra), para el caso de humanos datos socio-demográficos como edad, sexo y grupo étnico, para el caso de biomodelos animales datos como edad, talla, peso, sexo y condiciones generales del bioterio (cantidad y tipo de alimento, temperatura, humedad, cantidad de luz), trabajo de campo (protocolos de recolección y registro de la información), observación (protocolos de observación y análisis), análisis estadístico (pruebas estadísticas, nombre y versión del software, justifique el uso de valores p). En esta sección se pueden elaborar y citar tablas y figuras como apoyo para representar materiales y métodos empleados en el estudio: lo que no se debe es citar las tablas y figuras con resultados. Una sub-sección fundamental son las consideraciones éticas, las cuales deberán estar explícitas en la sección de materiales y métodos. Si la muestra fue constituida por seres humanos se hará referencia al riesgo de participación de acuerdo la Resolución 008430 de 4 de Octubre de 1993, a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres huma-

nos de acuerdo a la Declaración de Helsinki y se hará referencia al comité de ética institucional en humanos que avaló el estudio. Copia del aval del comité de ética podrá ser solicitada por el editor para el caso de los artículos originales derivados de investigación; así como copia del consentimiento informado para el caso de los reportes de casos. Si la muestra fue constituida por animales se hará referencia a lo estipulado por la Resolución 008430 de 4 de Octubre de 1993, la Ley 84 de 1989 y a la normatividad particular de cada bioterio. Copia del aval del comité de ética institucional en animales y del bioterio podrá ser solicitada por el editor para el caso de los artículos originales derivados de investigación que experimente con biomodelos animales.

Resultados: ¿Qué respuesta se encontró respecto al problema de investigación? ¿Qué se encontró en el estudio? ¿Era cierta la hipótesis de la prueba?

Los resultados corresponden a lo exclusivamente encontrado en el estudio. Estos resultados se pueden presentar a manera de texto, tablas y figuras. El(los) autor(es) determinarán la mejor forma de presentar los resultados siguiendo una secuencia lógica, en la que no se repitan los resultados descritos a manera de texto con los resultados presentados en las tablas y figuras. En esta sección no se explican, contrastan o justifican los resultados, simplemente se presentan.

Discusión: ¿Qué podría implicar la respuesta y por qué es importante? ¿Cómo encaja con lo que otros investigadores han encontrado? ¿Cuáles son las perspectivas para futuras investigaciones?

En esta sección se contrastan los resultados del estudio con el conocimiento pre-existente reportado en la literatura. Se recomienda exponer los resultados en la misma secuencia lógica de la sección anterior y contrastarlos inmediatamente, para lo cual es completamente deseable desarrollar la discusión por medio de sub-secciones. El(los) autor(es) debe(n) tener cuidado con repetir información dispuesta en las secciones introducción y/o resultados; fundamentalmente se debe explicar en que consisten los resultados a partir de las observaciones realizadas en contraste con otros estudios pertinentes, para determinar el significado de dichos resultados de acuerdo al análisis estadístico, así como sus beneficios y limitaciones para tener en cuenta en estudios futuros, para finalmente llegar a las conclusiones. Si bien IMRYD incluye las conclusiones al final de la discusión, la tendencia de la revistas biomédicas es separarlas en una sección independiente, lo cual se aplica en esta revista.

Conclusiones: Las conclusiones se deben relacionar directamente con los objetivos del estudio, de tal forma que respondan la pregunta de investigación de forma general y específica. Es muy común que el(los) autor(es) sobredimensione(n) las conclusiones, dando como resultado afirmaciones poco fundamentadas y/o

conclusiones insuficientemente avaladas por los resultados. Es totalmente deseable que se propongan nuevas hipótesis (principalmente para el caso de los estudios de tipo descriptivo) y si resulta oportuno, hacer recomendaciones. Algunas revistas desarrollan una sección con el nombre de recomendaciones; en el caso particular de ésta revista, si se van a hacer recomendaciones, deben colocarse al final de la sección de conclusiones.

Agradecimientos: En esta sección se deben incluir todas aquellas personas que han colaborado con el estudio o con la elaboración del manuscrito, pero que no cumplen los criterios de autoría, tales como, ayuda técnica recibida, ayuda en la escritura del manuscrito fundamental en la corrección de estilo, o apoyo general prestado por jefes de departamento, coordinadores de laboratorios y/o directores de grupos de investigación. En todo caso se debe colocar el nombre del colaborador y la descripción de la colaboración específica. También es deseable incluir en los agradecimientos las entidades que financiaron el estudio. Para todo caso, el agradecimiento a colaboradores y/o instituciones, puede ser confirmado por el editor, quien podrá solicitar al(los) autor(es) la información de contacto para corroborar la información y la autorización; esto porque de una u otra forma se puede deducir que las personas citadas en los agradecimientos de alguna manera avalan los datos y las conclusiones del estudio.

Financiamiento: En caso que el estudio del que deriva el manuscrito haya sido financiado por alguna institución, se deberá colocar el nombre de la institución, la naturaleza de la institución (privada o pública), la forma en que fueron adjudicados dichos recursos, bien sea por convocatoria interna, convocatoria externa (nacional o internacional) y/o becas-pasantías, el nombre del programa de la adjudicación de recursos, y el código numérico de identificación de la adjudicación (lo que se reconoce como GRANT). Se debe tener en cuenta que la financiación de un estudio puede generar de una u otra forma conflicto de intereses, lo cual debe ser declarado tal como se ha expuesto con anterioridad.

Referencias: Las referencias o citas bibliográficas constituyen una sección destacada en un trabajo científico. La selección cuidadosa de documentos relevantes, es un elemento que da solidez a la exposición teórica del cuerpo del manuscrito, a la vez que constituye una importante fuente de información para el lector. El estilo de citación y el formato de las referencias bibliográficas que emplea esta revista es el denominado Estilo Vancouver, sugerido para las revistas biomédicas por el Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas (ICMJE). El(los) autor(es) debe(n) enumerar las referencias consecutivamente según el orden en que se mencionen por primera vez en el cuerpo del manuscrito (introducción, materiales y métodos, resultados y discusión) y en las tablas y figuras. Las referencias deben numerarse mediante números arábigos consecutivamente, según el orden en que se mencionen por primera vez en el texto, colocados después de todo

signo de puntuación al final de cada oración o párrafo sin ningún tipo de paréntesis, llave o corchete y en supra-índice. Cuando hay más de una cita, éstas deben separarse mediante comas, pero si fueran correlativas, se menciona la primera y la última separadas por un guion. Cuando en el texto se menciona un autor, el número de la referencia se pone tras el nombre del autor. Si se trata de un trabajo realizado por dos autores se colocan los nombres de ambos autores y el número de referencia. Si hay más de dos autores, se cita el primero de ellos seguido de la abreviatura “*et al*” y el número de referencia. Se incluirán sólo aquellas referencias consultadas personalmente por los autores. Citar trabajos a través de opiniones de terceros, puede suponer que se le atribuyan opiniones inexistentes. También es frecuente que el trabajo esté mal citado y que contribuyamos a perpetuar errores de citación. El editor podrá determinar cuando una referencia citada a partir de terceros puede ser empleada. Los documentos que se citen deben ser actuales. Para esta revista la discusión se debe centrar en trabajos de máximo 10 años de publicación. El editor podrá determinar excepciones de acuerdo a consideraciones especiales sustentadas y justificadas por el(los) autor(es) y ratificadas por los pares revisores y/o evaluadores. Respecto al número de citas que se deben incluir en cada trabajo, se recomienda que los artículos originales derivados de investigación y los reportes de casos incluyan hasta 25 referencias; mientras que las revisiones sistemáticas de la literatura y las revisiones de tema incluyan mínimo 50 referencias. El editor podrá determinar excepciones de acuerdo a consideraciones especiales sustentadas y justificadas por el(los) autor(es). Para evitar errores en la construcción de una referencia bibliográfica en el Estilo Vancouver, se recomienda verificar las referencias con los documentos originales o en PubMed. Una vez finalizada la sección de referencias, el(los) autor(es) debe(n) asegurarse de la correspondencia de las citas en el texto y el número asignado en las referencias. Se recomienda al(los) autor(es) evite citar resúmenes, la citación de una referencia bibliográfica implica la lectura de la totalidad de la misma. Del mismo modo que se debe evitar la citación de referencias bibliográficas en proceso de publicación, para lo cual se debe manifestar entre paréntesis “en prensa” o “en proceso de publicación”, lo cual podrá ser corroborado por el editor y decidir si acepta o no la referencia. Esta revista no aceptará la referencia de comunicaciones personales, salvo que el(los) autor(es) envíen copia del documento adjunto a la carta de envío y justifiquen su citación. El orden de la ficha bibliográfica (referencia) será el recomendado por las Normas Vancouver, para lo cual El(los) autor(es) podrá(n) basarse en los ejemplos que ofrece el Index Médus de la NLM. Allí mismo se pueden consultar las abreviaturas de los títulos de las revistas en el listado de revistas indizadas (List of Journals Indexed in Index Medicus) y el Index Medicus Latino-Americano (IMLA) de Latindex. De igual forma la abreviatura de determinado nombre de revista puede ser consultada en el sitio web de la misma. Consultar Index Medicus: <http://www.nlm.nih.gov/archive/20130415/tsd/serials/lji.html>

El estilo de los Requisitos Uniformes denominado Estilo Vancouver, en gran parte se basa en el estilo normalizado del Instituto Nacional Estadounidense de Estándares (del inglés American National Standards Institute –ANSI–) adoptado por la NLM pasa sus bases de datos. Los Requisitos de Uniformidad Estilo Vancouver contienen 41 ejemplos de diferentes documentos que pueden utilizarse como referencias bibliográficas y la manera como deben ir en la sección referencias. Consultar NIH (International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals: Sample References): http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Tablas: El(los) autor(es) debe(n) adjuntar las tablas al final del manuscrito después de las referencias en una página aparte. Cada tabla se organiza en una página aparte. Las tablas pueden ser citadas en el cuerpo del manuscrito (introducción, materiales y métodos, resultados y/o discusión), sin embargo solo las que presenten resultados deberán ser citadas por primera vez en la sección de resultados. Las tablas se deben numerar con números arábigos consecutivos 1, 2, 3... de acuerdo al número de tablas y al orden de citación, y se les debe asignar un título a cada una de ellas. Las tablas se citan de la siguiente forma (Tabla 1) antes del punto final o punto aparte del párrafo más apropiado para citarlas. En caso de citar varias tablas en una misma cita se hará de la siguiente forma (Tablas 1 y 2) ó (Tablas 1-3). El(los) autor(es) debe(n) asegurarse de que cada tabla se halle citada en el texto. Las tablas deben ser diseñadas directamente en el mismo procesador de texto en el que se ha desarrollado todo el manuscrito (Microsoft Office Word® 2013 para Windows® o Microsoft Office Word® 2011 para Mac®). No se aceptan tablas exportadas en formatos de imagen desde los diferentes programas estadísticos. Se deben insertar las filas y las columnas necesarias. En la primera fila agrupando todas las celdas de las columnas se debe colocar el número de la tabla (Tabla 1) y su título respectivo. En la segunda fila se deben colocar los encabezamientos de las columnas. De la tercera fila en adelante –las que sean necesarias– se colocaran los datos. En la última fila –en caso de ser necesario– se pueden colocar explicaciones adicionales o abreviaturas no usuales empleadas en cada tabla, a manera de llamadas para notas al pie, utilizando asteriscos (*, ** y ***). En caso de más de tres notas al pie se pueden utilizar números arábigos consecutivos (1, 2, 3, 4...). Para el diseño de la tabla se debe emplear el formato tabla con cuadrícula. No se deben hacer rellenos a las celdas. No se debe cambiar el tipo y el tamaño de la letra. El interlineado se debe mantener en 1,5 líneas. Si en la tabla se incluyen datos de otras publicaciones se debe colocar la referencia Estilo Vancouver de acuerdo al número consecutivo que va hasta el momento de citar la tabla en caso que la referencia se cite por primera vez, de allí la numeración continuará después de la tabla. Si la referencia se ha citado con anterioridad se coloca el mismo número de citación. Si la tabla es muy extensa e implica una dificultad en el diseño de la

revista, el editor podrá sugerir al(los) autor(es) que la citen como anexo para colocarla al final del manuscrito. El número máximo de tablas y de figuras será de seis. Será El(los) autor(es) el(los) que defina(n) cómo distribuir el número de tablas y de figuras.

Figuras: El(los) autor(es) debe(n) adjuntar las figuras al final del manuscrito después de las tablas en una página aparte. Cada figura se organiza en una página aparte. Las figuras pueden ser citadas en el cuerpo del manuscrito (introducción, materiales y métodos, resultados y/o discusión), sin embargo solo las que presenten resultados deberán ser citadas por primera vez en la sección de resultados. Las figuras se deben numerar con números arábigos consecutivos 1, 2, 3... de acuerdo al número de tablas y al orden de citación, y se les debe asignar un título a cada una de ellas. Las figuras se citan de la siguiente forma (Figura 1) antes del punto final o punto aparte del párrafo más apropiado para citarlas. En caso de citar varias tablas en una misma cita se hará de la siguiente forma (Figuras 1 y 2) ó (Figuras 1-3). El(los) autor(es) debe(n) asegurarse de que cada figura se halle citada en el texto. Debajo de cada figura debe ir un pie de foto en el que se ponga el número de la figura (Figura 1) y una breve explicación de lo que se muestra en la figura. No se debe cambiar el tipo y el tamaño de la letra. El interlineado se debe mantener en 1,5 líneas. Si las figuras corresponden a fotografías, estas deben ser de una resolución mayor a 300 DPI, en formatos de imagen PNG o TIF (nunca JPG) y no deben ser modificadas o recortadas, es decir, a la revista deben enviarse las figuras originales insertadas directamente en el documento del manuscrito. En caso que el editor estime conveniente, solicitará las fotografías originales al(los) autor(es). En caso de emplearse figuras correspondientes a fotografías de seres humanos, éstas no deben ser identificables y su uso debe estar autorizado por el consentimiento informado. Del mismo modo, en caso de utilizar una figura modificada a partir de la figura de otro autor se deberá citar la referencia bibliográfica en el pie de foto. Si se va a utilizar la misma figura sin ningún tipo de modificación, el editor solicitará el permiso del correspondiente autor para reproducir la figura. La única excepción se da en las imágenes de dominio público. Si las figuras corresponden a gráficos estadísticos elaborados con herramientas tipo Microsoft Office Power Point® 2013 para Windows® o Microsoft Office Power Point® 2011 para Mac®, o tipo Microsoft Office Excel® 2013 para Windows® o Microsoft Office Excel® 2011 para Mac®, deberán importarse directamente en el documento del manuscrito. Solo se aceptarán gráficos de otro software estadístico cuando estos no puedan elaborarse en los procesadores mencionados y deberán ser insertados como una fotografía, al mismo tiempo que deben cumplir con los mismos requisitos.

• Otras consideraciones a tener en cuenta:

Unidades de medida: Las medidas de longitud, talla, peso y volumen se deben expresar en unidades métricas (metro, kilogramo,

litro) o sus múltiplos decimales. Las temperaturas se deben expresar en grados Celsius (centígrados) y las presiones arteriales en milímetros de mercurio. Todos los valores de parámetros hematológicos y bioquímicos se presentarán en unidades del sistema métrico decimal, de acuerdo con el Sistema Internacional de Unidades (SI). No obstante, el editor podrán solicitar que, antes de publicar el manuscrito y en determinado caso, el(los) autor(es) añada(n) unidades alternativas o distintas de las del SI. Para el caso de las nomenclaturas de genes, nombres de especies biológicas y notaciones específicas se utilizarán las universalmente aceptada por las diferentes organizaciones internacionales.

Abreviaturas y símbolos: Se deben utilizar únicamente abreviaturas normalizadas. Se deben evitar las abreviaturas en el título, en el resumen y en las palabras clave. Cuando en el texto se emplee por primera vez una abreviatura, ésta debe ir precedida del término completo –por ejemplo: PCR (polymerase chain reaction) –, salvo si se trata de una unidad de medida común. De allí en adelante se podrá utilizar la abreviatura. Si las abreviaturas son en inglés, deberá colocarse el término completo en inglés. Lo propio si la abreviatura es en español.

Correcciones, retracciones o notas explicativas sobre los resultados de la investigación: En principio, el editor asume que los trabajos que envían los autores se basan en estudios honestos basados desde todo punto de vista en buenas prácticas de investigación. Sin embargo, el mismo editor o los pares revisores y/o evaluadores pueden detectar dos tipos de conflictos muy comunes: los errores involuntarios producto, por ejemplo, de una búsqueda insuficiente de fuentes de información primaria por limitaciones en el acceso a bases de datos que pueden ser fácilmente corregibles por los autores; y el fraude científico ante la detección plagio, auto-plagio y/ conflictos de interés comerciales asociado

a malas prácticas de investigación, lo cual ocasiona al rechazo absoluto del manuscrito.

Confidencialidad: La revista manifiesta que todo el proceso de recepción, revisión y/o evaluación, edición y publicación se lleva a cabo con el debido respeto a la confidencialidad de los autores. Al ser una revista con sistema de revisión por pares expertos (peer-review), se garantiza que los revisores no van a conocer la identidad de los autores así como los autores no van a conocer la identidad de los revisores, con el propósito de evitar conflictos de intereses. Por tanto el editor y el comité editorial no divulgarán ninguna información acerca de la recepción, contenido, situación del proceso de evaluación, críticas de los revisores, o decisión final sobre el manuscrito a ninguna persona, excepto a los mismos autores y revisores del mismo. Del mismo modo, los manuscritos recibidos para revisión y/o evaluación por pares, serán manejados conforme los derechos de los autores y las buenas prácticas editoriales de las revistas biomédicas, de tal forma que en todo momento se velará por la confidencialidad de la información salvaguardando la divulgación y la revelación de la misma contenida en los manuscritos hasta el momento de su publicación oficial en el OJS. El editor, el comité editorial y los pares revisores y/o evaluadores dejan claro que los manuscritos sometidos a revisión y/o evaluación son documentos privados y propiedad de los autores. Por tanto, El editor, el comité editorial y los pares revisores y/o evaluadores respetarán los derechos de los autores no discutiendo en público el trabajo de los autores o utilizando las ideas contenidas en el manuscrito, antes de que el mismo haya sido publicado. El revisor y/o evaluador no debe realizar copias del manuscrito para su archivo propio y no ha de intercambiarlo con otras personas, excepto con la autorización del editor.



Salutem Scientia Spiritus

**Revista de divulgación científica de la Facultad
de Ciencias de la Salud de la Pontificia
Universidad Javeriana Cali**

ISSN: 463-1426 (En Línea)