

Generación Siglo 21

MEMORIAS CONGRESO INTERNACIONAL DE CUIDADO DE ENFERMERÍA Y SEMINARIO DE ÉTICA

"CUIDADO DE LA VIDA RESPONSABILIDAD DE TODOS"

Diciembre de 20

ede Administrativa: Dg 18 No. 20-29
Fusagasugá - Cundinamarca
PBX (+57 1) 828 1483
Línea gratuita: 01 8000 976000
e-mail: info@ucundinamarca.edu.co

I er. Congreso y V Seminario



PRESENTACIÓN

El cuidado de la vida sucede en el contexto del proceso vital humano que es dinámico, ocurre entre dos polaridades, la vida y la muerte, donde está inmerso el proceso salud-enfermedad. La salud es una vida con bienestar continuo y la enfermedad una vida con limitaciones en el bienestar. En este proceso vital humano, se incluyen las dimensiones de la realidad bionatural, social, psicológica, estética y de trascendencia, esto implica la complementariedad entre los saberes. El proceso de cuidar se centra en las interrelaciones humano-humano, con una serie de conocimientos muy bien diferenciados, valores, dedicación, relación moral e interpersonal con el sujeto de cuidado.

Esta edición del Congreso se llevó a cabo en la Sede Fusagasugá de la Universidad de Cundinamarca, propiciando en las regiones del Sumapaz y del Alto Magdalena el fortalecimiento de la profesión y de sus graduados, así como también del cuidado de enfermería, para el beneficio de la calidad de vida de las personas, familias y comunidades.

Desde el enfoque ético, el encuentro busco en el profesional de enfermería el logro de la exigencia en el conocimiento de las implicaciones éticas y humanas en el cuidado de enfermería, para responder por los actos de una buena práctica, así como por aquellos de negligencia o de mala práctica. Por lo tanto, se espera generar espacios de reflexión y cuestionamiento frente al quehacer consigo mismo, con los otros y en el ejercicio de la profesión.

DIRECTIVAS DE LA UNIVERSIDAD

Vicerrector académico:

Orlando Blanco Zúñiga

Director de interacción universitaria:

Omar Fernando Muñoz Dimaté

Oficina de internacionalización

Sonia Liliana Pinto Pinto

Director del congreso:

Joaquín Ricardo Acosta Medina
Decano facultad de ciencias de la salud

Coordinador del Programa:

Sandra Patricia Carmona Urueña

Coordinador del Congreso:

Nohora Ofelia Reyes Jiménez
María Victoria Rojas Martínez

Comité científico:

Claudia del Rocio Contreras Rodriguez
Margarita Rodríguez Hernández

Comité de logística:

Luz Ángela Varón Ortiz
Nieves Ávila Ávila
Hugo Fernando Ramírez Jaramillo
Andrea Carolina Gómez Carvajal
Nohora Ofelia Reyes Jiménez
María Del Pilar Cubides Rojas
Sandy Paola Méndez Clavijo
Adriana Hernández Bustos
Lina Marcelly Bazurto Urquijo
Mary Esther Figueroa Núñez
Shirley Johana Buitrago Medellín
María Victoria Rojas Martínez
Pedro Alejandro Salamanca Castro

José Rubén Vargas Díaz
Marcela Alejandra Bermúdez Valdez
Ezequiel Duarte Quevedo
Leidy Johana Mejía Hernández
Norma Constanza Reyes Pérez
Adriana Marcela Perdomo Martínez
Estudiantes Profundización Crónico

Comité organizador del congreso:

Joaquín Ricardo Acosta Medina
Sandra Patricia Carmona Urueña
Nohora Ofelia Reyes Jiménez
María Victoria Rojas Martínez
José Rubén Vargas Díaz
Yamile Vargas Hernández

TABLA DE CONTENIDO

I. EJE TEMÁTICO: CUIDADO Y PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN LA PERSONA CON ENFERMEDAD CRÓNICA

EL AUTOMANEJO EN EL PACIENTE CRÓNICO	7
INVESTIGACIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA EN ENFERMERÍA SOBRE EL AUTOCAUIDADO EN LA PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO.....	15
CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN Y CAPACIDAD DE AUTOEFICACIA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN DIÁLISIS.....	24
CUIDADO PALIATIVO EN EL PACIENTE CON CÁNCER.....	34
USO DE EVIDENCIA EN LA PUESTA EN MARCHA DE INTERVENCIÓN PARA EL CUIDADO EN LA CRONICIDAD.....	40
PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y FUNCIONAL PARA EL ADULTO MAYOR CON LIMITACIÓN EN EL ÁMBITO DOMICILIARIO.....	43

II. EJE TEMÁTICO: CUIDADO Y PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN LA PERSONA EN ESTADO CRÍTICO

CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ACCESO VASCULAR.....	48
ROL DE ENFERMERÍA EN LAS NUEVAS TENDENCIAS DE NEUROMONITORÍA EN EL PACIENTE CRÍTICAMENTE ENFERMO.....	42
ROL DEL ENFERMERO EN EL LABORATORIO DE CARDIOLOGÍA NO INVASIVA COMO SONOGRAFISTA CARDIACO.....	61

III. EJE TEMÁTICO: SEGURIDAD DEL PACIENTE

GESTIÓN CLÍNICA EN UNIDADES DE SALUD MENTAL.....	66
CLÍNICA DE HERIDAS: COMPETENCIA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	70
GESTIÓN DEL RIESGO DESDE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN.....	85
ASPECTOS ÉTICOS LEGALES DE LA HISTORIA CLÍNICA EN ENFERMERÍA	92

IV. EJE TEMÁTICO: CUIDADO Y PRÁCTICA DE ENFERMERÍA DESDE LA ÉTICA Y LA BIOÉTICA

ATENCIÓN HUMANIZADA: LO TANGIBLE DE LO INTANGIBLE.....	107
RESPONSABILIDAD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA FRENTE A LA ÉTICA.	112
EL CUIDADO DE LO INVISIBLE.....	117
LA ÉTICA EN LA COTIDIANIDAD.....	121

V. EJE TEMÁTICO: TEMA LIBRE

LA ENFERMEDAD CORONARIA: UN RETO PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.....	124
DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LAS CONDICIONES FAMILIARES E INDIVIDUALES EN EL CONTEXTO DE RURALIDAD EN EL CORREGIMIENTO DE CHICORAL TOLIMA.....	129
EVALUACIÓN DEL AUTOCUIDADO EN SALUD SEXUAL Y PROCREATIVA DE LAS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA.....	143

PONENCIAS

I. EJE TEMÁTICO: CUIDADO Y PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN LA PERSONA CON ENFERMEDAD CRÓNICA

EL AUTOMANEJO EN EL PACIENTE CRÓNICO

Enf. PhD. María Isabel Peñarrieta de Cordova.
Instituto Nacional de salud Pública de México.
correo electrónico: decordova.mariaisabel@gmail.com

Resumen

El automanejo: "Autogestión ... implica involucrarse en actividades que protegen y promueven la salud, controlan y administran los síntomas y signos de enfermedad, manejan los impactos de la enfermedad en el funcionamiento, las emociones y las relaciones interpersonales y se adhieren a los regímenes de tratamiento", con seis principios. Los principales programas de automanejo evaluados en su efectividad son: Programa Tomando control de su salud de la Universidad Stanford y el Programa Flinders de la Universidad Flinders, Australia. Ambos programas se complementan y favorecen a la persona que recibe dichos programas. Una de las habilidades a desarrollar como profesionales de salud para promover el automanejo es el enfoque centrado en el paciente, y las habilidades para cambiar el comportamiento. Ambos programas se están implementando en el Proyecto: Redes de automanejo en enfermedades crónicas.

Palabra clave: Automanejo, enfermedades crónicas, comportamiento, comunidad

1. EL AUTOMANEJO EN PERSONAS CON CONDICIONES CRÓNICAS

El automanejo de enfermedades crónicas se acomoda a diversos enfoques genéricos debido a que se comprende que existen tareas genéricas que realizar independientemente del diagnóstico. La revisión de la literatura identificó una definición de automanejo del Centro para el Avance de la Salud que Combina los aspectos médicos (biológicos), psicológicos y sociales del automanejo que podría

aplicarse a cualquier condición crónica (Bauer, et al,2014) : "Autogestión ... implica involucrarse en actividades que protegen y promueven la salud, controlan y administran los síntomas y signos de enfermedad, manejan los impactos de la enfermedad en el funcionamiento, las emociones y las relaciones interpersonales y se adhieren a los regímenes de tratamiento". Esto proporcionó una definición conceptual del automanejo que llevó a un grupo de investigadores de la Universidad de Flinders Australia a identificar 6 principios del automanejo de la condición crónica que, si adoptado por un individuo con condiciones crónicas, podría permitir una automanejo óptima.

1. Tener conocimiento de su condición
2. Siga un plan de tratamiento (plan de cuidado) acordado con los profesionales de la salud.
3. Participar activamente en la toma de decisiones con los profesionales de la salud.
4. Monitorear y manejar los signos y síntomas de su condición.
5. Gestionar las condiciones de impacto en la vida física, emocional y social.
6. Adoptar estilos de vida que promuevan la salud. (Battersby, 2006)

Este comportamiento de automanejo trae como consecuencia en la persona con condición crónica:

- Ayuda a comprometer a los pacientes en su tratamiento para que estén comprometidos con su manejo de la salud y puedan cumplir con el tratamiento y otros factores de estilo de vida positivos relacionados con su condición (es decir, plan de cuidado, manejo de medicamentos y factores dietéticos)
- Implica educación sobre las condiciones de salud y el manejo de las mejores prácticas tanto para los pacientes como para los proveedores de atención médica
- Promueve la idea de asociación... comprometiéndose con los médicos
- Incluye grupos de autoayuda y de apoyo al consumidor (Harvey PW, 2007)

En los últimos años, el cambio en las estructuras sociales y demográficas ha generado cambios aún mayores en la naturaleza del paciente y en la relación entre éste y los profesionales de la salud. (Bodenheimer, et al 2002). La OMS ha redefinido el significado de salud y ahora se refiere a “la habilidad de adaptación y automanejo frente a los desafíos sociales, físicos y emocionales” (Huber, M,et al 2011) (citado en Sattoe, J. et al,2011). Un elemento clave para definir la educación en el automanejo de enfermedades crónicas es que la persona pueda aplicar sus habilidades en tres aspectos de su enfermedad: médico, social (factores interpersonales), y emocional (factores intrapersonales) (Bodenheimer, T., et al, 2011) La filosofía de empoderamiento del paciente se ha vuelto posteriormente aún más importante para los modelos de automanejo de enfermedades crónicas donde se reconocen y respetan las creencias y valores de la persona (Pulvirenti, M.,et al 2014). El rol de empoderar a los pacientes para que cuiden de sí mismos en la manera en que lo prefieran se considera central para el trabajo conjunto de pacientes y cuidadores, pues el paciente tiene más control

de su salud (Pulvirenti, M. et al 2014). Los indicadores de empoderamiento del paciente incluyen la autoeficacia y la proactividad para tomar decisiones autónomas e informadas sobre su salud y la atención que cubre sus necesidades culturales y psicológicas (Bravo, P., et al 2015). Asimismo, estos indicadores son reflejo de los niveles de relaciones colaborativas entre el paciente y los cuidadores (Anderson, R. M., et al . 2010).

"El automanejo de la condición crónica ahora es promovida internacionalmente no sólo como una posible solución a los problemas de salud de nuestra población cada vez más crónicamente enferma y envejecida, sino como parte de una nueva ola de iniciativas dirigidas por los usuarios de los servicios de salud. Estos usuarios, están ahora indicando que quieren estar más involucrados en la gestión de sus vidas y sus opciones de atención médica. Sin embargo, este nuevo énfasis en la autogestión plantea preguntas cruciales sobre dónde debería terminar la acción y el control del consumidor en el cuidado de la salud y donde podría comenzar la intervención clínica y médica. (Harvey PW, et al 2007)

2. ¿COMO PODEMOS DAR SOPORTE AL AUTOMANEJO EN PERSONAS CON CONDICIONES CRONICAS?

- Tener conocimiento no es suficiente
- Decirle a las personas lo que deben hacer no es suficiente

Se considera al menos dos aspectos importantes:

a. ENFOQUE CENTRADO EN EL PACIENTE

En primer lugar, la atención prestada por los profesionales debe girar en torno al enfermo: es decir, deben adoptar un enfoque centrado en el paciente. «Intenta ponerse en el lugar del enfermo y ver la enfermedad a través de sus ojos» (McWhinney, 1999)

Comunicación eficaz

- Aptitudes de comunicación que les permitan obtener información desde el punto de vista del paciente, generar confianza en la confidencialidad de la relación y Adaptarse al nivel de comprensión de cada paciente.
- Debe capacitarse a los profesionales para que se sientan cómodos preguntando a los pacientes por sus preocupaciones, sentimientos, situación social y comportamientos
- Dar pie a que los pacientes expresen —sin ser juzgados— sus valores y sus preferencias en relación con la atención
- Los enfermos crónicos necesitan contar con diversas aptitudes de autotratamiento para controlar los síntomas y reducir las complicaciones al mínimo.

- Es beneficioso para los pacientes disponer de un conjunto de aptitudes — conocimientos y hábitos— de autotratamiento que les permitirán reducir al mínimo las complicaciones o retrasar su aparición de modo definitivo, como son:
 - aptitudes de adaptación (control de las emociones relacionadas con las enfermedades crónicas)
 - fijación de objetivos (para hábitos específicos y moderadamente difíciles)
 - auto vigilancia (llevar un control de los hábitos)
- Otro componente de la atención de salud centrada en el paciente es la vigilancia y coordinación de la atención a lo largo del tiempo.
- La atención de las enfermedades crónicas es continua y permanente y, por ende los profesionales deben estar cualificados para celebrar consultas de seguimiento, así como de planificarlas y de asegurarse de que los pacientes las reciben

b. HABILIDADES PARA CAMBIAR EL COMPORTAMIENTO

- Tener conocimiento de modelos /teorías de cambios de comportamiento en salud
- Entrevistas motivacionales
- Aspectos Básicos del Cambio de Conducta: **MOTIVACION**
- Las personas cambian las conductas dependiendo de lo que el cambio significa para ellas
- Nuestro trabajo consiste en descubrir ese significado
- Autoeficacia

Para que las personas puedan cambiar su comportamiento, deben tener las habilidades y confianza necesarias para cambiar

- Si alguien cree que puede hacer algo, entonces, probablemente tendrá éxito

3. BREVE DESCRIPCIÓN DE DOS INTERVENCIONES PRINCIPALES EN EL MUNDO QUE PROMUEVEN EL AUTOMANEJO EN CONDICIONES CRÓNICAS: PROGRAMA DE STANFORD Y PROGRAMA FINDER

En la actualidad, existen enfoques disponibles para ayudar a que los profesionales colaboren con los pacientes en el automanejo de enfermedades crónicas, ya que es un área cada vez más necesitada y que genera mayor atención. Presentamos en este capítulo el Programa de la Universidad Stanford, USA y el de la Universidad Flinders, Australia, son programas que han demostrado su efectividad con estudios de seguimiento por varios años, ambos programas son reconocidos a nivel mundial en varios países del mundo. En general, los programas de automanejo tienen como objetivo ayudar a que los individuos controlen

mejor su tratamiento médico y enfrenten el impacto de la enfermedad en su bienestar físico y mental. (Lorig, K. R., et al 2000).

Presentamos brevemente las características de ambos programas, así como los beneficios, críticas, desventajas y barreras identificadas en investigaciones en otros países.

Programas	Descripción	Beneficios y críticas
Stanford (Battersby MW, 2006)	Se desarrolla en seis sesiones educativas, desarrolladas una por semana con una duración de dos horas y 30 minutos cada sesión. Se cuenta con protocolos estandarizados para desarrollar cada sesión.	El curso está dirigido por sus compañeros; por lo tanto, podría ser más relevante por las experiencias de vida de los pacientes. Se presta atención a la resolución del problema y planteamiento de metas desde la perspectiva de la persona no desde la profesional. Por eso, es probable que el paciente se sienta más motivado. El empoderamiento se consigue compartiendo y aprendiendo de los compañeros y trabajando en grupos. El trabajo en grupo reduce el aislamiento y facilita la autoeficacia. A quienes se les ha hecho difícil integrarse o quienes desconfiaban de otro tipo de atención, encontrarán este enfoque menos inseguro. El uso de escalas dentro de evaluación inicial y posterior y de herramientas para las observaciones que cambian/progresan puede medirse objetivamente en el tiempo y se acomodan bien a una evaluación más rigurosa.
Flinders (Battersby MW ,2008)	Consta de 4 herramientas para implementar el Programa: -Escala de automanejo: Partners in Helath Scale (PHS)	Se prioriza la interacción individualizada y centrada en el paciente (usando objetivos y problemas identificados en los pacientes), por eso, es más relevante lo que el paciente quiere trabajar, no necesariamente lo que el profesional de la salud percibe como lo más importante. Promueve los cambios en los sistemas dentro de las organizaciones para mejorar la atención de enfermedades crónicas y el automanejo teniendo una estrecha conexión con los campos del Modelo de atención crónica. Las herramientas son genéricas y pueden usarse en pacientes

	<p>- Guía y respuestas en la entrevista</p> <p>-Identificación de problemas y objetivos</p> <p>-Elaboración del Plan de cuidados</p> <p>Estas herramientas son desarrolladas entre el usuario y el proveedor de salud durante la consulta.</p>	<p>con diversos tipos de enfermedades crónicas y factores de riesgo.</p> <p>Las herramientas son altamente adaptables a diferentes poblaciones y contextos (salud mental, adicciones, diabetes, pacientes con problemas cardíacos y respiratorios, embolias, poblaciones y comunidades aborígenes y centros de atención para el adulto mayor).</p> <p>Las herramientas se adecúan a las personas con multimorbilidad, dado que la entrevista y el proceso del plan de cuidado captura la complejidad y la interdependencia de los casos.</p> <p>La instrucción para la entrevista motivacional se realiza dentro de la capacitación general y está inherente en la estructura de las herramientas.</p> <p>Se ha evaluado científicamente la eficacia de estas herramientas en series aleatorias, en ensayos controlados y no controlados por más de 10 años.</p>
--	--	--

Ambos programas se están implementando en México y Perú a través del Proyecto: Red de automanejo en enfermedades crónicas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, R. M., & Funnell, M. M. (2010). Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling*, 79(3), 277–282.
- Bauer, U. E., Briss, P. A., Goodman, R. A., & Bowman, B. A. (2014). Prevention of chronic disease in the 21st century: Elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA. *The Lancet*, 384(9937), 45–52.
- Battersby, M. W., Fhbhru training team. The ‘Flinders Program’ of Chronic Condition Self-Management: Information Paper. Adelaide: Flinders University, Adelaide Available from: http://som.flinders.edu.au/FUSA/CCTU/self_management.htm#sixPrinciples.2006
- Battersby MW. A risk worth taking. *Chronic Illness* 2006;2:265–9.
- Battersby MW, Ah Kit J, Prideaux C, Harvey PW, Collins JP, Mills PD. Implementing the Flinders Model of self-management support with Aboriginal people who have diabetes: findings from a pilot study. *Aust J Prim Health* 2008;14:66–74.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*, 288(19), 2469–2475.
- Bravo, P., Edwards, A., Barr, P. J., Scholl, I., Elwyn, G., & McAllister, M. (2015). Conceptualising patient empowerment: A mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1.
- Harvey PW, Docherty B. Sisyphus and chronic disease self-management: health care and the self-management paradox. *Australian Health Review*. [feature article]. 2007 May;31(2):184-92
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., et al. (2011). How should we define health? *BMJ (Clinical Research Edition)*,. doi:10.1136/bmj.d4163.
- Funnell, M. M., & Anderson, R. M. (2004). Empowerment and self-management of diabetes. *Clinical Diabetes*, 22(3), 123.

- Laverack, G. (2009). *Public health: Power, empowerment and professional practice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Lorig, K. R., Sobel, D. S., Ritter, P. L., Laurent, D., & Hobbs, M. (2000). Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Effective Clinical Practice: ECP*, 4(6), 256–262.
- McWhinney I. The need for transformed clinical method. In: M. Stewart, D Roter, eds. *Communicating with medical patients*. London, Sage, 1999
- Pulvirenti, M., McMillan, J., & Lawn, S. (2014). Empowerment, patient centred care and self-management. *Health Expectations*, 17(3), 303–310. doi:10.1111/j.1369-7625.2011.00757.x.
- Sattoe, J. N., Bal, M. I., Roelofs, P. D., Bal, R., Miedema, H. S., & van Staa, A. (2015). Self-management interventions for Young people with chronic conditions: A systematic overview. *Patient Education and Counseling*, 98(6), 704–715.

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA EN ENFERMERÍA SOBRE EL AUTOCUIDADO EN LA PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO

Enf. Mg. Mónica Paola Quemba Mesa.
Docente Universidad de Boyacá.
correo electrónico: mpquemba@uniboyaca.edu.co

Resumen

Introducción: El Pie Diabético (PD) es una complicación prevenible de la Diabetes Mellitus (DM) que causa alteraciones físicas, sociales y emocionales en los individuos, teniendo implicaciones también a sus familias y en el sistema de salud. La incorporación de actividades rutinarias de autocuidado pedio, es decir el tener un nivel alto de agencia de autocuidado, es fundamental en la prevención del PD. En Colombia se presentan falencias en la prevención del PD, y son pocos los estudios que se han hecho sobre esta temática.

Palabras clave: Pie Diabético, Factores de Riesgo, Autocuidado, Enfermería (Fuente: DeSC BIREME)

Objetivo: Mostrar la experiencia y los aprendizajes en el desarrollo de la línea de investigación cuantitativa y cualitativa en enfermería sobre el autocuidado en la prevención del PD.

Metodología: Descripción de los tipos de estudios que se han desarrollado progresivamente en esta línea de investigación, analizando sus principales aportes y las perspectivas que estos generan en la investigación regional sobre el autocuidado en la prevención del PD.

Resultados: En la línea de investigación se han desarrollado desde el año 2013 a la fecha un estudio cuantitativo trasversal, un cuantitativo correlacional, un cualitativo fenomenológico, se construyó y se está validado un instrumento de medición, y se proyecta generar una intervención de enfermería que pueda implementarse y medir su efectividad por medio de estudios experimentales.

Conclusiones: En el desarrollo de esta línea de investigación se ha evidenciado la necesidad de fortalecer la atención a la persona con DM mejorando su nivel de autocuidado para prevenir complicaciones como el PD. Así, se muestra que el concepto de autocuidado es útil para orientar el abordaje a las personas DM en el contexto colombiano. Se ha generado nuevo conocimiento de Enfermería para las Ciencias de la Salud sobre el autocuidado en la prevención del PD en el contexto nacional, insumo para el diseño de programas estructurados de prevención de PD.

ANTECEDENTES

La Diabetes Mellitus (DM) es una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando la insulina producida por el páncreas es insuficiente o no se puede utilizar con eficacia, estimándose que unos 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980 lo que representa la duplicación de su prevalencia mundial desde ese año, pasando así de 4,7% a 8,5% en la población adulta¹.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2008 en Colombia la prevalencia de hiperglucemia en ayunas en adultos fue de 6,7% en hombres y de 6,1% en mujeres, siendo esta más baja que en los países de ingresos medianos altos los cuales alcanzaron valores de 10,4% y 10,3%, respectivamente; así en 2007 a nivel nacional la prevalencia de diabetes referida por entrevista fue de 3,51%². Los departamentos con las prevalencias más elevadas fueron: Boyacá, Guaviare, Cundinamarca, Quindío y Santander³.

En relación al Pie Diabético (PD) como una de las complicaciones prevenibles de la DM es importante mencionar que hasta el 50% de las personas con esta patología tienen factores de riesgo de PD, que entre el 40% y el 50% desarrollarán PD en su vida, y que en un 20% de estos casos se requiere de amputaciones como parte de su tratamiento⁴. De igual manera, la literatura resalta la importancia de las actividades de autocuidado en la prevención del PD, no bastando solamente con que los profesionales de la salud las enseñan a los paciente, puesto que para que estas sean incorporadas en el cuidado habitual de cada persona, intervienen otros aspectos que componen lo que se conoce como el nivel de agencia de autocuidado⁵.

Consecuentemente, el desarrollo de la línea de investigación cuantitativa y cualitativa en enfermería sobre el autocuidado en la prevención del PD progresivamente ha aportado evidencia frente a que el tener un alto nivel de autocuidado generaría un impacto favorable en la prevención del PD, disminuyendo así la prevalencia de amputaciones y su consecuente

¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre la diabetes. Consultado el 12 de septiembre del 2017. Disponible en: <http://www.who.int/diabetes/global-report/es>

² Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre la diabetes. Consultado el 12 de septiembre del 2017. Disponible en: <http://www.who.int/diabetes/global-report/es>

³ Ministerio de Salud, Republica de Colombia. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2016

⁴ Boulton AJ. The diabetic foot: a global view. *Diabetes/Metabolism research and reviews*. 2000; 16 (1): 2–5.

⁵ L. Coffey, P. Gallagher, O. Horgan, D. Desmond, M. MacLachlan. Psychosocial adjustment to diabetes-related lower limb amputation *Diabet Med.*, 26 (2009), pp. 1063-1067

impacto en la calidad de vida de los pacientes con diabetes⁶⁷⁸. Por lo anterior el presente escrito tiene el propósito de analizar y divulgar la experiencia, los aprendizajes y las recomendaciones que han surgido en el desarrollo de esta línea de investigación.

DESARROLLO DEL TEMA

El desarrollo de la línea de investigación cuantitativa y cualitativa en enfermería sobre el autocuidado en la prevención del PD, se ha considerado de importancia pues permite que se genere conocimiento científico desde Enfermería orientado a mejorar tanto la práctica en salud en torno a la prevención del PD en Colombia, fortaleciendo así el conocimiento en ciencias de la salud en relación a los abordajes integrales a la personas con DM. Además, de forma específica se hace uso del conocimiento disciplinar cualificando la teoría y la práctica enfermera, fortaleciendo la Enfermería como una ciencia en evolución.

De igual manera, el aplicar el Concepto de la Agencia de Autocuidado tomado desde la Teoría de Enfermería de Autocuidado de Orem⁹ de forma transversal en los abordajes cuantitativos y cualitativos de esta línea de investigación, permite que tanto este concepto como esta teoría sigan siendo validadas al demostrar su aplicabilidad para la población colombiana con su contexto específico, esto específicamente en la prevención del PD y las demás complicaciones de la DM.

En general, los resultados que se han generado de esta línea de investigación justifican la necesidad y brindan herramientas para contar con intervenciones y/o programas de prevención de PD como parte de la atención a la persona con DM. Así, en la Tabla No. 1 se muestran tanto los estudios finalizados como la proyección que se tiene de esta línea de investigación.

⁶ Quemba M.P. Relación entre agencia de autocuidado y riesgo de Pie Diabético en personas con Diabetes Mellitus que asisten a un hospital de tercer nivel de atención de Cundinamarca. 2015. Maestría thesis, Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá.

⁷ Quemba MP et al. Detección de factores de riesgo de pie diabético a través de la consulta de enfermería. Informe de investigación. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia, 2013. 62 p.

⁸ Guerrero N.S. y Quemba M.P. Significado que las personas con diabetes mellitus dan a su autocuidado en la prevención del pie diabético. Informe de Investigación – Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá 2015.

⁹ Berbiglia, V. y Banfield, B. Modelos y Teorías en Enfermería: Teoría del déficit de autocuidado. 7 ed. Barcelona: Elsevier Mosly. 2003. p. 265 – 284. ISBN 978-84-8086-716-0

Tabla No. 1: Estudios finalizados y proyección de línea de investigación**Estudios finalizados de la línea:****INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA EN ENFERMERÍA SOBRE EL AUTOCUIDADO EN LA PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO**

Referencia	Objetivo	Diseño	Conclusiones principales
<p>Quemba MP et al. Detección de factores de riesgo de pie diabético a través de la consulta de enfermería. Informe de investigación. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia, 2013. 62 p.</p>	<p>Detectar el riesgo de PD existente en personas con DM asistentes a un hospital colombiano con los instrumentos e indicaciones del Consenso Internacional del PD (1).</p>	<p>Estudio descriptivo - transversal, que tiene como base teórica la Teoría General de Autocuidado de Dorothea Orem. Con una muestra intencional de 56 personas con DM sin lesiones activas en miembros inferiores y con sus capacidades de autocuidado conservadas (atención, orientación, etc.).</p>	<p>+La educación en prevención del PD y la valoración de factores de riesgo de PD es escasa en la atención en salud a las personas con DM.</p> <p>+Características educativas, sociales y de atención en salud precarias se relacionan con un alto riesgo de PD.</p> <p>+La educación en la prevención del PD se relaciona con niveles bajos de riesgo de PD.</p> <p>+Hay baja adherencia terapéutica, por falta de acceso a medicamentos e insumos, y aspectos culturales.</p> <p>+El fomento del autocuidado, la educación en salud, y la valoración del riesgo de PD deben ser parte integral de los programas de control de la DM y prevención del PD,</p>

			en los cuales enfermería es actor fundamental.
<p>Quemba M.M.P. (2015) Relación entre agencia de autocuidado y riesgo de Pie Diabético en personas con Diabetes Mellitus que asisten a un hospital de tercer nivel de atención de Cundinamarca. Maestría thesis, Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá.</p>	<p>Determinar la relación entre el nivel de agencia de autocuidado y la categoría de riesgo de PD en personas con DM asistentes a un hospital de tercer nivel de Cundinamarca.</p>	<p>Estudio descriptivo correlacional entre el puntaje obtenido con la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado y la categoría de riesgo de PD definida en el Consenso Internacional sobre el PD. Estudio basado en el concepto de agencia de autocuidado de Dorothea E. Orem.</p>	<p>Al aumentar el nivel de Agencia de Autocuidado se obtendrá como resultado una categoría más baja de riesgo de Pie Diabético; por tanto al realizar acciones que mejoren el nivel de agencia del autocuidado de las personas con Diabetes Mellitus se tendrá menos riesgo de desarrollo Pie Diabético.</p>
<p>Guerrero N.S. y Quemba M.P. Significado que las personas con diabetes mellitus dan a su autocuidado en la prevención del pie diabético. Informe de Investigación – Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá 2015.</p>	<p>Describir los significados que las personas con Diabetes Mellitus (MD) dan a su autocuidado en la prevención del pie diabético en un hospital de alta complejidad de Cundinamarca</p>	<p>Estudio cualitativo – fenomenológico, que incluyo la realización de entrevistas a profundidad y observación participante registrada en diarios de campo.</p>	<p>Las categorías fundamentales que describen el significado que las personas con DM dan a su autocuidado en la prevención del PD están integradas en las siguientes categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Automanejo de la diabetes ● Percepción sobre qué es el pie diabético

- Impacto emocional de la enfermedad
- El cuidado rutinario de los pies
- Percepción sobre el soporte social

Proyección de la línea:

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA EN ENFERMERÍA SOBRE EL AUTOCUIDADO EN LA PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO

Desarrollo y validación de un instrumento: “Nivel de autocuidado en la prevención del pie diabético”. Este cuenta con 23 ítems calificados en la escala Likert (nunca, pocas veces, con frecuencia y siempre), los cuales se agrupan en 5 dimensiones:

- Automanejo de la diabetes
- Percepción sobre el pie diabético
- Impacto emocional de la enfermedad
- El cuidado rutinario de los pies
- Percepción sobre el soporte social.

Implementación de intervención estructuradas que fortalezcan la agencia de autocuidado previniendo el desarrollo del pie diabético, monitorizando su impacto por medio de los instrumentos ya desarrollados, esto por medio de estudios cuasi experimentales y mixtos.

Fuente: autora del artículo.

REFLEXIONES

Como parte del **aporte social** al desarrollar la línea de investigación cuantitativa y cualitativa en enfermería sobre el autocuidado en la prevención del PD, se generan las siguientes reflexiones:

- Estas investigaciones caracterizaron a la población local, lo cual es la base para estructurar programas regionales de prevención de PD.
- De manera global se identifica que la población colombiana presentan con frecuencia factores de riesgo sistémicos o pre-disponentes (neuropatía, deformidades pedias, antecedentes de úlceras y/o amputaciones).
- En nuestro contexto se evidencia que la educación que se da sobre la temática es escasa y generalmente se hace cuando la persona ya desarrolló complicaciones pedias graves, las cuales incluyen incluso amputaciones como parte del tratamiento del PD.
- Se evidencia que en la atención habitual de la personas con DM se realiza esporádicamente la valoración pedia en busca de factores de riesgo de PD como parte de la atención en salud.
- Se establece que entre mayor nivel de agencia de autocuidado tenga una persona con DM hay un menor riesgo de PD, por tanto se concluye que es indispensable el fortalecer la agencia de autocuidado para prevenir el PD.
- Es necesario fortalecer el nivel de agencia de autocuidado como parte de la atención integral a la persona con DM, siendo elementos centrales la educación en salud y detección oportuna de factores de riesgo de todas las posibles complicaciones.
- Se requiere contar con instrumentos estandarizados y validados para la población colombiana que permitan establecer el nivel de autocuidado en la prevención del PD, lo anterior para establecer las necesidades prioritarias a ser intervenidas y para garantizar monitorizar el impacto de las intervenciones realizadas.

Como parte del **aporte teórico** al desarrollar la línea de investigación cuantitativa y cualitativa en enfermería sobre el autocuidado en la prevención del PD, se generan las siguientes reflexiones:

- Esta línea de investigación ha permitido que se genere nuevo conocimiento de Enfermería para las Ciencias de la Salud sobre el autocuidado en la prevención del PD en el contexto nacional, lo cual es un insumo fundamental para el diseño de programas estructurados de prevención de PD a nivel regional.

- Desde lo conceptual se identifica que en la prevención del PD es importante establecer como cada persona con DM percibe y abordar el automanejo de su estado de salud, la percepción sobre el PD, el impacto emocional de la enfermedad, el cuidado rutinario de los pies y la percepción sobre el soporte social.

Como parte del *aporte disciplinar* al desarrollar la línea de investigación cuantitativa y cualitativa en enfermería sobre el autocuidado en la prevención del PD, se generan las siguientes reflexiones:

- Se sustenta lo fundamental del rol de la enfermera aplicando sus herramientas teórico-prácticas en el fomento de la agencia de autocuidado en la prevención de PD (en todos los roles de la enfermería)
- Se muestra que el concepto de autocuidado son válidas y útiles para orientar el abordaje a las personas DM en el contexto colombiano.

CONCLUSIONES

Tras analizar la experiencia y los aprendizajes en el desarrollo de la línea de investigación cuantitativa y cualitativa en enfermería sobre el autocuidado en la prevención del PD las conclusiones que se generan para la práctica de Enfermería abarcan la necesidad de fortalecer el cuidado a la persona con DM implementando estrategias de prevención de PD y la importancia de promover el desarrollo de programas integrales y participar en las iniciativas de construcción y fortalecimiento de políticas públicas en el tema.

Asimismo, desde la investigación en Enfermería se requiere replicar este diseño de investigación en otras poblaciones, realizar otras investigaciones con otras metodologías de mayor complejidad y diferentes, incluyendo la implementación de intervención estructuradas que fortalezcan la agencia de autocuidado previniendo el desarrollo del pie diabético, monitorizando su impacto por medio de los instrumentos ya desarrollados, esto por medio de estudios cuasi experimentales y mixtos.

De igual manera desde la docencia en Enfermería se generan grandes retos que incluyen el fortalecer la enseñanza en todos los niveles de formación disciplinar (pregrado, formación continua y posgrado) en torno la prevención y manejo del PD, explorando otros campos de formación y desempeño en enfermería poco explorados en Colombia con son la Diabetología y Podología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berbiglia, V. y Banfield, B. Modelos y Teorías en Enfermería: Teoría del déficit de autocuidado. 7 ed. Barcelona: Elsevier Mosly. 2003. p. 265 – 284. ISBN 978-84-8086-716-0
- Boulton AJ. The diabetic foot: a global view. *Diabetes/Metabolism research and reviews*. 2000; 16 (1): 2–5.
- Guerrero N.S. y Quemba M.P. Significado que las personas con diabetes mellitus dan a su autocuidado en la prevención del pie diabético. Informe de Investigación – Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá 2015.
- L. Coffey, P. Gallagher, O. Horgan, D. Desmond, M. MacLachlan Psychosocial adjustment to diabetes-related lower limb amputation *Diabet Med.*, 26 (2009), pp. 1063-1067
- Ministerio de Salud, Republica de Colombia. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2016
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre la diabetes. Consultado el 12 de septiembre del 2017. Disponible en: <http://www.who.int/diabetes/global-report/es>
- Quemba M.P. Relación entre agencia de autocuidado y riesgo de Pie Diabético en personas con Diabetes Mellitus que asisten a un hospital de tercer nivel de atención de Cundinamarca. 2015. Maestría thesis, Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá.
- Quemba MP et al. Detección de factores de riesgo de pie diabético a través de la consulta de enfermería. Informe de investigación. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia, 2013. 62 p.

CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACION Y CAPACIDAD DE AUTOEFICACIA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN DIALISIS

Enf. Mg. Sandy Caterine Cruz Espinosa.
Terapia dialítica. Baxter.
correo electrónico:sandyce@hotmail.com

Palabras Claves: Capacidad de Afrontamiento y Adaptación, Capacidad de Autoeficacia, Paciente con Enfermedad renal Crónica, Diálisis.

Resumen

Objetivo: Determinar la correlación entre la capacidad de afrontamiento y adaptación y la capacidad de autoeficacia de los pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis

Método: CORRELACIONAL DESCRIPTIVO.

Resultados: Los resultados de esta investigación evidenciaron que existió una correlación significativa $p=0,500^{**}$, convirtiéndose la capacidad de autoeficacia en una variable predictora de la capacidad de afrontamiento y adaptación.

Conclusiones: La capacidad de autoeficacia en el paciente con ERC en diálisis impacta de manera positiva, genera cambios de comportamiento frente a su enfermedad y tratamiento, le permite ser consciente, tomar de la decisión y ser autor de propio cuidado, influenciar en el mismo, fomentando adecuadas estrategias de afrontamiento y a su vez logrando una mejor adaptación frente a su problema de salud.

Palabras Clave: Capacidad de Afrontamiento y Adaptación, Capacidad de Autoeficacia, Paciente con Enfermedad renal Crónica, Diálisis.

INTRODUCCIÓN

Las variables de correlación de este estudio fueron: la capacidad de afrontamiento y adaptación y la capacidad de autoeficacia, siendo la población, los pacientes con ERC en diálisis: hemodiálisis y peritoneal, definida la capacidad de afrontamiento y adaptación, según Roy, como la habilidad de la persona basada en sus patrones, para responder a los cambios del ambiente, en donde emplea sus estilos de afrontamiento y estrategias de adaptación para apropiarse con eficacia a los desafíos, y Bárbara Resnick, define la capacidad de autoeficacia como la suposición de que las personas pueden ejercer influencia sobre lo que hacen a través del pensamiento reflexivo, usando el conocimiento, destrezas y otras herramientas de autoinfluencia. Una persona decidirá cómo comportarse.

Chaparro y colaboradores en sus estudios nos dicen, que los pacientes con ERC en diálisis peritoneal emplean con mayor frecuencia la confrontación frente a la enfermedad; mientras que los pacientes en hemodiálisis reportan mayor satisfacción con el nivel de independencia (Chaparro López LC, 2008;).

Es en este orden de ideas el paciente renal se contextualiza como persona que padece una ERC. La conducta que debe tener el paciente frente a esta enfermedad y el ambiente en el que lo vive, depende de la modalidad del tratamiento en que se encuentra. Siendo esta la manera en que el paciente renal logrará desarrollar la capacidad personal para cuidarse y hacer sus propios juicios frente a su cuidado (expectativas de autoeficacia), asimismo cuidarse de la manera más apropiada, teniendo la conciencia de lo que ha hecho o ha dejado de hacer tendrá unos buenos o malos resultados (expectativas de resultados), de esta manera el paciente lograra una adecuada Capacidad de Autoeficacia.

DISCUSION

1. CAPACIDAD DE AUTOEFICACIA EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN DIÁLISIS

La capacidad de autoeficacia en los pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis, arrojó un resultado con un promedio de 23,52. De acuerdo al valor de esta media, las personas en general, se percibieron con una capacidad de autoeficacia adecuada.

Confrontando con el estudio de Villagran Venegas, que planteaba que el logro de la adherencia terapéutica demanda considerable esfuerzo por parte del paciente, para cumplir los autocuidados diarios que son indispensables para el buen control de la enfermedad, los pacientes con IRCT deben estar muy motivados y convencidos de que su propia conducta desembocara en una mejoría de su salud (autoeficacia) (Mariana., Estudio de relación entre el afrontamiento y la adherencia al tratamiento de los y las pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) sometidos a hemodiálisis en el hospital Quito N°1 de la Policía nacional. , Mayo), que se demuestra en los resultados del estudio.

La aplicación del instrumento de la capacidad de autoeficacia nos permitió hacer la validación a través de la agrupación correspondiente al objetivo y la similitud de las preguntas, que reportan los siguientes resultados:

1. ESFUERZO – INICIATIVA:

Chaparro y colaboradores, en su estudio, mencionaba que los pacientes en diálisis peritoneal empleaban con mayor frecuencia la confrontación frente a la enfermedad; mientras que los pacientes en hemodiálisis reportaban mayor satisfacción con el nivel de independencia, contrastando estos resultados con nuestro estudio, y contemplando las preguntas que nos indican el esfuerzo y la iniciativa que tienen los pacientes, los resultados nos brindaron un panorama un poco diferente con respecto a las dos modalidades de tratamiento, ya que los pacientes de peritoneal, en un promedio igual, tenían iniciativa y se esforzaban con respecto a su proceso de salud y todo a lo que su alrededor implica.

2. ALCANZAR METAS-PERSEVERANCIA:

En la modalidad de peritoneal al preguntar ¿puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga? Y ¿Me es fácil persistir en lo que me propongo y alcanzar mis metas?, Nos indicaron que no todos los pacientes de peritoneal y hemodiálisis luchaban siempre ante todos los obstáculos que presentaba su enfermedad, sin embargo no dejaban de persistir, ante un mejoramiento cada día de su enfermedad.

Según Gilbar, O-han y Plivazky, indicaban que los pacientes que se encontraban en fase terminal de enfermedades renales con un fuerte espíritu de lucha estaban en peligro menos psicológico (Gilbar O) mientras que Landreneau y Smith, referían en relación a la fase de ajuste psicológico, que estaba presente en los pacientes diagnosticados con la enfermedad menor de 1 año, los cuales luchaban para llevar una vida tan normal como fuera posible a pesar de la dependencia causada por la enfermedad. (Landreneau K, 2007 Sep-Oct; 34(5):513-9, 525.).

3. SEGURIDAD Y CONFIANZA:

Los resultados del instrumento nos reflejaban que no todos los pacientes tenían la misma seguridad y confianza frente al manejo de su enfermedad y tratamiento, además no estaban seguros de mantener la calma de acuerdo a las dificultades que se les presentaban, respecto a esto, García y Calvanse planteaban que los pacientes en diálisis peritoneal, solían ser considerados por el personal de salud como personas que cuidaban de sí mismas, más autónomas, lo que de alguna forma hacía que ciertas pérdidas se compensarán por su conducta de autocontrol (Calvanese., enero-junio 2008) Con respecto a lo anterior de acuerdo a los resultados de nuestro estudio los pacientes de peritoneal en un porcentaje alto puntuaban a no estar seguros, tener confianza y mantener la calma, por lo que no se reflejaban adecuadas conductas de autocontrol.

4. PROPONER SOLUCIONES-ENFRENTAR DIFICULTADES:

Las preguntas que indicaban si nuestros pacientes estaban preparados para pensar y proponer soluciones frente al problema de salud, reportaron que los pacientes con ERC en terapia de ya sea en la modalidad de peritoneal o de hemodiálisis, a pesar de que contaban con una adecuada capacidad de autoeficacia, no todos contaban con adecuadas expectativas de autoeficacia y expectativas de resultado.

Según Bandura, las expectativas de autoeficacia son juicios acerca de la capacidad personal para realizar una tarea determinada (MJ, 2003, p. 49.), realmente no todos los pacientes están conscientes de su comportamiento frente a la enfermedad, así mismo que esta condición se verá reflejada en expectativas de resultados favorables.

Las expectativas de resultado, según Bandura son juicios acerca de lo que sucederá si una tarea determinada se realiza con éxito (MJ, 2003, p. 49.), como lo plantea Villagran: los pacientes con ERC deben estar muy motivados y convencidos de que su propia conducta desembocara en una mejoría de su salud (autoeficacia) (Mariana., Estudio de relación entre el afrontamiento y la adherencia al tratamiento de los y las pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) sometidos a hemodiálisis en el hospital., Mayo).

2. CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN DIÁLISIS

De acuerdo a los resultados que se presentaron en el marco de análisis, arrojados de la medición que se realizó de la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación en los pacientes con ERC en diálisis, los pacientes calificaron este instrumento con un promedio de 60,01, la población en general contaba con una capacidad de afrontamiento y adaptación moderada.

Partiendo del proceso cognitivo el paciente renal para poder afrontar y adaptarse a la enfermedad en cualquiera de las dos modalidades de diálisis en la que se encuentre: hemodiálisis o peritoneal, y de las estrategias de afrontamiento que desarrolle, le permitirá adaptarse a esta situación crucial y definitiva de su vida.

La aplicación del instrumento de la capacidad de afrontamiento y adaptación nos permitió hacer la validación a través de la agrupación correspondiente de los ítems por factores, que reportan los siguientes resultados:

Factor 1: Despertar y la Atención

Los pacientes con ERC en diálisis mediamente tuvieron la capacidad de concentrarse en los cuidados que demanda la enfermedad. se reflejaba que los procesos cognitivos y emocionales que utilizaban para responder a los eventos cambiantes que se presentaban durante el transcurso de la enfermedad y las estrategias que utilizaban para el procesamiento de la información, no eran las más favorables.

Factor 2: Procesamiento sistemático

De los datos obtenidos podemos identificar que los pacientes en este factor en su mayoría casi siempre utilizaban estrategias personales y físicas que les permitieron hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente.

Factor 3: Conociendo y Relacionando

En este factor, la tendencia era mayor en porcentaje en los ítems de casi nunca y nunca, presentándonos un panorama en donde los pacientes con ERC tanto en terapia de peritoneal y hemodiálisis no contaban con estrategias adecuadas que les permitiera recurrir a si misma u a otras personas, ni utilizaban la memoria ni la imaginación.

Factor 4: Afrontamiento cognitivo

En este factor vemos como los pacientes tendían siempre a estar íntimamente relacionados con el proceso de afrontamiento cognitivo que es un proceso de información permanente entre la persona y el ambiente.

Por lo anterior algunos autores afirman que “lo que determina la calidad de vida de una persona no son las circunstancias que ocasionan estrés, sino la forma como la persona reacciona ante estas y su habilidad para adaptarse a los cambios” (Botero Giraldo J).

Factor 5: Sensación y Percepción

Los ítems de este factor se encuentran ligados al procesamiento de la información, en mención del factor N°2, donde conocían y relacionaban su enfermedad y tratamiento, de esta manera lograban sentir y percibir los estímulos que rodeaban su proceso de salud, la mayoría de la población estaba alerta y atenta a lo que pudiera suceder, centrando sus sentimientos y emociones para lograr cada día un mejor bienestar.

2.1 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN EL PACIENTE CON ERC EN DIÁLISIS

Los estilos de afrontamiento pueden dividirse en dos categorías según Lazarus (Mariana., Estudio de relación entre el afrontamiento y la adherencia al tratamiento de los y las pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) sometidos a hemodiálisis en el hospital Quito N°1 de la Policía nacional. , Mayo),

Dirigidas a hacer frente a las circunstancias y solucionarlas (centradas en el problema)

Orientadas a regular las respuestas emocionales relacionadas a la situación estresora (centradas en el control emocional)

Figura 3. Estilos de Afrontamiento

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	
CENTRADO EN LA EMOCIÓN	CENTRADO EN EL PROBLEMA
Estrategias	Estrategias
Huida-Evitación Autocontrol Distanciamiento Reevaluación Positiva	Confrontación Planificación Aceptación de la responsabilidad Búsqueda de Apoyo Social

Fuente. La autora

De acuerdo a lo anterior realizamos la descripción de los factores que tiene la escala de la capacidad de afrontamiento y adaptación de la siguiente forma:

Factor 1:

El paciente con ERC en diálisis utiliza estrategias centrada en la emoción, como el distanciamiento, el autocontrol, la reevaluación positiva.

Factor 2:

Los pacientes tanto en terapia de peritoneal como los de hemodiálisis, utilizaban estrategias centradas en el problema, como la confrontación, la planificación, búsqueda de apoyo social.

Factor 3:

Si relacionamos el propósito de este factor con los resultados arrojados notamos como el paciente renal en diálisis de este estudio, utilizaba estrategias centradas en la emoción como la huida y el distanciamiento, lo que en ocasiones no les permite planear su cuidado.

Factor 4:

El paciente en diálisis utilizaba estrategias centradas en el problema como búsqueda de apoyo social;. Pero también vemos que se combina con estrategias centradas en la emoción, como el distanciamiento, lo que no les permite el desarrollo favorable de los procesos de cognición que les permita pensar, sentir y actuar frente a la enfermedad.

Factor 5:

En este factor de acuerdo a los resultados analizamos que los pacientes con ERC en diálisis, utilizaban estrategias centradas en la emoción que busca la reevaluación positiva.

3. CORRELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD DE AUTOEFICACIA Y LA CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN EN LOS PACIENTES CON ERC EN DIÁLISIS

Los resultados de esta investigación evidencian que existe una correlación significativa $p=0,500^{**}$ entre la capacidad de autoeficacia y la capacidad de afrontamiento y adaptación en los pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis, ya sea que se encuentren en la modalidad de hemodiálisis y diálisis peritoneal, convirtiéndose la capacidad de autoeficacia en una variable predictora de la capacidad de afrontamiento y adaptación en el paciente con ERC en diálisis.

Cuando analizamos la correlación que existe entre estas dos capacidades y sus conceptos, identificamos que el paciente tendrá la capacidad de emitir juicios frente a su propio cuidado, tendrá un comportamiento que le permitirá adaptarse a su situación de salud de una manera más adecuada, lo que le conlleva aun continuo mejoramiento de su salud y bienestar, con todo lo que en su ambiente se manifiesta; como cambios ambientales, personales, físicos y familiares, de acuerdo al comportamiento que el paciente asuma de esto dependerá si los resultados son favorables o no favorables.

Dentro del proceso en la teoría de Calixta Roy, se presenta una relación muy estrecha con las fuentes de información. Teniendo en cuenta los pacientes con ERC en diálisis experimentan comportamientos tanto negativos como positivos, que permiten conocer cada vez más acerca de su proceso de salud y la manera como ha sido educado mediante la intervención realizada por el equipo de salud durante este proceso.

Los resultados arrojados en este estudio presenta una adecuada capacidad de autoeficacia de los pacientes con ERC en diálisis en general, cuando realizamos el análisis específico para cada una de las respuestas calificadas en la EGA, vemos como los pacientes en terapia de peritoneal como de hemodiálisis se esfuerzan, persisten y en ocasiones proponen y piensan en soluciones para comportarse frente a su situación de salud, también les hace falta mayor iniciativa, más espíritu de lucha, sentirse seguros y tener confianza frente al manejo de la enfermedad, tratamiento y posibles complicaciones que se deriven de su proceso de salud, por tanto es importante fortalecer las expectativas de autoeficacia y las expectativas de resultados, mediante las fuentes de información y a través del procesamiento cognitivo, de esta manera lograremos predecir una mejor capacidad de afrontamiento y adaptación en esta población, ya que como se presentaron los resultados a pesar de que los pacientes moderadamente son capaces de afrontar la enfermedad no cuentan con las estrategias que le permitan adaptarse a la misma.

CONCLUSIONES

- Cuando analizamos los resultados arrojados en esta investigación, nos damos cuenta que al fortalecer la capacidad de autoeficacia en los pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis, se fomentan cambios de comportamiento frente al cuidado y autocuidado de la salud y de esta manera se logran resultados favorables que generan impacto en el mejoramiento de salud y bienestar de los mismos.
- La intervención de enfermería de los pacientes con ERC en diálisis se fortalece a través de nuevas herramientas educativas que permiten a través de modelos pedagógicos, estrategias y estilos de aprendizaje influenciar de manera positiva y persuadir en el comportamiento de estos pacientes frente a su enfermedad y así fortalecer con modelos integrales de salud el cuidado de enfermería que se brinda a este grupo poblacional.
- Las estrategias de afrontamiento que utilizan regularmente los pacientes tanto de terapia diálisis peritoneal como de hemodiálisis, tienden a estar centradas en la emoción, utilizando el distanciamiento, la reevaluación positiva, la huida y el autocontrol y cuando se centran en el problema utilizan la planificación, la confrontación y la búsqueda de apoyo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Botero Giraldo J, S. G. (s.f.). Validez de constructo de la escala de medición del Proceso de afrontamiento y adaptación de Roy Versión en español. Tesis. Maestría en enfermería.
- Calvanese., H. G. (enero-junio 2008). *Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal. Psicología y Salud*. Xalapa, México. pp. 5-1 año/vol. 18,: Universidad Veracruzana.
- Chaparro López LC, R. A. (2008;). *Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal*. Boyacá. Colomb psicol.
- DC., B. (2007 [acceso 2012-08-26]). *Modos de enfrentamiento de personas con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento hemodialítico*. Ribeirão Preto: Universidad de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto;. .
- Gilbar O, O.-H. K. (s.f.). *Ajuste mental, estrategias de afrontamiento, y los trastornos psicológicos en los pacientes en fase terminal de enfermedades renales*. . Israel. J Psychosom Res.
- Landreneau K, W. S. (2007 Sep-Oct; 34(5):513-9, 525.). *Percepciones de los pacientes adultos en hemodiálisis "relativas a la elección entre las terapias de reemplazo renal*. University of Texas, Tyler, TX, . USA. Nephrol Nurs J. .
- Mariana., V. V. (Mayo). *Estudio de relación entre el afrontamiento y la adherencia al tratamiento de los y las pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) sometidos a hemodiálisis en el hospital*. Quito N°1 de la Policía nacional.
- Mariana., V. V. (Mayo). *Estudio de relación entre el afrontamiento y la adherencia al tratamiento de los y las pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) sometidos a hemodiálisis en el hospital Quito N°1 de la Policía nacional*. .
- Marquina Parra D, B. C. (2005; 8(1): 13-17.). *Influencia de los rasgos de personalidad en la elección de la técnica de diálisis*. Revista Sociedad Española Enfermería Nefrológica.
- MJ, S. (2003, p. 49.). *LiehrPR. Middle range theory for nursing. Theory of self-efficacy*. . Cap. 3. Springer Publishing Company.
- Ruiz de Alegría Fernández de Retana, B.-B. F.-P.-B.-R., & Echavarri-Escribano, M.-E. U.-A.-M. (s.f.).

Stefano Vinaccia, F. C. (s.f.). *desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide*. International Journal of Clinical and.

CUIDADO PALIATIVO EN EL PACIENTE CON CÁNCER

Enf. Esp. Maritza Rojas Guerrero.
Instituto Nacional de Cancerología.
correo electrónico: Maritzarojasg@gmail.com

Palabras clave: paliativos, dolor, subcutánea, enfermería

Resumen

El cáncer es una enfermedad que va en gradual aumento en el mundo, su detección en fase avanzada genera en el paciente una serie de síntomas que deterioran su calidad de vida y de afrontamiento. Los cuidados paliativos brindan una atención ética y humana dirigida al control de síntomas del paciente y el acompañamiento al paciente y sus familias brindando un sistema apoyo que permita mejorar su calidad de vida. El profesional de enfermería es de vital importancia para cumplir con este objetivo a través de la valoración de síntomas, administración de medicamentos, control del dolor, educación a los cuidadores, manejo de la vía subcutánea y seguimiento periódico. La vía subcutánea es una alternativa para la administración de medicamentos y de líquidos en aquellos pacientes en los que la vía oral no es una opción. La atención brindada por enfermería debe ser de alta calidad humana, respetuosa, responsable, amable, ética y con gran capacidad de escuchar sin juzgar.

El Cáncer representa un grupo numeroso de enfermedades que se caracterizan por el desarrollo de células anormales, que se dividen, crecen y se diseminan sin control en cualquier parte del cuerpo. En el mundo la cifra de personas afectadas por esta enfermedad va en aumento. Para el periodo 2007-2011 se estimaron en Colombia 29.734 casos nuevos de cáncer por año en hombres y 33.084 en mujeres. Entre los hombres las principales localizaciones fueron próstata, estómago, pulmón, colon-recto y ano, y linfomas no Hodgkin. En mujeres, las principales localizaciones fueron mama, cuello del útero, colon-recto y ano, estómago y tiroides. Para cáncer infantil, se estimaron 764 casos anuales nuevos de cáncer en niños y 558 en niñas, con mayor número de casos de leucemias (582 casos).¹⁰

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos (CP) como «el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención

y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales»¹¹

Los objetivos de los cuidados paliativos están orientados a: Aliviar el dolor y los síntomas que presenta el paciente, brindar un sistema de apoyo y educación que ayude a las familias a afrontar la enfermedad del paciente, atender de manera integral al paciente considerando los aspectos psicológicos, emocionales y espirituales.

Los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental en el cumplimiento de estos objetivos, a través de una atención humanizada en la que se vea al individuo de una manera integral y se atiendan sus necesidades de manera inmediata con conocimiento y con amor. El profesional de enfermería contribuye a mitigar el sufrimiento causado por el proceso de la enfermedad y el temor que esta genera en el paciente y sus familias.

DOLOR

La definición más aceptada actualmente, es la de la Asociación Mundial para el Estudio del Dolor (IASP): «es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño»¹². El dolor es un síntoma subjetivo, por lo tanto el único que puede darle valor y expresar su intensidad es el mismo paciente. Por lo tanto es imprescindible no emitir juicios de valor cuando estamos frente al dolor ajeno.

El dolor se puede clasificar de acuerdo a: Intensidad (leve, moderado y severo)
Localización (Somático, visceral, neuropático, mixto), duración (agudo y crónico)

Medicamentos Opioides:

La escalera analgésica OMS, es un método secuencial farmacológico que utiliza un pequeño número de medicamentos con eficacia ampliamente demostrada y seguridad probada¹³. La escalera analgésica consta de tres escalones en los cuales se encuentran los siguientes medicamentos.

Primer Escalón: Analgésicos periféricos (Paracetamol, AAS, AINES) +/- Coanalgésicos.
 Segundo Escalón: Opioides Débiles (Codeína, Dihidrocodeína) +/- Coanalgésicos

Tercer escalón: Opioides Potentes (Morfina, hidromorfona, oxicodona, fentanyl, buprenorfina) +/- Coanalgésicos.

Estos medicamentos requieren titulación, proteger de la luz (medicamento fotosensible). Los opioides de liberación programada no se deben partir, no morder, no triturar., en caso de dificultad para la deglución o alteración en el estado de conciencia, avisar a médico tratante. Valore signos de intoxicación por opioides

Para la administración de medicamentos opioides transdermicos (Fentanyl y Buprenorfina) tener en cuenta las siguientes recomendaciones: evite colocar el parche en zonas edema tizadas, infectadas, lesionadas, encima de cicatrices, quemadas, piel irritada, ni en zonas donde la piel se pliegue. Si el parche está roto no lo utilice. La piel debe estar limpia y seca. El lugar de aplicación del parche no debe tener restos de maquillaje, cremas, lociones, ni otros productos tópicos. Rote el sitio de colocación del parche, Se debe alternar la zona de aplicación para evitar la aparición de reacciones alérgicas. Evite tener contacto directo con el parche.

Los medicamentos opioides permiten la administración de dosis de rescate que consiste en administrar una dosis adicional del opioide equivalente a 50% de la dosis que recibe por horario o el 10% de la dosis total del día. A pesar de su empleo, no se deben modificar las dosis fijas.

MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA

La vía subcutánea está indicada en casos de intolerancia a la vía oral, dificultad para deglutir, náuseas y vomito persistente, intolerancia de analgésicos opioides por vía oral, fase agónica y alteraciones del estado de conciencia.

En el caso de la administración de sueros por vía subcutánea (hipodermocclisis) hemos de tener en cuenta si el paciente presenta fallo circulatorio, sobrecarga hídrica, deshidratación severa, desequilibrio electrolítico severo ($\text{Na}^+ > 150 \text{ mEq/L}$, $\text{osmolalidad} > 300 \text{ mOsm/Kg}$ y $\text{urea/Cr suero} > 25$), coagulopatía, shock o condiciones que requieran administración rápida de fluidos y en grandes cantidades, pues no se podría utilizar esta vía. También se ha de tener en cuenta que no presente zonas de la piel dañadas (infectada, inflamada, ulcerada), hipoalbuminemia con edema importante (puede disminuir la absorción del medicamento),

lugares próximos a una articulación (disminuye la movilidad del paciente) y prominencias óseas (hay menos tejido subcutáneo)¹⁴.

Dentro de sus principales ventajas esta su fácil implantación y manejo, mínimos efectos secundarios, no requiere hospitalización, adecuado control de los síntomas en la mayoría de los pacientes, no limita la movilidad del paciente e incrementa la estancia en el domicilio.

Medicamentos administrados por vía subcutánea:

Los Sitios de preferencia para su implante son miembros superiores y región abdominal.

Los medicamentos son: Analgésicos (Tramadol, Morfina, Hidromorfona, Butil bromuro hioscina, Oxiconona). Antieméticos: Ondansetron, Metoclopramida. Protector de la mucosa gástrica: Ranitidina. Sedantes: Midazolam. Antisicóticos: Haloperidol Corticoides: Dexametasona

Hipodermocclisis: Es la administración de líquidos a través del tejido celular subcutáneo. Los sitios de Preferencia para su implante son segundo o tercer espacio intercostal, zona abdominal y muslos. Las soluciones administradas por vía subcutánea son solución salina normal 0.9%, Dextrosa 5% en solución salina normal 0.9%. Cantidad: 500 cc a 1000 cc día. Infusión: Bolos

EDUCACION A PACIENTES Y CUIDADORES

Establecer procesos de comunicación permite transformar la acción de cuidar en un proceso dinámico y único en el que se puede interactuar con el otro. Los pacientes y las familias enfrentadas a una lucha diaria con el cáncer tienen grandes vacíos de conocimiento sobre el cuidado, lo que generan en ellos temor, ansiedad y desesperación. Resulta de gran importancia que el profesional de enfermería lidere el proceso educativo dirigido a familias y cuidadores en el cual se puedan brindar información clara sobre el manejo de síntomas en el domicilio, manejo de la vía subcutánea, cuidados generales del paciente en estado de postración, Manejo seguro de medicamentos en casa, medidas de seguridad en el hogar para evitar accidentes y la importancia de establecer una red de apoyo con los demás integrantes de la familia para así evitar la claudicación familiar.

La adquisición del conocimiento y el sentir el acompañamiento por parte del equipo de salud genera más confianza en los cuidadores y el paciente, en la medida que disminuye los niveles de ansiedad propios del cuidado de un paciente en fase avanzada de su enfermedad.

CONCLUSIONES

- El adecuado control de síntomas es un pilar fundamental para disminuir el sufrimiento del paciente y sus familias, por lo tanto es responsabilidad de todo el equipo de salud velar por que esto se consiga. Enfermería al mantener contacto con el paciente 24 debe valorar los síntomas presentes y la efectividad de los tratamientos.
- Para brindar un adecuado control del dolor es importante que el profesional de enfermería no emita juicios de valor. Siempre será el paciente quien manifestara y evaluara el dolor que está sintiendo.
- La ejecución de un proceso educativo bien estructurado disminuye el nivel de estrés a los cuidadores reflejándose en un cuidado de mayor calidad.
- Los cuidados paliativos deben ser brindados a todos los pacientes con cáncer porque mejora la calidad de vida de los pacientes.
- El profesional de enfermería debe brindar en la fase final de vida una atención humana, respetuosa y ética a todos los pacientes y sus familias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹Pardo C, Cendales R. Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia, 2007-2011. Primera edición. Bogotá. D.C. Instituto Nacional de Cancerología, 2015, v.1. P. 14)

Pardo, C., & Cendales, R. (2007). Incidencia: mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia. *Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología, Ministerio de Salud y Protección Social.*

² World Health Organization. WHO definition of palliative care. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

³ IASP International Association for the study of pain. Disponible en [//www.iasp-pain.org/Taxonomy](http://www.iasp-pain.org/Taxonomy).

⁴ La escalera analgésica de la OMS y los fármacos del dolor. Iaria.com. En línea: <http://www.1aria.com/contenido/dolor/programa-dolor/dolor-tratamiento/dolor-tratamiento-escalera-oms-farmacos>).

⁵ R. Gallardo Avilés, F. Gamboa Antiño lo Uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos. Monografías SECPAL 2013. P. 10

USO DE EVIDENCIA EN LA PUESTA EN MARCHA DE INTERVENCIÓN PARA EL CUIDADO EN LA CRONICIDAD

Enf. PhD. Olga Janneth Gómez Ramírez.
Docente Universidad Nacional de Colombia
correo electrónico: ojgomezr@unal.edu.co

Resumen.

El propósito del trabajo fue compartir el conocimiento de la disciplina de enfermería con el uso de la herramienta de Evidencia científica para facilitar en los participantes la motivación hacia el uso de procesos investigativos rigurosos en las ciencias de la Salud.

Para el cuidado de enfermería en la cronicidad, la evidencia juega un papel fundamental ya que se encuentra implicada en la práctica asistencial como promotora y ejecutora de acciones de mejora y actividades de cuidado sustentadas en conocimiento científico relevante.

Palabras clave: Practica basada en evidencia, enfermedades crónicas, enfermería.

ANTECEDENTES

Se parte del concepto central que ubica a la evidencia científica en enfermería como un enfoque basado en problemas que a través de la reflexión y el análisis crítico permite hacer uso de la mejor evidencia disponible para resolver preguntas clínicas y facilitar la toma de decisiones en la práctica teniendo en cuenta las preferencias y los valores de los pacientes. (1)

De forma inicial se espera que tanto los estudiantes como los enfermeros conozcan y utilicen el enfoque de evidencia para ser consumidores de la misma dentro del contexto social que se vive y las metas que el sistema de salud actual requiere.

De la misma manera se reconoce de que los servicios de salud son sistemas complejos y que el cuidado de la salud puede estar influido por las preferencias y las experiencias experimentan las personas en el trabajo asistencial, por esta razón la evidencia científica, más allá del proceso investigativo como tal, involucra el contexto social de la salud y las preferencias y valores de los pacientes como componentes importantes que motivan una cultura de búsqueda por la mejor evidencia disponible con el propósito de incorporar o desarrollar dicha evidencia que sea de utilidad en la práctica. (2)

El abordaje del enfoque de la práctica de enfermería basada en evidencia invita a un cambio de cultura y vincula la herramienta de preguntas clínicas con el esquema PICOT, así como la

búsqueda de la evidencia con estrategias bibliográficas y con las actuales perspectivas e instrumentos para la crítica y el análisis de la calidad y el riesgo de sesgos de las piezas de investigación, lograr obtener un proceso de síntesis cualitativa o cuantitativa de utilidad para la toma de decisiones en salud. (1)

Las instituciones y los equipos de salud trabajan hacia la meta de altos estándares de calidad asistencial con el cumplimiento de requisitos de habilitación y acreditación que incluyen la incorporación de Guías Basadas en evidencia y el producto de estudios de investigación bien conducidos. A pesar de cumplir dichos estándares, existe una necesidad en los enfermeros de conocer y apropiarse de manera completa a este enfoque de evidencia.

Por lo anterior, el propósito de la presente ponencia es socializar las herramientas disponibles en evidencia que los enfermeros pueden incorporar en su práctica y de esta manera motivar en los participantes continuar estudiando el tema.

En la actualidad a nivel internacional existen organizaciones y recursos electrónicos que apoyan a los estudiantes y a los participantes a utilizar la herramienta de evidencia de utilidad en su cotidianidad. En Colombia el Ministerio de salud en conjunto con Colciencias y la academia motivan a los grupos de profesionales a utilizar la evidencia disponible y adaptar las Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia para de esta manera ofrecer alternativas terapéuticas que tengan un respaldo para las decisiones en salud.

En el ámbito asistencial, estas Guías y directrices teóricas afectan directamente el que hacer de enfermería ya que se relacionan directamente con los deberes. La enfermería es “una profesión con profundas raíces humanistas, genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado”¹⁵ Su práctica debe estar basada en la evidencia científica acorde con su propósito de superación garantizando la calidad en los sistemas de servicios de salud, en busca de la satisfacción de los mismos.¹⁶

Al considerar el reto de las enfermedades crónicas de brindar una atención centrada en las personas y que incorpore la mejor evidencia disponible se plantea que la práctica basada en evidencia movilizará a los enfermeros a ser consumidores y generadores de evidencia científica rigurosa que responda a las demandas de cuidado de los pacientes y sus cuidadores, hacia el logro de las metas del desarrollo sostenible y el aporte concreto con intervenciones

¹⁵ Columbié Pileta M, Eloy Morasen Robles I, Bárbara Daudinot I, María del Carmen Pría Barros I, Yunaisy Moya Bisset I, Facultad de Estomatología V, et al. Instrumento para explorar nivel de conocimientos sobre seguridad del paciente en estudiantes de pregrado A tool for assessing the level of knowledge about patient's safety in undergraduate students. *Educ Médica Super* [Internet]. 2016;30(2). Available from: <http://scielo.sld.cu>. Consultado: 01 de octubre de 2017.

¹⁶ Castro Hernández FI, Zavala Suárez E, Ramírez Hernández C, Villela Rodríguez E. Identificación de las medidas de seguridad aplicadas por enfermería en un hospital de segundo nivel. *Rev CONAMED*, ISSN-e 1405-6704, Vol 18, N° 2, 2013, págs 59-63. 2013;18(2):59-63 Consultado 01 de octubre de 2017.

rigurosas que muestren un efecto en los desenlaces que se esperan en la cronicidad como son: la calidad de vida, la seguridad y la satisfacción.

CONCLUSIONES

El trabajo que se presenta constituye un aporte en la formación de enfermeros que con un espíritu de búsqueda se motiva al uso del enfoque de evidencia como una herramienta que facilita la toma de decisiones clínicas y el respaldo de sus acciones con la evidencia disponible que lo sustenta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bernadette Melnyk & Ellen Fineout-Overholt. Evidence Based Practice. Lippincott Williams & Wilkins. 2005

McEwen M. Wills, E. THEORETICAL BASIS FOR NURSING. Second Edition. Lippincott Williams & Wilkins. 2007.

PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y FUNCIONAL PARA EL ADULTO MAYOR CON LIMITACIÓN EN EL ÁMBITO DOMICILIARIO

Enf, Mg. Adriana Hernández B.

Docente de vinculación especial UdeC

correo electrónico: ahernandezb@ucundinamarca.com.co

Enf, Mg. María Victoria Rojas M.

Docente de Carrera UdeC

correo electrónico: mariavictoriarojas@ucundinamarca.com.co

Palabras claves: adulto mayor dependiente, estimulación funcional, estimulación cognitiva.

El interés por el estudio del envejecimiento en la población ha ido incrementándose, dado que las proyecciones demográficas muestran que el mundo está envejeciendo. La transición demográfica que se vive es caracterizada por un progresivo aumento de la población mundial y simultáneamente, su envejecimiento, estas proyecciones son importantes al considerar que el envejecer va acompañado de cambios no solo a nivel físico, sino de índole cognitivo, económica, emocional y social, incidiendo desde luego en la calidad de vida de las personas (1).

El envejecer en algunas personas lleva a la dependencia y esta a su vez en pérdida de autonomía y en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). La dependencia puede aparecer en cualquier momento de la vida y se considera como uno de los determinantes de calidad de vida (2). La dependencia, puede entenderse como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal, este déficit comporta una limitación en la actividad, la que provoca una restricción que se concreta en la dependencia y por tanto en la necesidad de ayuda para realizar las ABVD (2).

Uno de los estereotipos ligados a las personas mayores es la presencia del deterioro en los procesos cognitivos pero sus manifestaciones son muy diversas para cada individuo, dependiendo de la estimulación que ha recibido a lo largo de la vida (Jara, 2008). Los procesos cognitivos en los que se presentan modificaciones más significativas por su relevancia en el procesamiento de la información, son la memoria, atención, inteligencia, lenguaje y comunicación.(3) Respecto al procesamiento de la memoria, Blasco y Meléndez (2006) concluyen que en el envejecimiento normal no se ven deteriorados los recuerdos de los sucesos lejanos, el conocimiento del mundo acumulado a lo largo de su historia, ni tampoco las habilidades que se han practicado con frecuencia. Sin embargo, sí se presenta un cambio en la memoria sensorial, pues se observa un aumento del tiempo requerido para transferir la información (4).

Los adultos mayores tienden a permanecer gran parte de su tiempo en casa y más si presentan algún grado de dependencia, por eso la estimulación funcional y cognitiva debe ser constante en el ámbito familiar. Cuidar en el domicilio incluye distintos tipos de atenciones, existiendo necesidades básicas como: alimentación, eliminación, reposo y sueño, higiene y confort, movilización, estimulación, las cuales le aseguran un mínimo de bienestar, si no se vela por este cumplimiento, la condición del paciente se agudiza y su deterioro es cada vez mayor (5).

Para las familias, la atención en el hogar es muy valorada, porque permite mayor cercanía, otorgándole al profesional una interacción que no es posible en la institución de salud y al paciente mayor seguridad, autonomía e independencia del sistema de salud (6).

La etapa de la vejez trae consigo cambios en la dinámica familiar, laboral y social, acompañada muchas veces de limitación física o cognitiva, es por eso que el proyecto de cuidado domiciliario desarrollado por el Programa de Enfermería de la Universidad de Cundinamarca se enfoca a determinar necesidades sentidas en el adulto mayor dependiente y bajo la mirada enfermero revisar dentro de la cotidianidad la estimulación que del entorno recibe y que el mismo desarrolla para fortalecer sus capacidades.

El grupo abordado durante ocho años, es de cerca de 50 usuarios en diferentes barrios del municipio de Girardot, todos ellos inscritos al Programa de cuidado en casa. Se inicia con la valoración integral por requisitos universales de autocuidado y aplicación de instrumentos de valoración para la recolección de los datos:

- a) Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein, Folstein y McHugh (1975) es un instrumento de screening neuropsicológico utilizado para evaluar el rendimiento cognitivo del sujeto y la progresión del trastorno cognitivo asociado a enfermedades neurodegenerativas.
- b) Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage (1982) es un instrumento de rastreo y determinación de la severidad de la depresión en población general mayor de 65 años.
- c) Índice de Barthel (IB) es un Instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia (Barrero, García, & Ojeda, 2005) (7).
- d) El Índice de KATZ (Actividades de la vida diaria) e instrumentales.

Para la estimulación cognitiva y funcional se implementan estrategias guiadas (cartillas, videos, audios) que apoyan tanto al adulto como al cuidador en la implementación de las actividades propuestas y soportadas por los Diagnósticos de enfermería encontrados en cada uno de los adultos mayores, dentro de los cuales los más prevalentes son:

REQUISITO UNIVERSAL DE AUTOCUIDADO	CODIGO	NANDA	DEFINICION	CODIGO	NOC	CODIGO	NIC
PREVENCIÓN DE RIESGOS	188	Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud	Deterioro de la capacidad para modificar el estilo de vida o las conductas de forma que mejore el estado de salud	2013	Equilibrio en el estilo de vida	4410	establecimiento de objetivos comunes
						5395	mejora de la autoconfianza
REQUISITOS DE AUTO CUIDADO EN LA DESVIACIÓN DE LA SALUD	78	Gestión ineficaz de la salud	Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos	32102	Autocontrol: enfermedad crónica	4570	ayuda en la modificación de si mismo
						1847	conocimiento: manejo de la enfermedad crónica
EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL DESCANSO	85	Deterioro de la movilidad física	Limitación del movimiento físico independiente intencionado del cuerpo o de una o más extremidades	200	Ambular	201	fomento del ejercicio: entrenamiento de fuerza
						221	Terapia de ejercicios: ambulacion
						208	movilidad

REQUISITO UNIVERSAL DE AUTOCUIDADO	CODIGO	NANDA	DEFINICION	CODIGO	NOC	CODIGO	NIC		
PREVENCIÓN DE RIESGOS	129	confusion cronica	Deterioro irreversible, de larga duración y/o progresivo del intelecto y de la personalidad, caracterizado por la disminución de la capacidad para interpretar los estímulos ambientales; reducción de la capacidad para los procesos de pensamiento intelectuales manifestado por trastornos de la memoria, de la orientación y de la conducta	901	orientacion cognitiva	4820	orientacion de la realidad		
						905	concentración	4720	Estimulación cognitiva
						907	Elaboración de la información	4760	entrenamiento de la memoria
								908	memoria

REQUISITO UNIVERSAL DE AUTOCUIDADO	CODIGO	NANDA	DEFINICION	CODIGO	NOC	CODIGO	NIC
SOLEDAD E INTERACCIÓN SOCIAL	157	Disposición para mejorar la comunicación	Patrón de intercambio de información e ideas con otros que es suficiente para satisfacer las necesidades y objetivos vitales de la persona y que puede ser reforzado	902	comunicación	4920	escucha activa
						5100	potenciacion de la socializacion
	51	Deterioro de la comunicación verbal	Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos	903	comunicación: expresiva	4976	mejorar la comunicación:d eficit del habla
						904	comunicación: receptiva
						4978	mejorar la comunica: deficit visual

La estimulación cognitiva engloba las actuaciones dirigidas a mantener o mejorar las capacidades cognitivas ya referidas y se fundamenta en la planificación psicopedagógica de actividades para la activación y mantenimiento de las capacidades mentales (Davicino, Muñoz, De la Barrera & Donolo, 2009). En este sentido Jara (2008), se refiere a la psicoestimulación cognitiva como un proceso de mejoramiento en la calidad de vida de las personas en cuanto a su atención, memoria, comprensión, orientación temporal y espacial. Así mismo, considera necesario realizar intervenciones que aseguren una adecuada adaptación del adulto mayor a los cambios ambientales, suministrándole mecanismos para que adquieran estrategias compensatorias y le ayuden a mantener su competencia social.

La estimulación funcional, se concibe como la motivación para el desplazamiento sea dentro de la casa o fuera de ella y en los ejercicios básicos de movimiento y fortalecimiento acordes a la limitación.

La estimulación cognitiva auxiliada por el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) se ha utilizado como alternativa de tratamiento cuando se presentan procesos de deterioro (Luque, 2007). Es así que el uso de las TIC como recurso educativo, favorece la estimulación cognitiva y funcional, por lo tanto, es importante capacitar al adulto mayor y cuidador familiar en el uso de la tecnología como apoyo en el aprendizaje.

Del mismo modo, es de resaltar que en el programa de CASSA UDEC, se ha logrado romper con el estereotipo de la complejidad en el acceso y uso de la tecnología cuando se es un adulto mayor, pues se demostró que haciendo adecuaciones en tiempos, espacios y acompañamiento, logran desarrollar confianza en sí mismos, motivación e interés hacia el acceso a las TIC. En este último aspecto, coincidimos con Luque (2007) cuando refiere la importancia del profesional a cargo, quien debe tener la formación adecuada tanto para la transmisión de conocimientos específicos como para la comprensión de la realidad del grupo: contención, escucha, paciencia y respeto a la diversidad. Ello se considera prioritario, pues las facilidades de acceso a los nuevos aprendizajes favorecen la aceptación y el interés por parte de los adultos mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albala, C., Lebrão, M., León, E., Ham-Chande, R., Hennis Anselm, J., Palloni, A. (2005). Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev. Panam.*, 17(5-6), 307-322.
- Torres J. (2006). Libro Blanco para las personas en situación de dependencia en España. *Revista del Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales*, N° 60.
- Salas, P. (2006). La ciencia de los cuidados, marco investigativo para alcanzar el éxito de la calidad de vida en el envejecimiento. *Cultura de los Cuidados*, 73-78. Recuperado de <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/970/1/culturacuidados1910.pdf>
- Baztán, JJ. González, JI., Solano, JJ., Hornillos, M. (2000). Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. *Med Clin (Barc)*, 115, 704-17.
- García, M., Mateo, I., García, N. (2004). El Impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit*, 18(2), 83-92.
- Ballester, M., Borrás, L., Corbalán, G., Hernández, B., Paul, G., Pérez, J. (2008). Perfil de salud y diagnósticos de enfermería en la población de atención domiciliaria del Área Básica de Salud de Castellar del Vallés. *NURE Inv.*, 5(32). Recuperado de <http://www.nureinvestigacion.es>.
- Ministerio de Salud. MINSAL (2008). Manual de Apoyo a la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de Atención Primaria.

II. EJE TEMÁTICO: CUIDADO Y PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN LA PERSONA EN ESTADO CRÍTICO

CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ACCESO VASCULAR

Enf, Mg. Juan Gabriel Estupiñan.
Teleflex Medical Latam
correo electrónico: juan.estupinan@teleflex.com

Palabras Claves: Acceso vascular, Preservación del Vaso, Catéter adecuado.

En 1989, Marcia Ryder (Enfermera) introdujo el concepto de un árbol de decisión para seleccionar un dispositivo de acceso vascular. Un gran número de enfermeras de acceso vascular y equipos de terapia intravenosa han apoyado el concepto, ahora hay una gran cantidad de diagramas de flujo / árboles de decisión, algoritmos de acceso venoso / disponibles para su uso por equipos de todo el mundo. A principios de los 90s, se extendió el concepto de selección por medio de un Programa de Acceso Advantage. Este programa ha esbozado factores tales como las condiciones crónicas y medicamentos irritantes que podrían indicar el uso de un dispositivo de acceso variable tal como una línea PICC en lugar de un dispositivo de PIV. A través de la educación, el proceso de selección temprana a facultado a las enfermeras para determinar qué dispositivo de acceso debe ser colocado oportunamente.

Nuestro objetivo debe ser conducir de forma proactiva la colocación de dispositivos específicos para el paciente dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al ingreso utilizando un programa de decisiones y buenas prácticas clínicas. Lo más típicamente es que debe ser realizado por la enfermera al lado del paciente. El Programa de Salud y Preservación vascular (VHP) entregará un mensaje consistente a todos los médicos que atienden al paciente, desde el servicio de urgencias hasta el alta o el traslado del paciente. Un programa construido sobre buenas prácticas clínicas (Y la evidencia clínica más sólida), asegurará el derecho del paciente a la administración de fármacos de forma segura y oportuna reforzando nuestro mensaje central: el Dispositivo de Acceso Vascular adecuado para el paciente adecuado en el momento adecuado las 3Rs.

En un esfuerzo por establecer un sistema mejorado para la "línea derecha" (vena y la selección del dispositivo antes de su acceso venoso), el "paciente correcto" (una evaluación individualizada para cada paciente), y el "momento adecuado" (Evaluación diaria de la necesidad de línea), la Cumbre del G-9 se llevó a cabo en agosto de 2008 (Tres reuniones adicionales posteriores 2010, 2013 y 2015). Esta Cumbre incluyó un panel de expertos multidisciplinarios: directores de equipo IV, líderes de equipo PICC, patólogos, Nefrólogos, especialistas en cuidado intensivo, especialistas en enfermedades

infecciones, enfermeras de Radiología PICC, y especialistas en acceso vascular experimentados. Los temas discutidos en el panel incluyeron la preservación de la vena, complicaciones asociadas a cánulas periféricas y su mantenimiento, las prácticas actuales con acceso IV, la identificación de obstáculos y la falta de conocimiento con la selección del acceso vascular, aspectos multidisciplinarios, la función del médico y la enfermera en el proceso, uso de catéter y cuidados, requisitos de evaluación diaria, la integración con las funciones de las diferentes especialidades clínicas y las necesidades educativas en las instituciones y para los profesionales. Se alcanzó un consenso sobre cinco puntos clave:

1. Se requieren programas educativos de calidad y con enfoque multidisciplinario para impulsar cambios en los procesos de accesos venosos y mejorar las prácticas clínicas.

2. Se deben buscar e implementar nuevos y mejorados procesos de acceso venoso acorde a las sugerencias de la nueva evidencia clínica disponible.

3. El médico de atención primaria puede conducir la línea correcta para el paciente correcto en el momento adecuado conociendo las necesidades y preferencias de las diferentes especialidades clínicas.

4. La industria médica debe ser un aliado de los centros médicos en la búsqueda de las mejores opciones para el cumplimiento de los preceptos de la línea correcta, el paciente correcto y el momento adecuado.

5. Los principales centros médicos deben ser pioneros en la implementación de las medidas que permitan seleccionar la línea correcta, el paciente correcto en el momento adecuado y medidas complementarias en terapia IV; basados en estándares internacionales y buenas prácticas clínicas con el fin de servir de referentes a otros centros médicos de la región.

6. Los profesionales de Enfermería deben ser líderes y custodios de las buenas prácticas clínicas y siempre propender por la seguridad del paciente en cada momento del acceso vascular (Antes, durante y Después).

El Protocolo de Salud del vaso sanguíneo y Preservación (Vessel Health and Preservation Protocol VHP) abarca al personal de atención médica aguda y de enfermería, personal de la sala de emergencia, clínicas, consultorios oncológicos, el personal profesional de salud domiciliario y todos los involucrados en la gestión de dispositivos de acceso venoso.

Su principal área de aplicación está pensada en los departamentos cuidados intensivos y salas de emergencia. Incluye la creación e implementación de un protocolo con herramientas específicas que trabajan para aplicar las directrices actuales y las iniciativas de mejores prácticas clínicas de acuerdo con dispositivo correcto, paciente correcto en el momento adecuado

Los objetivos de resultados son establecer una evaluación Pro-Activa del paciente con la metodología de las 3R (Right Line, Right Patient and Right Time), a través de:

- La administración eficaz del plan de tratamiento (Medicación) específico a los requisitos por vía intravenosa a través de la herramienta de Línea Adecuada.
- Disminuir los costos innecesarios con el dispositivo de acceso más eficaz utilizado a lo largo de su estancia en el hospital.
- Mejorar la efectividad clínica disminuyendo la pérdida en la administración de la terapia farmacológica y ayudar a disminuir los tiempos de estancia.
- La prevención de las complicaciones asociadas a la inadecuada selección del dispositivo de acceso vascular, por medio de la implementación de la herramienta de evaluación diaria.
- El cumplimiento de las directrices de la guía CDC 2011 y el compendio SHEA 2014, para la prevención de las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a dispositivos intravasculares logrando el cumplimiento del reto bacteriemias ZERO.
- El cumplimiento de las recomendaciones de INS, AVA, el ONS, la AHRQ y APIC tendientes a mejorar la práctica de la terapia intravenosa, la selección del dispositivo intravascular y la prevención de complicaciones asociadas a los mismos.

Este programa va a conducir de forma proactiva la colocación del dispositivo adecuado dentro de las 24 / 48 horas siguientes al ingreso a través de un protocolo designado. Las herramientas impulsarán la evaluación del paciente, la selección del dispositivo, y el manejo clínico de los requisitos de acceso vascular del paciente de acuerdo con las recomendaciones actuales en la evidencia clínica. La activación protocolo típicamente debe ser realizado por la enfermera al lado del paciente.

El Programa de Salud y Preservación del Vaso busca entregar un mensaje consistente a todos los médicos y enfermeras que atienden al paciente, desde el servicio de urgencias hasta el alta o el traslado del paciente. Un programa incorporado en un protocolo garantizará el derecho de los pacientes a la administración de fármacos seguro y oportuno reforzando nuestro mensaje central: el Catéter adecuado para el paciente adecuado en el momento adecuado.

La clave fundamental para el éxito en la implementación del programa es la voluntad institucional y el compromiso de los profesionales de la salud (médicos y enfermeras), en el diseño, construcción, socialización e implementación de los pasos generales del protocolo VHP, adicionalmente la solidez y permanencia en el tiempo del programa a nivel institucional lo permite el trabajo conjunto de las principales áreas transversales: comité de infecciones, seguridad del paciente, clínica de catéteres, departamento de urgencias, cuidado intensivo y demás involucrados en la selección del dispositivo; El papel de la enfermera es fundamental porque sirve como mediador en el proceso educativo y de conciliación de las

mejores herramientas disponibles para la selección del dispositivo intravascular, de igual forma debe ser la garante del uso racional de toda la tecnología de punta referente a dispositivos intravasculares que disminuyen el riesgo de complicaciones y permiten unos mejores resultados clínicos.

Con más de 4,8 millones de catéteres venosos centrales (CVC), 2,5 millones de catéteres centrales de inserción periférica (PICC) y 300 millones de dispositivos intravenosos periféricos vendidos anualmente en Estados Unidos es claramente un volumen alto hablando de accesos vasculares, es un procedimiento de alto (frecuente) uso para los pacientes que reciben tratamientos médicos. (IData 2012) Conseguir que el dispositivo intravenoso sea colocado justo al principio de la estancia en el hospital puede acelerar el tratamiento y el alta del paciente reduciendo al mínimo los gastos y mejorando la costo efectividad. (Moureau et al. 2007; Kokotis 2005; Barton et al. 1998)

La salud del vaso y la Preservación se ha convertido en un tema importante debido que los pacientes ahora vienen a los hospitales más gravemente enfermos, viven más tiempo, a menudo con condiciones crónicas. De acuerdo con el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) la selección del dispositivo intravascular adecuado insertado en la ubicación correcta es primordial para reducir las complicaciones, especialmente infecciones asociadas a los mismos. (O'Grady et al. 2012).

El Protocolo de Salud del vaso sanguíneo y Preservación (Vessel Health and Preservation Protocol VHP), no es nada extraordinario o un intríngulis de complejos conceptos y desarrollos enredados, por el contrario busca ser lo más simple y fácil de aplicar en el día a día de los médicos y enfermeras de los hospitales y clínicas, en este sentido el protocolo base contempla unos sencillos pasos para su implementación:

1. Selección de línea adecuada (Right Line) dentro de las primeras 24/ 48 horas incluye:
 - Orden o Indicación Médica de Inicio del Protocolo de Selección del Dispositivo
 - Consideraciones clínicas Importantes para seleccionar el dispositivo:
 - Diagnostico
 - Terapia IV / Farmacología
 - Educación del Paciente

2. Valoración del Paciente Adecuado (Right Patient) incluye:
 - Evaluación Inicial de Riesgos en la admisión
 - Valoración Inicial Individual:
 - Los factores críticos / agudeza
 - Valoración de la Vena
 - Coordinación Multidisciplinaria para la colocación del dispositivo seleccionado en las primeras 48 horas

- Aplicación y Cumplimiento del Bundle de Línea Central durante su inserción (check list).
3. Línea Correcta (Right Line) / Paciente Adecuado (Right Patient) Revisión Diaria:
- Valoración Diaria
 - Valoración multidisciplinar / Rondas Diarias para determinar la necesidad
 - Determinar e identificar cambios en el estado clínico del paciente o en la medicación que se está administrando
 - Aplicación y Cumplimiento del Bundle de Línea Central de cuidado y mantenimiento (check list)
4. Evaluación de Resultados:
- Medir el cumplimiento con el uso de lista de control de procesos, la inserción y tiempo de implementación del protocolo
 - Evaluar complicaciones
 - Referencian intrainstitucional y extrainstitucional
 - Establecer procesos de Mejoramiento

El tratamiento rápido y bien dirigido tras el diagnóstico es el distintivo de los sistemas de hospitales administrados de manera eficiente. Los costos se controlan cuando cada paciente recibe un plan de acceso vascular que se implementa inmediatamente, evalúa diariamente y es capaz de adaptarse a las necesidades de la evaluación al final del proceso. Utilizando la nueva tecnología en la colocación de catéteres venosos centrales de seguridad, tales como la técnica de Seldinger acelerada y Seldinger Modificada pueden reducir retrasos en el acceso al dispositivo. Bloqueos que se producen comúnmente cuando los pacientes no reciben un plan de acceso vascular. Cuando las venas periféricas para el acceso intravenoso se han agotado o desarrollan complicaciones, tiempo precioso se pierde en la identificación de la persona adecuada y un dispositivo para la colocación. El flujo del proceso se mejora cuando el VHP establece un proceso de selección y colocación intencionada con indicadores de medición y seguimiento para todos los días en función del éxito, lo que acelerará el egreso del paciente y garantizará mejores resultados clínicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Vessel health and preservation : A new evidence-based approach to vascular access selection and management. Nancy L. Moureau, Nancy Trick, Thomas Nifong, Cathy Perry, Cheryl Kelley, Ruth Carrico, Michael Leavitt, Steven M. Gordon, Jessica Wallace, Monte Harvill, Connie Biggar, Michael Doll, Loreli Papke, Lori Benton, Deborah A. Phelan *J Vasc Access* 2012; DOI: 10.5301/jva.5000042.

A stepped approach to vascular access device selection , Michele Di Giacomo British Journal of Nursing, 2010 (Intravenous Supplement), Vol 19, No 19.

Development of UK Vessel Health and Preservation (VHP) framework: a multi-organisational collaborative. Carole Hallam, Valya Weston, Andrea Denton, Steve Hill, Andrew Bodeham, Helen Dunn and Tim Jackson. *Journal of Infection Prevention* 2016 VOL 17 (2) 65-72; DOI: 10.1177/1757177415624752.

Catheter Vessel Ratio: Now What?. Timothy R Spencer, Keegan J Mahoney Poster and Oral Presentation / Presented in AVA Conference 2017.

With permission of the authors for Teleflex Medical

The Michigan Appropriateness Guide for Intravenous Catheters (MAGIC): Results From a Multispecialty Panel Using the RAND/UCLA Appropriateness Method. Vineet Chopra MD, Nancy Moureau BSN, RN, Mauro Pittiruti, et al.

Annals of Internal Medicine . Vol 163 N 6 (Supplement) 15 September 2015.

Infusion Therapy Standars of Practice. Infusion Nurses Society INS. Journal of Infusion Nursing . January / February 2016. Volume 39, Number 1S ISN 1533-1458
www.journalofinfusionnursing.com

ROL DE ENFERMERÍA EN LAS NUEVAS TENDENCIAS DE NEUROMONITORÍA EN EL PACIENTE CRÍTICAMENTE ENFERMO

Enf. Esp. Andrés Felipe Forero Romero.
Fundación Santafé de Bogotá
correo electrónico: afelipefr@gmail.com

Palabras clave: enfermería, neurocrítico, cuidado intensivo

Resumen:

Los profesionales, se han centrado en buscar el reconocimiento social manifestando una notable necesidad de autoafirmar su rol, más que fortalecer o afirmar su posición frente al cuidado. Sólo a finales del siglo XX, se observa un retorno hacia el verdadero origen de los cuidados enfermeros.

El papel activo de Enfermería en la UCI es fundamental para detectar precozmente mínimas variaciones en el estado de la persona, que permitan el tratamiento oportuno para prevenir el daño cerebral secundario² y la alta complejidad del paciente neurocrítico requiere ingreso en la UCI; su tratamiento incluye medidas y cuidados generales de todo paciente crítico, además de cuidados específicos, como el monitoreo invasivo de presiones y el control neurológico, clínico e instrumental³ con la finalidad de disminuir los riesgos y optimizar la calidad de los cuidados brindados.

Contenido: El sistema nervioso central es, desafortunadamente, el órgano más lábil al trauma, la hipoxia o la hipotensión ya que para su funcionamiento requiere de un aporte constante de oxígeno y nutrientes que le permitan mantener su altísima tasa metabólica basal. Cualquier alteración en la perfusión u oxigenación rápidamente se ve representada en trastorno de la función neuronal y la aparición de déficit neurológico transitorio o definitivo. Dependiendo de la profundidad y duración del trastorno metabólico, la recuperación de la función neurológica será más o menos completa y variará dramáticamente el pronóstico vital y funcional de los pacientes.

Debido a que muchos de los trastornos que afectan la viabilidad neuronal pasan clínicamente desapercibidos, especialmente en el paciente sedado e intubado, es que la neuromonitoría ha venido creciendo y diversificándose con el fin de poder detectar cambios de todo orden (hemodinámicos, hidrodinámicos o metabólicos) de manera temprana para intervenir sobre ellos con la esperanza de mejorar el pronóstico vital y funcional de los pacientes. Cada una de las variables fundamentales en la sobrevida y la calidad de la misma, requieren de una ventana de monitorización diferente y por ende una tecnología propia.

Conocer los tipos de neuromonitoría existentes, sus indicaciones e impacto en la toma acertada de decisiones permite a médicos asistenciales y administrativos poner en contexto los costos de su uso e implementación entendiéndolo como una inversión y no como un gasto. Cada vez que hablamos de monitoria imaginamos un aparato electrónico que arroja ciertos datos numéricos que se han transducido desde un sistema biológico. Si bien es cierto la mayoría de los monitores son efectivamente instrumentos, el mejor monitor que existe es el médico entrenado. Nada, por sofisticado que sea, reemplaza al adecuado juicio clínico y la preparación exhaustiva de un enfermero diligente con su paciente. De no mediar un proceso intelectual son solo números y curvas sin sentido lo que nos puede ofrecer el mejor equipo de monitoría. MONITORIA DE PIC La variable más importante para decidir las conductas a seguir con respecto a los pacientes neurocríticos es la presión intracraneana. Por eso su medición en cuidado intensivo ha adquirido una dramática importancia en la medida en que se han diseñado esquemas terapéuticos más racionales para prevenir el daño isquémico originado por la hipertensión endocraneana.

Para poder monitorizar la presión intracraneana se requiere de métodos invasivos que traduzcan las ondas de percusión del líquido cefalorraquídeo hasta un monitor que digitaliza la información en forma de ondas. Aunque existen varios métodos de monitorización el estándar de oro es la ventriculostomía que además de diagnóstica es terapéutica pues no solo ofrece una curva fidedigna sino también una oportunidad de drenar líquido cefalorraquídeo para disminuir la presión. La monitoría de presión intracraneana ofrece tres datos de suma importancia: El valor absoluto, que debe ser menor de 20 mm/Hg aunque en trauma las nuevas guías del BTF sugieren que debe estar alrededor de 18.

Este valor es importante porque por él se define la hipertensión endocraneana, pero sobre todo para calcular el valor de presión de perfusión cerebral, entendida esta como presión arterial media menos presión intracraneana ($PPC = TAM - PIC$). Dado que igualmente importante que mantener la presión intracraneana en valores normales es asegurar la perfusión de oxígeno al cerebro críticamente enfermo, la monitoría e interpretación integral de la presión intracraneana es fundamental para guiar la terapia osmolar para el control del edema cerebral y la aumentación hemodinámica para aumentar el flujo sanguíneo cerebral. Además del valor absoluto la morfología propia de la curva de presión intracraneana también ofrece datos fundamentales respecto a la distensibilidad del cerebro.

Como se puede ver en la figura 2 esta curva consta de 3 picos: El P1 corresponde al golpe sistólico de la sangre sobre el parénquima nervioso. El P2 corresponde a la transmisión de la onda a través del parénquima nervioso y el P3 a la resistencia venosa. En los pacientes con alteración de la distensibilidad cerebral y que se encuentran cerca de la rodilla de la curva presión volumen se altera esta morfología normal por una elevación del P2 que puede aún sobrepasar al P1. Esta morfología indica una imposibilidad de acomodar nuevos volúmenes

y por lo tanto obliga a minimizar las maniobras de Valsalva durante las actividades de enfermería, terapia o las movilizaciones y traslados.

Por lo tanto en esa circunstancia es imprescindible drenar LCR o administrar soluciones hiperosmolares a fin de controlar el edema y mejorar la distensibilidad. Toda la situación patológica del cerebro se entiende en el contexto de la presión intracraneana, de tal forma en que los valores de PIC son los que permiten dimensionar la importancia de los hallazgos de otras modalidades de neuromonitoría. Así si la PIC es normal los valores bajos de oxígeno cerebral pueden significar un desacople entre el aporte y el consumo por hiperactividad neurológica (como sucede en el estatus convulsivo) mientras que el mismo hallazgo en presencia de hipertensión endocraneana significa hipoperfusión. Ambas alteraciones patológicas se tratan, obviamente, de manera diferente.

MONITORIA DEL OXÍGENO CEREBRAL En el manejo de los pacientes críticos es fundamental poder definir que tan bien acoplados se encuentran el aporte y el consumo de oxígeno. La forma más fácil de hacer esta medición es calculando la diferencia arterio-venosa regional de oxígeno. Para ello es imprescindible medir el oxígeno que llega al órgano (mediante el cálculo del contenido arterial) y el oxígeno que sale del mismo (mediante el cálculo del contenido venoso). La única forma de realizar esta medición es mediante la colocación de un catéter en el drenaje venoso del órgano en cuestión para poder medir confiablemente y sin la contaminación de la sangre venosa de otros órganos, dicho contenido.

El principio que rige estos cálculos es sencillo: Cuando el flujo de sangre es insuficiente para suplir las necesidades metabólicas de un tejido, éste se ve en la obligación de extraer un porcentaje cada vez mayor de oxígeno. Esta hipoperfusión se verá representada en una desaturación de la sangre venosa pues, a su paso por el órgano, ha tenido que donar gran parte del oxígeno que transportaba. Así, al calcular la diferencia arteriovenosa de oxígeno ($D(a-v) = \text{Contenido Arterial} - \text{Contenido Venoso}$) ésta será muy amplia. Si por el contrario el flujo es excesivo, ya sea por aumento del mismo o por disminución de los requerimientos, la diferencia tenderá a ser menor de lo normal.

En el cerebro esta técnica se logra avanzando retrógradamente un catéter por la vena yugular interna hasta el bulbo (que es el sitio donde el seno sigmoide se convierte en vena yugular. Allí, donde es posible asegurar que la sangre venosa no está contaminada con sangre extracerebral, se toman periódicamente gases venosos o se mide de manera continua con catéteres de fibra óptica la saturación de oxígeno venoso y, en conjunto con la toma de gases arteriales periféricos o mediante la saturación por pulsoximetría, se calculan diferentes variables. Estas son: Diferencia arteriovenosa de oxígeno que debe estar entre 4 y 7 volúmenes %, Tasa de extracción cerebral de oxígeno ($CER = \text{Sat Arterial} - \text{Sat Venosa}$) cuyo valor normal está entre 24 y 42% y PCO_2 cuyo valor normal es menor de 8. En casos de isquemia la diferencia arteriovenosa es mayor de 7 vol%, la extracción es superior al 42% y

el PCO₂ es mayor de 8. Cuando las diferencias son menores de 4 vol%, la CER es menor de 24% y el PCO₂ es normal, se hace diagnóstico de hiperemia cerebral, concepto peligroso y que ha sido ampliamente controvertido en la literatura.

Sin embargo, sumando los hallazgos de la monitoría de PIC a los del golfo yugular se puede hacer un manejo racional de la hipertensión endocraneana tratando de optimizar el flujo sanguíneo cerebral. Recientemente se ha introducido en el país una técnica de monitoría del oxígeno tisular que permite saber a ciencia exacta, cuanto oxígeno hay en el tejido cerebral y por ende es mucho más específico y sensible para estados de desacople entre el aporte y el consumo de oxígeno cerebral. Estos catéteres permiten identificar si el aumento de la presión intracraneana amerita o no medidas muy agresivas de tratamiento, pues si a pesar de evidenciar hipertensión endocraneana la presión tisular de oxígeno es mayor de 20 mm/Hg, que es el valor mínimo no hay impacto metabólico de la hipertensión endocraneana y por lo tanto el tratamiento puede ser menos agresivo que si la presión tisular fuera menor de 20. Los diferentes estudios han demostrado que los protocolos que incluyen el uso de monitores de PtiO₂ en el algoritmo de decisiones sobre hasta dónde y con que tratar a los pacientes críticos tienen mejores resultados que cuando solo se monitorea la PIC y con base en ella se toman decisiones.

En los primeros protocolos, no bastaba con normalizar la presión intracraneana si la PtiO₂ no se había recuperado. Por el contrario, si la PtiO₂ era normal se podía ser más tolerante con los niveles de presión intracraneana. Estos catéteres son fundamentales en el seguimiento del trauma de cráneo, la hemorragia subaracnoidea y la enfermedad vascular cerebral, especialmente la maligna, pues en estos casos siempre es necesario asegurar adecuadas perfusiones de oxígeno al cerebro así la presión intracraneana siga ligeramente elevada. Aunque todavía en Colombia la experiencia con los catéteres de PtiO₂ no es muy grande, los resultados de los primeros pacientes ya demuestran que los tratamientos cambian dramáticamente y con ello, los resultados.

En la medida en que se usen más catéteres de oxígeno cerebral, indudablemente mejorará la sobrevivencia de los pacientes neurocríticos, pero de manera más importante se minimizarán las secuelas. DOPPLER TRANSCRANEANO La variable ideal de monitorizar en el cuidado crítico del paciente neurológico es el flujo sanguíneo cerebral. Sin embargo, las técnicas para medirlo directamente son muy dispendiosas y costosas lo que las hacen pocas prácticas. Por esa razón desde 1980 el Dr. Aaslid introdujo en la práctica clínica el uso del Doppler transcraneano que, si bien no mide directamente el flujo, permite deducirlo a través de la medición de las velocidades con que la sangre transcurre por los grandes vasos del polígono de Willis. Al insonar las arterias basales se puede medir las velocidades sistólica, diastólica y media de la sangre al fluir por los vasos. Cuando el vaso se encuentra muy contraído (vasoespasmó) las velocidades medias se incrementan.

Este fenómeno ocurre frecuentemente en la hemorragia subaracnoidea y es la complicación más temida de esta enfermedad. El uso del Doppler permite un diagnóstico temprano del vasoespasmio y ayuda a guiar su terapéutica para evitar la aparición de infartos cerebrales. Además de las velocidades el Doppler permite calcular el índice de pulsatilidad (que es igual a $V_{sist} - V_{diast} / V_{media}$) y que refleja el grado de resistencia distal al flujo. Así si hay hipertensión endocraneana que produce vasocolapso cerebral el índice de pulsatilidad se incrementa más allá de 1.3 y permite al examinador predecir que el flujo sanguíneo no es adecuado para acoplarse a la demanda metabólica. Además de velocidades y resistencias el doppler permite valorar que tan autorregulado está este flujo. En el trauma severo o la hipoxia los vasos cerebrales pierden su capacidad de disminuir su tamaño en respuesta a un aumento de la presión arterial y así impedir una vasodilatación pasiva con hiperperfusión resultante. En el otro extremo esta autorregulación vascular está tan comprometida que los vasos se colapsan por la sumatoria de la baja presión arterial, la presión intraparenquimatosa y los cambios en el CO₂ y por ende el flujo sanguíneo distal al sitio del colapso se interrumpe conllevando a la muerte celular por hipoxia tisular. Al igual que la monitoría de PIC y de PtiO₂, el doppler se considera hoy en día una herramienta fundamental para identificar el momento metabólico que está experimentando el cerebro y con ello guiar la terapia. ELECTROENCEFALOGRAFÍA Por último la monitoría de la actividad eléctrica cerebral es indispensable en el seguimiento del estatus convulsivo pues el control de las crisis eléctricas es el objetivo terapéutico y ello solo se logra ver con la electroencefalografía. Con el paso del tiempo la electroencefalografía a pasado de los 32 canales a solamente 4 u 8 y un análisis computarizado de los ritmos lo que facilita enormemente la interpretación.

CONCLUSIÓN

La neuromonitoría multimodal, es decir la posibilidad de mirar al cerebro por la mayor cantidad de ventanas posible con el uso de diferentes tecnologías, nos ha permitido mejorar nuestra capacidad de entender la patología del cerebro crítico, intervenir de manera mas racional sobre esta y predecir con mayor certeza el pronóstico de la enfermedad. Gracias a ello hoy las unidades de cuidado crítico neurológico se han convertido en verdaderos laboratorios de neurofisiología encaminada a ofrecer al paciente las mejores posibilidades de revinculación social, laboral y familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Wilkinson H.A, Intracranial Pressure En Youmans “Neurological Surgery” Tercera Edición. Editorial Saunders ,1990. pp 661-696

Lang E, Chesnut R, Intracranial Pressure Monitoring and Management Neurosurgical Clin. North America 1995; 5: vol 4, 573-605.

Newell D. Transcranial Doppler Ultrasonography. Neurosurgical Clin. North America 1995; 5: vol 4,619-631.

Mayberg T, Lam A. Jugular Bulb Oximetry for the Monitoring of Cerebral Blood Flow and Metabolism. Neurosurgical Clin. North America 1997; 7:vol 4, 755-767.

Vora Y, Suárez Almazor M, Steinke D, et al. Role of Transcranial Doppler Monitoring in the Diagnosis of Cerebral Vasospasm after Subarachnoid Hemorrhage. Neurosurgery 1999; 44:6, 1237-1249.

Unterberg A, Kiening K, Härl R, et.al. Multimodal Monitoring in Patients with Head Injury: Evaluation of the Effects of Treatment on Cerebral Oxygenation. J Trauma 1997; 42:5, S32- S37

Hutchinson P, O’Connell M, Al-Rawi P, et.al. Clinical Cerebral Microdialysis: a Methodological Study. J Neurosurg 2000; 93: 37-43.

Fandiño J, Stocker R, Prokop S, et.al. Correlation Between Jugular Bulb Oxygen Saturation and Partial Pressure Brain Tissue Oxygen Durin CO2 and O2 Reactivity Tests in Severly Head Injury Patients. Acta Neurichir (Wien) 1999; 141: 825-834.

Macmillan C, Andrews P. Cerebrovenous Oxygen Saturation monitoring: Practical Considerations and Clinical Relevance. Intensive Care Med. 2000; 26: 1028-1036.

Helbock R, Olson D, Le Roux P, et.al. Intracranial Pressure and Cerebral Perfusion Pressure Monitoring in Non-TBI Patients: Special Considerations. Neurocrit. Care 2014; 21: S85-S94.

Chesnut R, Videta W, Vespa P, et.al. Intracranial Pressure Monitoring: Fundamental Considerations and Rationale for Monitoring. Neurocrit. Care. 2014: S64-S84.

Oddo M, Bösel J, et.al. Monitoring of Brain and Systemic Oxygenation in Neurocritical Care Patients. Neurocrit. Care. 2014: S103-S120. 13. Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury 4th Edition. <https://braintrauma.org/guidelines/guidelines-for-the-management-of-severe-tbi-4thed/>. Última revisión Mayo 10 2017 14.

Le Roux P, Menon DK, Citerio G, et.al. The International Multidisciplinary Consensus Conference on Multimodality Monitoring in Neurocritical Care: A List of Recommendations and Additional Conclusions. *Neurocrit. Care.* 2014: S282-S296.

ROL DEL ENFERMERO EN EL LABORATORIO DE CARDIOLOGÍA NO INVASIVA COMO SONOGRAFISTA CARDIACO

Enf, Esp. Andrés Camilo Ruiz Muñoz
 Centro Cardiológico de Bogotá
 correo electrónico: andrescruizm@gmail.com

¿Qué es la cardiología no Invasiva? Literalmente es un laboratorio. Donde se realizan pruebas diagnósticas con las que se puede establecer un diagnostico cardiovascular aproximado, lo que mejora la sensibilidad y la especificidad diagnostica con el fin de que se obtenga el mayor beneficio con el menor riesgo.

¿Que permiten establecer los laboratorios de cardiología no invasiva?

- Pruebas diagnósticas para valorar:
- Anatomía y fisiología cardiaca y de grandes vasos.
- Establece puntos de corte en la evolución clínica de un paciente.
- Determinar la clase funcional.
- Determinar los cambios fisiológicos in vivo de la respuesta presora y electrocardiográfica al ejercicio.
- Determinar la respuesta cardiovascular al estrés farmacológico de un paciente con enfermedad coronaria instaurada (Viabilidad miocárdica)
- Establecer gradientes vólculo arteriales.
- Riesgo in vivo de presentar enfermedad coronaria.
- Valoración del ritmo cardiaco y presión arterial en 24 horas.
- Establecer pronósticos prequirúrgicos

¿Qué pruebas realiza el laboratorio de Cardiología no invasiva?

- Electrocardiografía.
- Holter de ritmo y MAPA.
- Pruebas de esfuerzo.
- Ecocardiografía.
- Ecocardiografía estrés ejercicio y farmacológico.
- Perfusión miocárdica de 1ra fase con ejercicio o farmacológico.
- Ecocardiografía tras esofágica
- Test de mesa basculante

¿Qué es un ecocardiograma y por qué es tan importante?

- Las imágenes cardíacas han sido consideradas por NEJM en su editorial del año 2000 como uno de los grandes desarrollos médicos del milenio.¹⁷¹⁸¹⁹

Que interesante es obtener imágenes en tiempo real a través de un método no invasivo.

Imagen cardíaca a la cabecera del paciente

¿QUE DEFINE A UN ENFERMERO?

¿El CUIDADO?

¿Si los animales también cuidan que define nuestro cuidado?

- EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SE DEFINE POR ACTO DEL CUIDADO DE LA SALUD Y LAS FORMAS EN QUE ORIENTA UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO PARA QUE ESE ACTO DE CUIDADO TENGA CALIDAD Y CALIDEZ.

¿QUE ES UN SONOGRAFISTA CARDIACO?²⁰

- Es un profesional o un técnico especializado en la adquisición de imágenes diagnosticas de corazón.
- Técnico en sonografía cardíaca:
 - Es aquel que desarrollo habilidades manuales e íntegro conocimiento a través del aprendizaje empírico en acompañamiento con profesionales del área de la ecocardiografía.
- Profesional en sonografía cardíaca:
 - Es el profesional de la salud que integra conocimientos científicos y teórico práctico para la valoración ecocardiográfica integrando fisiología, semiología cardiovascular, fisiopatología e imagen ecocardiográfica por ultrasonido y

¹⁷ Looking back on the millennium in medicine (editorial). N Engl J Med 2000;342:42-9.

¹⁸ Iglehart JK. Health insurers and medical-imaging policy- a work in progress. N Engl J Med 2009; 360: 1030 -7.

¹⁹ García Fernández MA. Reflexiones en imagen cardíaca. Adónde vamos en el mundo de la imagen. Página de la Asociación Española de Imagen Cardíaca. www.ecocardio.com 1-12-2010

²⁰ Ehler D, Carney D, Dempsey a, Rigling R, Kraft C, Witt S, et al. Guidelines for cardiac sonographer education: Recommendations of the american society of echocardiography sonographer training and education committee. J Am Soc Echocardiogr [Internet]. 2001 Jan [cited 2014 Sep 3];14(1):77-84. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0894731701800389>

monitorización hemodinámica del paciente en todos los procedimientos que realiza bajo la supervisión de un ecocardiografista o cardiólogo experimentado en el área de imágenes diagnósticas.

¿Qué hace el enfermero sonografista cardiaco?

- Es el *aliado del paciente*, del cardiólogo y el ecocardiografista en el proceso de valoración ecocardiográfica en pacientes adultos o pediátricos:
 - Ecocardiograma trastorácico
 - Estrés ejercicio
 - Estrés dobutamina
 - Ecocardiografía de contraste
 - Optimización de la adquisición de eco tras esofágico
 - Eco de optimización o resincronización

Según Restrepo, G., & Restrepo, P. M. (2014)., el enfermero en el examen eco cardiográfico

- Contiene una asociación de la historia clínica del paciente con sus síntomas y signos que pueden incluir desde sus signos vitales hasta el análisis por sistemas con los hallazgos realizados por ultra sonido.
- Amplia comprensión anatomía, embriología, fisiología, fisiopatología y diagnostico por imagen con ultrasonido cardiaco.
- Amplio dominio de la instrumentación por ultrasonido
- Conocimiento y dominio de las diferentes técnicas ecocardiográficas y su manejo dentro del laboratorio de ecocardiografía para mantener la seguridad del paciente aun en situaciones críticas.
- Amplio conocimiento en los hallazgos normales en pacientes de cirugía cardiaca pre, trans y posoperatoria tanto por vía quirúrgica como endovascular.
- Valoración de los pacientes en estado crítico según la etiología de su y su condición hemodinámica.
- Competente para obtener información relevante clínicamente correlacionada con los hallazgos por ultrasonido.
- Competencias en reanimación básica y avanzada a los pacientes que así lo requieran en el laboratorio de cardiología.

- Capacidad de obtener accesos vasculares, administrar correctamente los medicamentos empleados para los diferentes exámenes (Midazolam, lidocaína, atropina, dobutamina).

¿Qué es un enfermero sonografista cardiaco en el C.C.B.?

- ***Es el profesional que brinda educación y apoyo emocional al paciente durante la valoración ecocardiográfica.***
- Es el profesional que se encarga de la realización de la valoración ecocardiográfica de los pacientes según la indicación clínica del examen teniendo en cuenta que la información adquirida tenga la mayor calidad posible y permita minimizar los sesgos inter e intra observador y optimizar la reproducibilidad de la información al adquirirla de forma ***ESTANDARIZADA***.
 - Fortalece los protocolos y planea la socialización e implementación de los mismos.
 - Identificar y gestionar riesgos/incidentes y/o eventos adversos dentro del servicio.
 - Favorece los procesos que optimicen la capacidad instalada y la calidad de la atención a los usuarios.
 - Realiza una pesquisa de imágenes cardiovasculares basada en un método de valoración.
 - Adquiere imágenes ecocardiográficas de alta calidad para la correcta interpretación y reproducción de la información.
 - Minimiza los sesgos inter/intra observador al permitir reproducir información ecocardiográfica estandarizada.
 - Monitoriza hemodinamicamente el paciente en los diferentes procedimientos en los que participa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Angell, M., Kassirer, J. P., & Relman, A. S. (2000). Looking back on the millennium in medicine [editorial]. *N Engl J Med*, *342*(1), 42-49.
- Iglehart, J. K. (2009). Health insurers and medical-imaging policy—a work in progress.
- Lowenstein, J., & Masoli, O. (2011). El mejor momento de la imagen cardíaca. *Revista argentina de cardiología*, *79*(3), 209-209.
- García Fernández MA. Reflexiones en imagen cardíaca. Adónde vamos en el mundo de la imagen. Página de la Asociación Española de Imagen Cardíaca. www.ecocardio.com 1-12-2010
- Ehler, D., Carney, D. K., Dempsey, A. L., Rigling, R., Kraft, C., Witt, S. A., ... & Waggoner, A. (2001). Guidelines for cardiac sonographer education: recommendations of the American Society of Echocardiography Sonographer Training and Education Committee. *Journal of the American society of echocardiography*, *14*(1), 77-84.
- Restrepo, G., & Restrepo, P. M. (2014). Enfermera especialista en ultrasonido cardíaco. Propuesta de formación en Colombia. *Revista Colombiana de Cardiología*, *21*(4), 226-230.

III. EJE TEMÁTICO: SEGURIDAD DEL PACIENTE

GESTIÓN CLÍNICA EN UNIDADES DE SALUD MENTAL

Enf. Esp. Adriana Milena Bedoya Conde.
Unidad de prestación de servicios - Santa Clara E.S.E
correo electrónico: bedoyaconde.adriana@gmail.com

Enf, Mg. Oscar Javier González.
Docente Universidad de Ciencias Aplicadas UDCA
correo electrónico: oscar.jagonzalez@udca.edu.co

Palabras claves: Riesgo clínico, salud mental.

Para dar un contexto a la gestión del riesgo clínico se tomarán algunos conceptos de expertos como lo describe Chomalí, Febré & Gattas (En Ramírez & Febré, 2015) definiéndola como "el conjunto de acciones que, aunque no garanticen la ausencia de eventos adversos, tratan de agotar sus posibilidades de ocurrencia dentro de costos que sean sostenibles, es una metodología de trabajo que permite gestionar el riesgo al que sometemos a los pacientes con las atenciones médicas, para que éstos no se manifiesten al azar". Así mismo según Pérez, García & Tejedor (2002) la define como "el uso de los recursos, intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos, para el mejor cuidado de los enfermos y están en relación con el conocimiento clínico, la mejora de los procesos asistenciales y la organización de las unidades clínicas".

Retomando estos conceptos y algunas de las normas vigentes en Colombia relacionadas con la seguridad del paciente como lo son "Decreto 903 del 13 de mayo de 2014, por el cual se dictan disposiciones en relación al Sistema Único de Acreditación en Salud", la "Resolución 256 del 5 de febrero de 2016, por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud", la "Resolución 2082 del 29 de mayo de 2014, por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud". Da una directriz frente la intervención acerca de la reducción de riesgos durante la atención en salud.

Para dar un contexto a la gestión del riesgo clínico se tomarán algunos conceptos de expertos como lo describe Chomalí, Febré & Gattas (En Ramírez & Febré, 2015) definiéndola como "el conjunto de acciones que, aunque no garanticen la ausencia de eventos adversos, tratan de agotar sus posibilidades de ocurrencia dentro de costos que sean sostenibles, es una metodología de trabajo que permite gestionar el riesgo al que sometemos a los pacientes con las atenciones médicas, para que éstos no se manifiesten al azar". Así mismo según Pérez, García & Tejedor (2002) la define como "el uso de los recursos,

intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos, para el mejor cuidado de los enfermos y están en relación con el conocimiento clínico, la mejora de los procesos asistenciales y la organización de las unidades clínicas”.

Retomando estos conceptos y algunas de las normas vigentes en Colombia relacionadas con la seguridad del paciente como lo son “Decreto 903 del 13 de mayo de 2014, por el cual se dictan disposiciones en relación al Sistema Único de Acreditación en Salud”, la “Resolución 256 del 5 de febrero de 2016, por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud”, la “Resolución 2082 del 29 de mayo de 2014, por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud”. Da una directriz frente a la intervención acerca de la reducción de riesgos durante la atención en salud.

Así mismo antes de hablar de los riesgos clínicos el punto de partida es la definición del ciclo de atención en salud mental considerada como el conjunto de recursos humanos, físicos suficientes y pertinentes para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. Siendo la USS Santa Clara una E.S.E que cuenta con diferentes niveles de complejidad, los cuales son complementarios y permiten dar una continuidad en dicha atención, según las necesidades de salud de las personas.

Acerca de esta institución podemos mencionar que hace parte de la Red de Servicios del Centro Oriente y con este reordenamiento es proveedor de servicios integrales a pacientes psiquiátricos. También cabe mencionar que la zona geográfica de influencia para la atención de pacientes con afección mental la conforma todo el Distrito Capital siendo un aproximado de 7.571.345 habitantes por ser centro de referencia Neumológico, de CAD (Centro de Atención de la Drogadicción), Toxicología y Cuidado Crítico Adulto y Pediátrico. Desde el año 2010 se atienden principalmente la población del régimen vinculado que incluía un gran número de personas con un nivel socio económico bajo, habitantes de calle, institucionalizados sin historia familiar, en situación de desplazamiento etc.; todo esto aumentan los factores de riesgos y ampliando la cadena de factores que contribuyen a la problemática a intervenir. Aun así podemos ampliar la definición de la alteración mental según la OMS (Organización Mundial de la Salud) la definió como los trastornos de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, que hayan sido afectados en los procesos psicológicos básicos.

Considerando todos los componentes ya descritos como el contexto institucional, la condición de los pacientes con afección mental, sus determinantes sociales; se definió como una prioridad dentro del marco de la reorganización del sector salud en Bogotá, que incluye menos barreras de acceso, mayor capacidad resolutoria y mejor atención hospitalaria, orientando a los esfuerzos institucionales hacia una “Reducción de Riesgos clínicos”. Por lo que inició un trabajo para contribuir con el desarrollo científico a través del desarrollo de investigación clínica un problema prioritario y generar soluciones, apoyada por los diferentes actores y aliados estratégicos como las universidades. Siendo este un aporte a los esfuerzos

nacionales en la disminución de la carga de la enfermedad crónica no transmisible en Colombia, y un punto de partida para dar mayor foco a la seguridad del paciente de estos pacientes.

Orientando hacia un planteamiento de barreras de seguridad y medición de su efectividad en las unidades de salud mental. En efecto, la prestación de servicios de salud y el trabajo articulado con la intervención de UDCA (Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales) a partir del uso de metodologías prospectivas como AMFE, lo cual definió la identificación de riesgos y controles a trabajar. El objetivo debe ser la reducción constante del impacto y carga de las enfermedades, lesiones y la mejora de la salud según lo orientó la Quality First: Better Health Care for All Americans; a partir de la gestión de procesos mediante la escala SPOCK (Estructura de acuerdo al ciclo de atención de salud mental, los procesos, los resultados y la cultura), estableciendo las desviaciones de los procedimientos, viendo los riesgos en lo relacionado con el uso de medicamentos, dispositivos médicos y durante los cuidados en la estancia, lo cual era coherente con los resultados de los riesgos ya materializados o eventos adversos tales como errores de medicación relacionados con la administración de medicamentos, caídas, lesiones de piel por uso de sujeción terapéutica entre otros.

Lo que fue concluyente para el modelo de gestión en estas unidades de salud mental determinante con variables como en primera medida la articulación entre políticas institucionales de la subred como calidad, humanización y gestión del riesgo; seguida por el fomento de la cultura de seguridad con estrategias que orienten al aprendizaje del error como las sesiones breves y rondas de seguridad, y por último la definición de metodologías para análisis.

Acerca del proceso metodológico al interior de la USS hay un factor primordial de éxito y es la participación por el equipo de enfermería quien llevó a cabo las siguientes fases. La definición del problema para lo cual se realizó una caracterización de los eventos adversos y los riesgos de mayor probabilidad según la atención, también con la definición de los diagnósticos de las fallas por lo cual surge los planes de cuidados de enfermería donde surgieron la prevención del intento de suicidio, prevención de caídas y fugas.

Todo lo anterior llevó a ser una realidad el concepto emitido en Ramírez & Febré, como la implementación de varias acciones, estrategias que, aunque no garanticen la ausencia de eventos adversos, orientan a la mitigación de riesgos de forma materializada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

OMS. (2008). El Programa de acción de la OMS para superar la brecha en salud mental. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>.

Pérez, Juan José, García, Javier & Tejedor, Martín. Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. Rev Calidad Asistencial 2002;17 (5):305-11. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-gestión-clínica-conceptos-metodología-implantación-S1134282X02775209?redirectNew=true>.

Ramírez Iturra, Blanca, & Febré, Naldy. (2015). Impacto de la gestión de riesgos en la prevención de eventos adversos durante el traslado intrahospitalario de pacientes. Ciencia y enfermería, 21(1), 35-43. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000100004>.

Restrepo F. (2006) El riesgo de la atención en salud y la vigilancia de eventos adversos, Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia. p. 1-35. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/>.

CLÍNICA DE HERIDAS: COMPETENCIA DEL PROFESIONAL EN ENFERMERÍA

Enf, Esp. Luis Fernando Giraldo Giraldo
Clínica de heridas del Hospital Occidente de Kennedy
correo electrónico: clinicadeheridasgiraldo@gmail.com

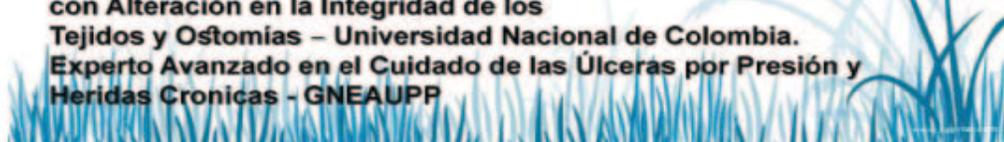
CLINICA DE HERIDAS:

“UNA EXPERIENCIA EN EL LIDERAZGO DEL CUIDADO DE LAS HERIDAS”



Luis Fernando Giraldo G.

Enfermero Profesional - Pontificia Universidad Javeriana.
Especialista Docencia Universitaria - Universidad del Bosque.
Diplomado en Perspectivas de Cuidado de Enfermería a la Persona
con Alteración en la Integridad de los
Tejidos y Ostomías - Universidad Nacional de Colombia.
Experto Avanzado en el Cuidado de las Úlceras por Presión y
Heridas Crónicas - GNEAUPP



OBJETIVO: CICATRIZACIÓN



ACTIVIDADES

- Curaciones tradicionales
- Curaciones con apósitos de alta tecnología
- Cuidado y educación a usuarios ostomizados.
- Educación sobre el autocuidado.
- Docencia universitaria.



COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

- CONOCIMIENTO
- APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO
- SABIDURIA



COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

- HABILIDADES
- DESTREZAS

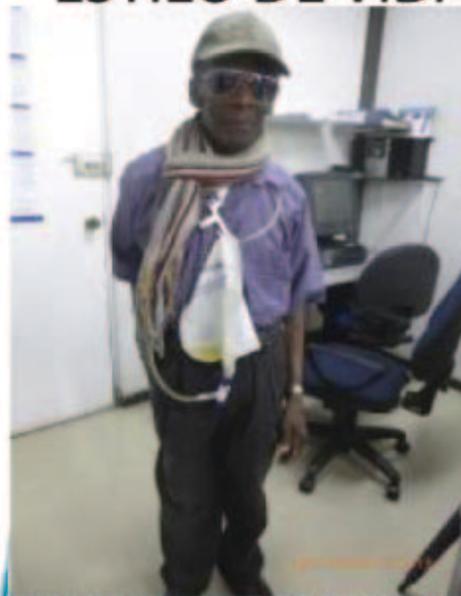


COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

- LIDERAZGO, VALORES Y HUMANIZACIÓN



LA EDUCACIÓN INFLUYE EN EL ESTILO DE VIDA



PROCESOS DE LA CICATRIZACIÓN:

- HEMOSTASIA



PROCESO DE LA CICATRIZACIÓN:

- GRANULACIÓN.



PROCESO DE LA CICATRIZACIÓN: REMODELACIÓN



DESBRIDAMIENTO

AUTOLÍTICO



MECÁNICO



DESBRIDAMIENTO

ENZIMATICO



QUIRÚRGICO



DESBRIDAMIENTO

•LARVAL



Lucilia sericata



•ULTRASONIDO



PREPARACIÓN DEL LECHO DE LA HERIDA

T

Control del tejido no viable

I

Control de la inflamación y de la infección

M

Gestión del exudado

E

Estimulación de los bordes epiteliales

Falanga V. Classifications for wound bed preparation and stimulation of chronic wounds. Wound Repair Regen 2000.

COMO MANEJARLO

T

➤ Colagenasa, Vaselina, Hidrogel, hidrogel de plata, miel.

I

➤ Infección: Antibiótico Oral y Tópico (Apósitos con Ag, Polihexanida, Polihexametileno Biguanida (Biopelículas))
 ➤ Inflamación: Terapia Compresiva.

M

➤ Espumas, Polimeros absorbentes, Apósitos Absorbentes, Terapia de Presión Negativa.

E

➤ Hidrocoloide, factores de Crecimiento Vegetal, Factores de Crecimiento Animal, factor de crecimiento epidérmico recombinante, Colágeno, Ácido Hialurónico, Alginatos de Calcio, hidrofibras, entre otros.

CLÍNICA DE HERIDAS: CUIDADO DEL BORDE PERILESIONAL



QUE ES EL BORDE PERILESIONAL

- El borde perilesional es el contorno geográfico de la herida. La maceración es el daño del borde perilesional producido por el exceso de humedad derivado del exudado y la larga exposición a la humedad.

¿POR QUÉ CUIDAR EL BORDE PERILESIONAL?

- El exceso de humedad en las heridas conlleva al deterioro y disminución significativa del cierre de las mismas, uno de estos daños ocasionados sobre la piel perilesional es la maceración y se presenta como signo de exceso de humedad en los límites perilesionales, provocado por fugas no controladas, y pueden ser indicación del uso inadecuado de apósitos de cura húmeda, signos de infección o tiempo entre curaciones muy prolongado comprendidos entre 5 y 8 días provocando dolor.

Eventos Adversos

- Sensibilidad al apósito
 - ✓ Zona enrojecida
 - ✓ Reacción alérgica
 - ✓ inflamación



EVENTOS ADVERSOS

Maceración

- Blanqueamiento de la piel.
- Inflamación.
- Abundante Exudado.
- Olor.



EVENTOS ADVERSOS

Tópicos

- Rash Cutáneo
- Enrojecimiento
- Inflamación
- Prurito
- Ardor
- Alta temperatura



EVENTOS ADVERSOS

Hipergranulación

✓ Formación excesiva de tejido



EVENTOS ADVERSOS

- Apósitos y tópicos impregnado de plata
- Cambio en el color del lecho de la herida.



• LAS PRESENTES FOTOS SON PROPIEDAD Y TRABAJO DE LA CLINICA DE HERIDAS GIRALDO Y DEL HOSPITAL DE KENNEDY.



CURACIONES CON APÓSITOS DE ALTA TECNOLOGÍA



CURACIONES CON APÓSITOS DE ALTA TECNOLOGÍA



CURACIONES CON APÓSITOS DE ALTA TECNOLOGÍA



CURACIONES CON APÓSITOS DE ALTA TECNOLOGÍA



“El verdadero cuidado de enfermería se encuentra en un pensamiento creativo, con una actitud sensible en las actividades de la vida.”

GESTIÓN DEL RIESGO DESDE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

Enf. Claudia Fonseca Reyes.
Clínica del Campestre Medellín. Antioquia
correo electrónico: clausnurse@hotmail.com

Objetivo

Reconocer las Centrales de Esterilización como importantes áreas de aprendizaje, desempeño y gerenciamiento empresarial, que bajo la mirada integral de los profesionales de enfermería, constituyen un recurso fundamental en la prevención y mitigación del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) para impactar los cuidados, la salud de los pacientes y la seguridad laboral.

Antecedentes legales del Sistema obligatorio de la garantía de la calidad en salud (SOGCS). Figura 1.

Metas de seguridad del paciente de la Organización Mundial de la Salud

1. Identificar correctamente al paciente.
2. Mejorar la comunicación efectiva.
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas la atención médica.
6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

La 5 meta aporta en el cumplimiento está involucrado el proceso seguro desde al Central de Esterilización y mediante la adecuada higiene de manos.

Definición de términos:

1. **Esterilización:** Eliminación total de microorganismos (bacterias, hongos y virus) incluyendo las esporas y sus formas de resistencia, de los objetos inanimados. Hasta la fecha se considera el más alto nivel de destrucción de microorganismos.
2. **Desinfección:** Es la destrucción del microorganismo, en objetos inanimados que aseguran la eliminación de las formas vegetativas, pero no las esporas bacterianas.
3. **Desinfección de Bajo Nivel:** Eliminar bacterias patógenas en su forma vegetativa y algunos hongos.
4. **Desinfección de Nivel Intermedio:** Elimina bacterias en forma vegetativa, hongos y algunos virus.

5. **Desinfección de Alto Nivel:** Es el proceso que destruye todos los microorganismos en objetos inanimados, con excepción de esporas bacterianas, mediante la inmersión de un artículo en un germicida químico o por medio de térmicos durante un tiempo definido.
6. **Central de Esterilización:** Es el servicio destinado a la limpieza, preparación, desinfección, almacenamiento, control, distribución de ropas, instrumental, equipos y material médico quirúrgico que requiere desinfección o esterilización.
7. **Seguridad:** Se entiende como prevención, esto es conjunto de actividades o medidas adaptadas o previstas en todas las fases de actividad de una empresa, con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados de los procesos.
8. **Seguridad de los pacientes:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
9. **Evento Adverso:** Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. **Figura 2**
10. **Evento Centinela:** Hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, lesión física, o psicológica grave que causa daño permanente o muerte al paciente.

Etapas del Proceso de Esterilización:

1. Recepción.
2. Limpieza.
3. Inspección.
4. Empaque.
5. Esterilización.
6. Validación.
7. Almacenamiento.
8. Distribución.

Métodos de Esterilización:

1. **Físicos:** Autoclave, flash calor húmedo, calor seco, radiaciones.
2. **Químicos:** Óxido de etileno, aldehídos, ácido peracético, peróxido de hidrógeno, ozono.

Monitoreo en el proceso de esterilización:

1. Físico.
2. Químico.
3. Biológico.
4. Paquete Desafío.

Evidencia del monitoreo del Proceso de Esterilización:

1. Registros de control de procesos
2. Informes técnicos preventivos y correctivos
3. Informes de validaciones de equipos y procesos
4. Auditorias de procesos
5. Resultado de mediciones analíticas
6. Reporte de incidentes en operarios
7. Reporte de incidentes en operarios

Como formar una Cultura de Seguridad en la Organización desde el direccionamiento y gerencia de la calidad: Figura 3

1. Política de seguridad clínica.
2. Formación organizacional.
3. Procesos institucionales seguros.
4. Prácticas que mejoran el actuar de los profesionales.
5. Involucrar el usuario y la familia, cuidador en la seguridad.

Gestión del Riesgo

Método sistemático para identificar, analizar, evaluar, monitorear y comunicar, los riesgos asociados a un servicio o proceso, con el objetivo de disminuir las pérdidas (costos de no calidad). Pueden ser:

1. Activa: Metodología AMEF.
2. Pasiva: Protocolo de Lóndres.

Metodología AMEF

El AMEF es un procedimiento de análisis para identificar las formas en que un producto o proceso puede fallar, y planear la prevención de tales fallas. Identificación de las fallas, efectos y causas.

Se realiza análisis del AMEF, en la **Central de esterilización: Tabla 1** (página 7)

Modo de Falla:

1. Falla en la calidad de los insumos.
2. Fallos en la adherencia a los protocolos definidos del proceso de esterilización.

3. Fallo en los equipos.
4. Fallos en el proceso de esterilización.
5. Incidentes y accidentes laborales.

Causa de la Falla:

Causas probables identificadas en el análisis grupal.

Efectos sobre el paciente y/o colaborador:

Daños causados al paciente por el error del proceso.
Cuáles serían las consecuencias.

Efectos sobre el sistema:

Cuáles serían las consecuencias.

Severidad:

Rigor o actitud del daño causado al paciente por el fallo del proceso.

Probabilidad de la detención:

Que tan probable es que la barrera de seguridad detecte o intervenga en la ruta del evento igual efectividad de la barrera.

Criticidad:

Es el resultado entre la multiplicación de severidad y la probabilidad de la detención, de manera tal que podamos asumir que el factor preponderante, para definir el grado criticidad de un proceso es la severidad. Se clasifica como: Mínimo, Moderado, Mayor, Catastrófico. (Ver tabla de Valores de Criticidad).

Se califica el proceso de acuerdo con la apreciación y los modos de falla detectados y los efectos como: **ALTO RIESGO – MODERADO RIESGO – BAJO RIESGO.**

Capítulo 2

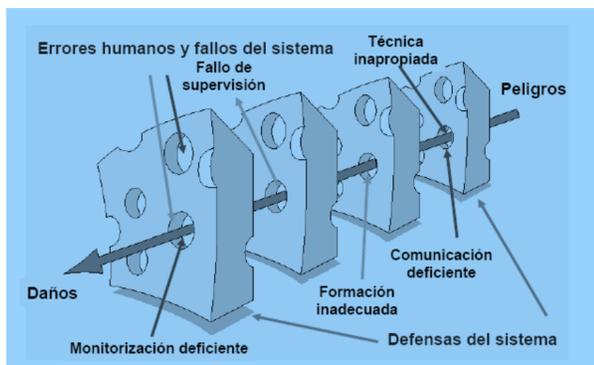
Figuras y tablas

Figura 1



Figura 2

El modelo Explicativo en la Producción de Eventos



(Imagen 2. Tomado del curso de formación sobre seguridad del paciente del proyecto Bacteriemia Zero)

Figura 3



TABLA 1

N°	MODOS DE FALLA	CAUSA	EFFECTOS SOBRE EL PACIENTE Y/O COLABORADOR	EFFECTOS SOBRE EL SISTEMA	SEVERIDAD	PROBABILIDAD	CRITICIDAD	BARRERAS
1	Falla en la calidad de los insumos	Bajo Precio Sin pruebas de calidad Sin registro invima	Evento Adverso: Infección. Daño en tejido, prolongación de estancia	Demandas, desprestigio, pérdidas económicas, pérdida	4	2	8	Política de compras, divulgadas e implementadas. Adherencia al proceso de
2	Fallos en la adherencia a los protocolos definidos en el proceso	Falta de entrenamiento. Omisión o violación conciente. Desconocimiento. Desmotivación.	Procedimiento errado. Evento adverso.	Demandas, desprestigio, pérdidas económicas, accidente de trabajo	4	3	12	Programa de inducción y reinducción. Capacitación y evaluación en la adherencia de higiene de manos. Lista de verificación de
3	Fallo en los Equipos	No se dispone de un programa de mantenimiento preventivo. Garantía y seguimiento posventa. Personal de mantenimiento no idóneo. Tecnología obsoleta. Desconocimiento del manejo de equipos. Supera el número de reusos del dispositivo, permitidos. Falta de validación de equipos.	Evento adverso. Cancelación de procedimientos. Insatisfacción de paciente. Prolongación de estancias injustificadas. Incidentes.	Demandas, desprestigio, pérdidas económicas, incumplimientos legales que puede generar cierre de servicio, resultados no válidos (falsos positivos)	7	4	28	Plan de mantenimiento preventivo y correctivo con su respectivo programa. Contrato de mantenimiento con empresa debidamente certificada. Seguimiento a la ejecución de plan de mantenimiento y las recomendaciones dadas. Estandarizar el proceso de inclusión y actualización de
4	Fallos en el proceso de esterilización	Fallas en la comunicación entre el equipo y/o con otros servicios. Fallas en la recepción técnico administrativa de dispositivos médicos, instrumental e implantables. En el proceso de lavado: Mecánico o manual. Lubricación e inspección. Biofilm y/o suciedad no accesible a la limpieza. En el preparación y empaque. Selección y montaje de la carga al esterilizador. Selección de tipo de ciclo. Utilización de contenedores inapropiados. Descargue y aireación de la carga. Almacenamiento y distribución. Trazabilidad del proceso	Evento adverso: Infecciones, material en cavidad, fractura de dispositivo en cavidad entre otros. Incidentes. Insatisfacción del paciente. Hospitalización prolongada.	Demandas, desprestigio, pérdidas económicas. Incumplimientos legales que puede generar cierre de servicio, afecta la programación quirúrgica o de procedimientos, aumento de estancia hospitalaria, costos, glosas. Conflictos laborales. Demandas	10	3	30	Proceso y protocolos definido, documentado, divulgado y evaluado. Personal capacitado y entrenado. Proceso de recepción técnica e insumos, dispositivos médicos, equipos e instrumental, implantables. Equipos ajustados a un programa de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos, instrumental. Sustancias químicas seguras
5	Incidentes y accidentes laborales	movilización de pesos. No utilización de equipo de protección personal. Baja adherencia a medidas de bioseguridad. Carga laboral. Jornadas de trabajo prolongadas. Stress.	Lesión. Enfermedad profesional. Incapacidad laboral. Muerte.	Ausentismo laboral. Rotación de empleados. Afecta el clima laboral. Desmotivación. Pérdidas económicas	4	3	12	Manual de bioseguridad, documentado, divulgado, implementado y evaluado. Sistema de seguridad y salud en el trabajo. Implementación de rondas de

Capítulo 4

Conclusiones

1. La gestión de riesgos en CE es una herramienta esencial del Sistema de Gestión de Calidad.
2. Las CE son unidades estratégicas en las organizaciones de salud que deben garantizar la entrega de dispositivos médicos estériles.
3. La reducción de riesgos en sus procesos es clave para la producción de dispositivos médicos que se consideren estériles.
4. Una evaluación integral es una gestión de riesgos activa y parte fundamental del sistema de calidad. Documenta esfuerzos de la CE para procedimientos seguros.
5. Es primordial la participación de las enfermeras en el cuidado del paciente desde la Central de Esterilización.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Decreto 4725 de 2005 Por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano”. Bogotá. Recuperado de https://www.invima.gov.co/images/stories/normatividad/decreto_4725_2005.pdf.

Guía para el Control de las IAAS para Colombia MSPS, OPS. 2017

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Resolución 2115 de 2007 “Por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano”.

Normas para Auxiliares de Enfermería sobre el control de Infecciones. OMS

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Manual de esterilización para centros de salud. Washington, D.C, USA. 2008.

Programa Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de IAAS y RAM del MSPS. Colombia. 2017.

Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad. MSPS 2016.

Política de Seguridad del Paciente y Atención Segura. GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD” MSPS. 2015

República de Colombia. Constitución Política de 1991. Artículo 49.

Resolución 2183 de 2004 “Por la cual se adopta el Manual de Buenas Prácticas de Esterilización para Prestadores de Servicios de Salud”.

Resolución 2183 de 2004 “Por la cual se adopta el Manual de Buenas Prácticas de Esterilización para Prestadores de Servicios de Salud”.

NTC 6129 del 21/06/2017 Limpieza y Descontaminación de DM y productos de uso Hospitalario.

NTC 5254: 2006 Manual de Directrices para la Gestión del Riesgo.

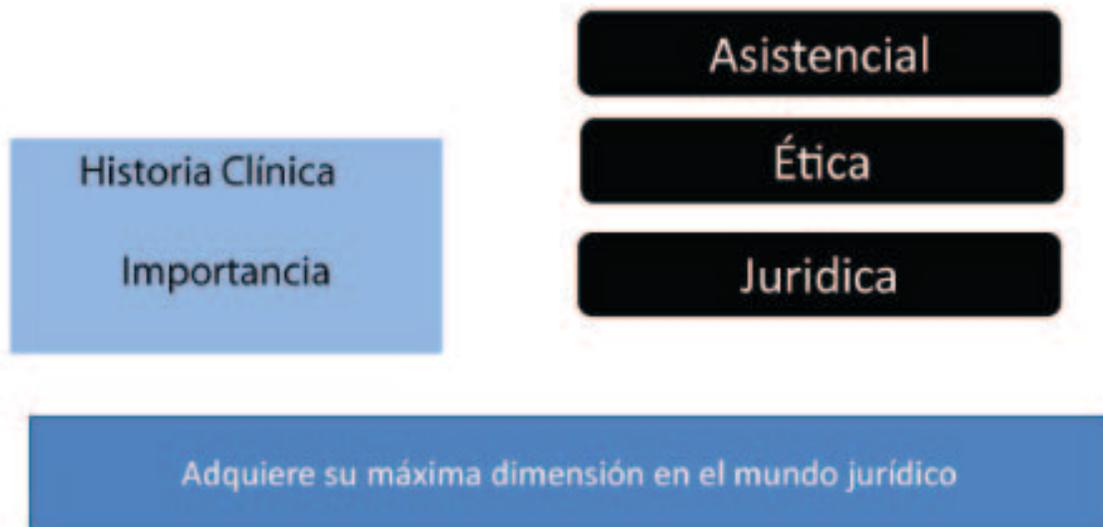
OHSAS, B. S. (2007). 18001: 2007. Occupational health and safety management systems. London.

Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

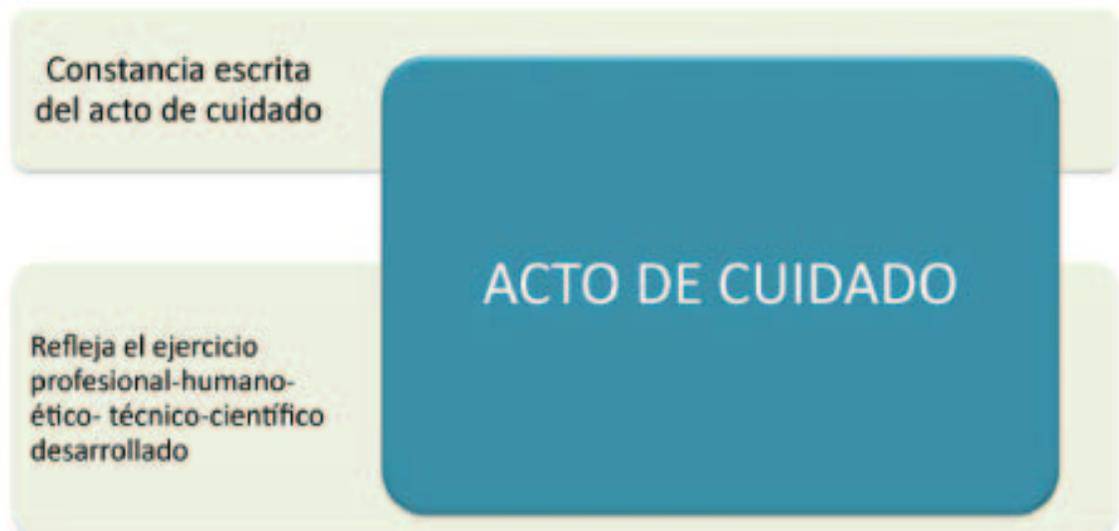
Resolución 2003 de 2014. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf.

ASPECTOS ÉTICOS LEGALES DE LA HISTORIA CLÍNICA EN ENFERMERÍA

Dra. Gloria Mercedes Jiménez R.
Jefe de asesoría médica FEPASDE - SCARE



REGISTROS DE ENFERMERÍA



REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA HISTORIA CLÍNICA

Es obligación de los profesional de enfermería y de los auxiliares diligenciar de manera completa y oportuna los registros de historia clínica de las actividades realizadas para la atención de los sujetos de cuidado, la familia y la comunidad



REGISTROS DE ENFERMERÍA

- Las notas de enfermería deben ajustarse a la verdad, proteger la reserva de la historia clínica, la privacidad e intimidad del paciente
- Garantizar que los registros se ajusten cronológicamente a la secuencia de la atención
- Realizar los registros inmediatamente después de proporcionar el cuidado, identificando claramente la actividad o procedimiento.

REGISTROS DE ENFERMERÍA

- Describir objetivamente el comportamiento y las reacciones del sujeto de cuidado.
- No utilizar adjetivos irrespetuosos para calificar el comportamiento del sujeto de cuidado (por ejemplo obstinado, repugnante, ofensivo, desagradable, grosero)

REGISTROS DE ENFERMERÍA

- Registrar en los formatos correspondientes la administración de medicamentos de acuerdo con las prescripciones médicas
- En caso de prescripciones médicas verbales (urgencias) se debe registrar el cumplimiento de la misma, consignando el tipo de prescripción, fecha, hora y nombre del médico



HISTORIA CLÍNICA

Resolución . 1995/99 Ministerio de salud: Se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.



...Documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención

Características: integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad, oportunidad.




Ley 266 de 1996 : Reglamenta el ejercicio de la Enfermería en Colombia

Ley 911 DE 2004
Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones.

CAPITULO V. RESPONSABILIDAD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA CON LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA.



"El profesional de enfermería diligenciará los registros de enfermería de la historia clínica en forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco y sin utilizar siglas, distintas a las internacionalmente aprobadas..."

Ley911/2004/Cáp.4Art.38)



..relacionado con la administración de medicamentos, el profesional de enfermería exigirá la correspondiente prescripción médica escrita, legible, correcta y actualizada. Podrá administrar aquellos para los cuales está autorizado mediante protocolos establecidos por autoridad competente

Ley911/2004/Cáp.4Art.31)



- Según las condiciones y disposiciones del servicio a su cargo, el profesional de enfermería puede delegar actividades de cuidado a auxiliares de enfermería, quienes a su vez estarán obligados a dejar registros de historia acordes con la normatividad vigente.
- El profesional tendrá a su cargo la orientación y supervisión y podrá revisar y avalar las notas del personal auxiliar en los casos que a su criterio lo ameriten
- Ley 911 de 2004, art 7,8

Ley 911 DE 2004

PARÁGRAFO. El profesional de enfermería tiene el derecho y la responsabilidad de definir y aplicar criterios para seleccionar, supervisar y evaluar el personal profesional y auxiliar de enfermería de su equipo de trabajo, para asegurar que este responda a los requerimientos y complejidad del cuidado de enfermería.



Ley 911 DE 2004

TITULO IV. DE LOS TRIBUNALES ETICOS DE ENFERMERIA. Art 10... Créase el Tribunal Nacional Ético de Enfermería, con autoridad para conocer de los procesos disciplinarios, ético profesionales que se presenten en la práctica de quienes ejercen la enfermería en Colombia

Art 39.

El Tribunal Nacional Etico de Enfermería, y los Tribunales Departamentales Eticos de Enfermería, están instituidos como autoridad para conocer los procesos disciplinarios ético profesionales que se presenten en la práctica de quienes ejercen la profesión de enfermería en Colombia, sancionar las faltas deontológicas establecidas en la presente ley y dictarse su propio reglamento



REPROCHES ÉTICOS

- Ausencia de registros
- Falta de supervisión del personal auxiliar
- Aplicación de medicamentos
- Eventos Adversos evitables

OTROS REGISTROS

- No hacen parte de la HC pero les pueden exigir como parte de la administración del servicio :
- Solicitudes a farmacia
- Listado de turnos.....
- Organización de servicios(Cirugía)



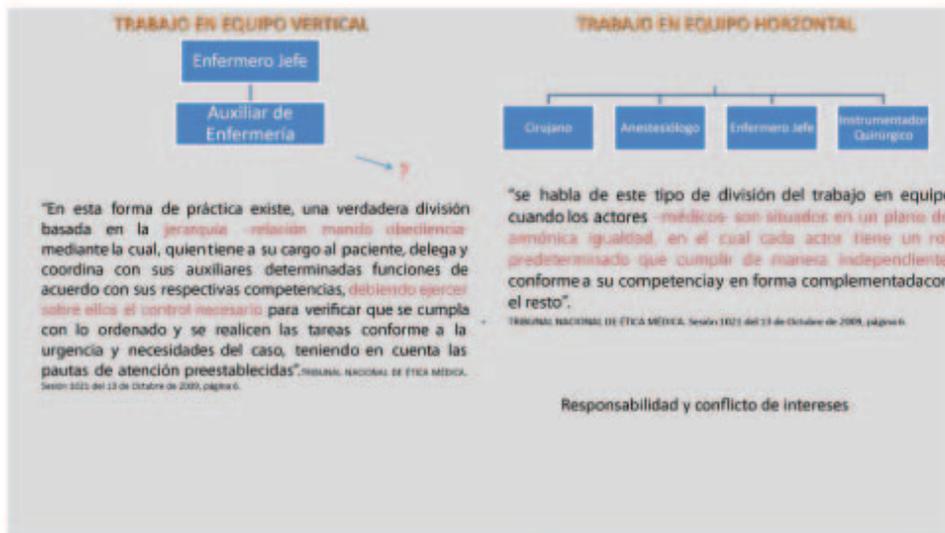
RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

Es la **obligación** de **reparar** o **satisfacer** las **consecuencias** de los actos inadecuados, de las omisiones o de los errores, ocurridos dentro **del ejercicio** de la profesión.

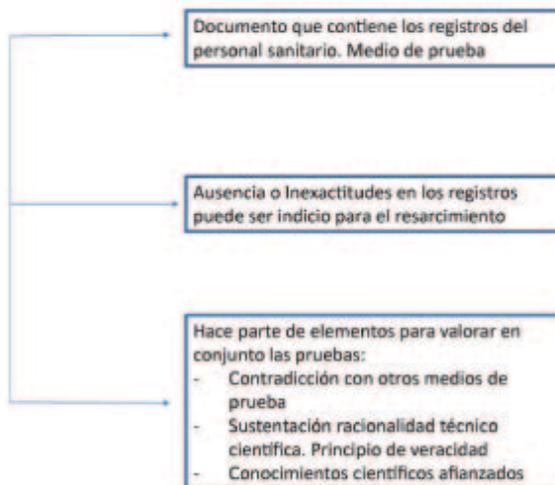
29

RESPONSABILIDAD

Tipo	Autoridad	Norma	Sanción
Penal	Fiscalía Juez Penal	CP CPP	Multa, Prisión, Suspensión
Civil	Juez civil	CC CPC	Indemnización
Contenc. Administrativa	Tribunal Con Adm. Consejo Estado	CCA	Indemnización
Ética	Tribunal de ética	CE	Amonestación, Suspensión
Disciplinaria	Control Disciplinario Procuraduría	CUD CST	Amonestación, suspensión, Destitución



Historia clínica



CAPÍTULO II Derecho de petición ante autoridades Reglas especiales

Artículo 24. Informaciones y Documentos Reservados. Solo tendrán carácter reservado las informaciones y documentos expresamente sometidos a reserva por la Constitución Política o la ley, y en especial:

1. Los relacionados con la defensa o seguridad nacionales.
2. Las instrucciones en materia diplomática o sobre negociaciones reservadas.
3. Los que involucren derechos a la privacidad e intimidad de las personas, incluidas en las hojas de vida, la historia laboral y los expedientes pensionales y demás registros de personal que obren en los archivos de las instituciones públicas o privadas, así como la historia clínica.

Parágrafo. Para efecto de la solicitud de información de carácter reservado, enunciada en los numerales 3, 5, 6 y 7 solo podrá ser solicitada por el titular de la información, por sus apoderados o por personas autorizadas con facultad expresa para acceder a esa información.

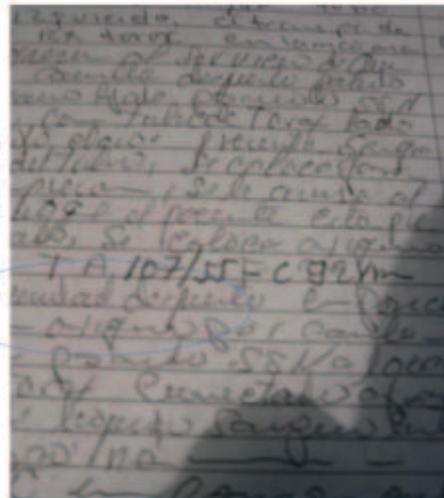
REGISTROS DE ENFERMERÍA

- En un proceso contra un profesional de la salud, un aspecto fundamental son las pruebas, la principal de ellas es la HISTORIA CLÍNICA



Para hacer una corrección en la historia clínica luego de haber terminado una nota, la manera más adecuada de proceder es:

- Poner entre paréntesis el dato errado con raya en la mitad que permita la lectura de su contenido (~~oxitocina~~ 100U) y posteriormente la nota correcta (oxitocina 10U).
- Si omitió por olvido un dato relevante, escriba la nota aclaratoria retrospectiva (no lo coloque sobre el registro inicial)



REGISTROS DE ENFERMERÍA

Violación de normas deontológicas

ALTERAR LA HISTORIA CLINICA



DELITO
FALESDAD EN DOCUMENTO PRIVADO



PRONUNCIAMIENTOS ALTAS CORTES

- Alcance probatorio de la historia clínica. (CSJ, Cas. Penal, Sent. feb. 21/2007, Rad. 25920. M.P. Javier Zapata Ortiz).
- La historia clínica no se confecciona con el objeto de servir como medio de prueba; no es propiamente una evidencia real, ni se elabora ex profeso para efectos demostrativos..
-en la práctica, no es la historia clínica misma la que aporta luces para que el juez dilucide los acontecimientos, sino que ese documento es ofrecido o dejado en manos de expertos, para que a través de la prueba pericial (practicada en el juicio oral) se ofrezcan las explicaciones requeridas para el entendimiento de un asunto complejo



Es una herramienta necesaria para el seguimiento de la salud del paciente, con fines de diagnóstico o tratamiento. Por ello, la difusión en debate público de su contenido en algunos eventos podría conspirar contra la dignidad humana.

No parece, pues, racional que en todos los casos se deba hacer comparecer a los profesionales de la salud autores de la historia clínica , que suelen ser varios en relación con el mismo paciente, en diferentes turnos de día y de noche, para que la autenticquen en audiencia pública, especialmente en los casos donde no se discute la veracidad de alguno de los registros parciales que contiene ni el origen o procedencia de la misma.



La cadena de custodia y la acreditación por testimonio de terceros acerca del origen y procedencia de la historia clínica podrían ser suficientes para tener el documento como auténtico, con independencia del mérito que pudiere reconocerse a las anotaciones que contiene, conjunta o aisladamente, con la ayuda de peritos.

No obstante es posible que la parte interesada solicite el testimonio de alguno o algunos de los médicos tratantes o profesionales de la salud que contribuyeron con sus datos a la confección de la historia clínica, para dilucidar aspectos de contenido que tuvieran relevancia para su teoría del caso dado que al respecto tampoco existe una limitante normativa, más allá del secreto profesional.

Niño de 17 meses de edad que había presentado síntomas respiratorios con fiebre motivo por el cual los padres acudieron a consultas médicas previas en dos instituciones: Cami San Juan y Hospital Atendemos, en esta última institución se le diagnóstico bronconeumonía y se le da salida.

Ante la persistencia de síntomas padres llevan al menor al H Grandeza en Salud, mediana complejidad donde nuevamente le dan salida con inhaladores y dolex.

El paciente persiste con sintomatología por lo que vuelven a ingresarlo al H Grandeza en Salud, presentaba signos de dificultad respiratoria y se hospitaliza, dice la madre del menor que estando su hijo hospitalizado evidenció que se deterioraba por lo cual dio continuos avisos al personal de enfermería y al personal médico y a un médico muy joven quien estaba irascible, pero le manifestaban que estaban descansando, no acudieron oportunamente, el menor fue trasladado al Hospital de mayor nivel donde falleció.

Fecha	Participación de la Organización de Salud, Epidemiología o Asistencia Hospitalaria en el evento
19/02	17/02 - 18/02 - 19/02 - 20/02 - 21/02 - 22/02 - 23/02 - 24/02 - 25/02 - 26/02 - 27/02 - 28/02 - 29/02 - 30/02 - 01/03 - 02/03 - 03/03 - 04/03 - 05/03 - 06/03 - 07/03 - 08/03 - 09/03 - 10/03 - 11/03 - 12/03 - 13/03 - 14/03 - 15/03 - 16/03 - 17/03 - 18/03 - 19/03 - 20/03 - 21/03 - 22/03 - 23/03 - 24/03 - 25/03 - 26/03 - 27/03 - 28/03 - 29/03 - 30/03 - 31/03 - 01/04 - 02/04 - 03/04 - 04/04 - 05/04 - 06/04 - 07/04 - 08/04 - 09/04 - 10/04 - 11/04 - 12/04 - 13/04 - 14/04 - 15/04 - 16/04 - 17/04 - 18/04 - 19/04 - 20/04 - 21/04 - 22/04 - 23/04 - 24/04 - 25/04 - 26/04 - 27/04 - 28/04 - 29/04 - 30/04 - 01/05 - 02/05 - 03/05 - 04/05 - 05/05 - 06/05 - 07/05 - 08/05 - 09/05 - 10/05 - 11/05 - 12/05 - 13/05 - 14/05 - 15/05 - 16/05 - 17/05 - 18/05 - 19/05 - 20/05 - 21/05 - 22/05 - 23/05 - 24/05 - 25/05 - 26/05 - 27/05 - 28/05 - 29/05 - 30/05 - 31/05 - 01/06 - 02/06 - 03/06 - 04/06 - 05/06 - 06/06 - 07/06 - 08/06 - 09/06 - 10/06 - 11/06 - 12/06 - 13/06 - 14/06 - 15/06 - 16/06 - 17/06 - 18/06 - 19/06 - 20/06 - 21/06 - 22/06 - 23/06 - 24/06 - 25/06 - 26/06 - 27/06 - 28/06 - 29/06 - 30/06 - 01/07 - 02/07 - 03/07 - 04/07 - 05/07 - 06/07 - 07/07 - 08/07 - 09/07 - 10/07 - 11/07 - 12/07 - 13/07 - 14/07 - 15/07 - 16/07 - 17/07 - 18/07 - 19/07 - 20/07 - 21/07 - 22/07 - 23/07 - 24/07 - 25/07 - 26/07 - 27/07 - 28/07 - 29/07 - 30/07 - 31/07 - 01/08 - 02/08 - 03/08 - 04/08 - 05/08 - 06/08 - 07/08 - 08/08 - 09/08 - 10/08 - 11/08 - 12/08 - 13/08 - 14/08 - 15/08 - 16/08 - 17/08 - 18/08 - 19/08 - 20/08 - 21/08 - 22/08 - 23/08 - 24/08 - 25/08 - 26/08 - 27/08 - 28/08 - 29/08 - 30/08 - 31/08 - 01/09 - 02/09 - 03/09 - 04/09 - 05/09 - 06/09 - 07/09 - 08/09 - 09/09 - 10/09 - 11/09 - 12/09 - 13/09 - 14/09 - 15/09 - 16/09 - 17/09 - 18/09 - 19/09 - 20/09 - 21/09 - 22/09 - 23/09 - 24/09 - 25/09 - 26/09 - 27/09 - 28/09 - 29/09 - 30/09 - 01/10 - 02/10 - 03/10 - 04/10 - 05/10 - 06/10 - 07/10 - 08/10 - 09/10 - 10/10 - 11/10 - 12/10 - 13/10 - 14/10 - 15/10 - 16/10 - 17/10 - 18/10 - 19/10 - 20/10 - 21/10 - 22/10 - 23/10 - 24/10 - 25/10 - 26/10 - 27/10 - 28/10 - 29/10 - 30/10 - 31/10 - 01/11 - 02/11 - 03/11 - 04/11 - 05/11 - 06/11 - 07/11 - 08/11 - 09/11 - 10/11 - 11/11 - 12/11 - 13/11 - 14/11 - 15/11 - 16/11 - 17/11 - 18/11 - 19/11 - 20/11 - 21/11 - 22/11 - 23/11 - 24/11 - 25/11 - 26/11 - 27/11 - 28/11 - 29/11 - 30/11 - 01/12 - 02/12 - 03/12 - 04/12 - 05/12 - 06/12 - 07/12 - 08/12 - 09/12 - 10/12 - 11/12 - 12/12 - 13/12 - 14/12 - 15/12 - 16/12 - 17/12 - 18/12 - 19/12 - 20/12 - 21/12 - 22/12 - 23/12 - 24/12 - 25/12 - 26/12 - 27/12 - 28/12 - 29/12 - 30/12 - 31/12
19/02	17/02 - 18/02 - 19/02 - 20/02 - 21/02 - 22/02 - 23/02 - 24/02 - 25/02 - 26/02 - 27/02 - 28/02 - 29/02 - 30/02 - 01/03 - 02/03 - 03/03 - 04/03 - 05/03 - 06/03 - 07/03 - 08/03 - 09/03 - 10/03 - 11/03 - 12/03 - 13/03 - 14/03 - 15/03 - 16/03 - 17/03 - 18/03 - 19/03 - 20/03 - 21/03 - 22/03 - 23/03 - 24/03 - 25/03 - 26/03 - 27/03 - 28/03 - 29/03 - 30/03 - 31/03 - 01/04 - 02/04 - 03/04 - 04/04 - 05/04 - 06/04 - 07/04 - 08/04 - 09/04 - 10/04 - 11/04 - 12/04 - 13/04 - 14/04 - 15/04 - 16/04 - 17/04 - 18/04 - 19/04 - 20/04 - 21/04 - 22/04 - 23/04 - 24/04 - 25/04 - 26/04 - 27/04 - 28/04 - 29/04 - 30/04 - 01/05 - 02/05 - 03/05 - 04/05 - 05/05 - 06/05 - 07/05 - 08/05 - 09/05 - 10/05 - 11/05 - 12/05 - 13/05 - 14/05 - 15/05 - 16/05 - 17/05 - 18/05 - 19/05 - 20/05 - 21/05 - 22/05 - 23/05 - 24/05 - 25/05 - 26/05 - 27/05 - 28/05 - 29/05 - 30/05 - 31/05 - 01/06 - 02/06 - 03/06 - 04/06 - 05/06 - 06/06 - 07/06 - 08/06 - 09/06 - 10/06 - 11/06 - 12/06 - 13/06 - 14/06 - 15/06 - 16/06 - 17/06 - 18/06 - 19/06 - 20/06 - 21/06 - 22/06 - 23/06 - 24/06 - 25/06 - 26/06 - 27/06 - 28/06 - 29/06 - 30/06 - 01/07 - 02/07 - 03/07 - 04/07 - 05/07 - 06/07 - 07/07 - 08/07 - 09/07 - 10/07 - 11/07 - 12/07 - 13/07 - 14/07 - 15/07 - 16/07 - 17/07 - 18/07 - 19/07 - 20/07 - 21/07 - 22/07 - 23/07 - 24/07 - 25/07 - 26/07 - 27/07 - 28/07 - 29/07 - 30/07 - 31/07 - 01/08 - 02/08 - 03/08 - 04/08 - 05/08 - 06/08 - 07/08 - 08/08 - 09/08 - 10/08 - 11/08 - 12/08 - 13/08 - 14/08 - 15/08 - 16/08 - 17/08 - 18/08 - 19/08 - 20/08 - 21/08 - 22/08 - 23/08 - 24/08 - 25/08 - 26/08 - 27/08 - 28/08 - 29/08 - 30/08 - 31/08 - 01/09 - 02/09 - 03/09 - 04/09 - 05/09 - 06/09 - 07/09 - 08/09 - 09/09 - 10/09 - 11/09 - 12/09 - 13/09 - 14/09 - 15/09 - 16/09 - 17/09 - 18/09 - 19/09 - 20/09 - 21/09 - 22/09 - 23/09 - 24/09 - 25/09 - 26/09 - 27/09 - 28/09 - 29/09 - 30/09 - 01/10 - 02/10 - 03/10 - 04/10 - 05/10 - 06/10 - 07/10 - 08/10 - 09/10 - 10/10 - 11/10 - 12/10 - 13/10 - 14/10 - 15/10 - 16/10 - 17/10 - 18/10 - 19/10 - 20/10 - 21/10 - 22/10 - 23/10 - 24/10 - 25/10 - 26/10 - 27/10 - 28/10 - 29/10 - 30/10 - 31/10 - 01/11 - 02/11 - 03/11 - 04/11 - 05/11 - 06/11 - 07/11 - 08/11 - 09/11 - 10/11 - 11/11 - 12/11 - 13/11 - 14/11 - 15/11 - 16/11 - 17/11 - 18/11 - 19/11 - 20/11 - 21/11 - 22/11 - 23/11 - 24/11 - 25/11 - 26/11 - 27/11 - 28/11 - 29/11 - 30/11 - 01/12 - 02/12 - 03/12 - 04/12 - 05/12 - 06/12 - 07/12 - 08/12 - 09/12 - 10/12 - 11/12 - 12/12 - 13/12 - 14/12 - 15/12 - 16/12 - 17/12 - 18/12 - 19/12 - 20/12 - 21/12 - 22/12 - 23/12 - 24/12 - 25/12 - 26/12 - 27/12 - 28/12 - 29/12 - 30/12 - 31/12

... se avisa al Interno de pediatría quien no viene en la mejor disposición

Un Jefe de Enfermería tiene a cargo el cuidado de ocho pacientes y debe administrarle al sr. Juan Gómez eritropoyetina, se equivoca y se la administra al sr. Juan Pérez quien no tenía prescripción de este medicamento.

El paciente no presenta ningún problema



LO ADECUADO EN ESTE CASO ES:

A) NO DEJAR REGISTRO PORQUE SOLO LA ENFERMERA JEFE ADVIRTIÓ EL ERRO
EL PACIENTE NO TUVO EFECTO NOCIVO

R Y

B) DEJAR REGISTRO EN LA HISTORIA DEL PACIENTE Y ADMINISTRAR EL
MEDICAMENTO AL PACIENTE CORRECTO CON EL REGISTRO CORRESPONDIENTE

C) INFORMAR EL MÉDICO Y REPORTAR EL INCIDENTE

D) B Y C SON CORRECTAS



Un profesional de la salud que consigne datos no reales
relacionados con la evolución de un paciente:

1. Puede ser declarado penalmente responsable por falsedad documental.
2. No tiene ninguna responsabilidad por que solo es un incidente.
3. No tiene ninguna responsabilidad si no se ha causado daño al paciente



SEGURIDAD DEL PACIENTE
QUÉ HACER ANTE UN EVENTO CRÍTICO

Pe



Segunda Víctima

Un proveedor de la salud que sufre emocionalmente luego de ser parte en su práctica clínica de un evento adverso que ocasionó daño a un paciente.

Wu 2000

Ante la administración de un medicamento equivocado el jefe de enfermería debe :

- No registrar nada al respecto.
- Registrar que el médico ordeno administrar X y la auxiliar administro Y por error
- Registrar que después de administrar el medicamento ordenado por el medico el paciente presento una reacción.....
- Se administro medicamento, presento reacción, se verifica el medicamento aplicado y no corresponde al indicado. se avisa al médico,





Pa	Paciente
Re	Registros
Pe	Profesional, equipo
Ro	Rodear
No	Notificación, comunicación
Se	Seguridad del Paciente
Qui	Quizás
Te	Teléfono - Fepasde





CONCLUSIONES



- La historia clínica en enfermería se debe ajustar a la lex normatividad general (res 1995/1999) y a las disposiciones del código de ética (Ley 911 de 2004. Art. 37).
- La HC es el documento fundamental para la investigación del caso y como elemento probatorio en procesos de responsabilidad de profesionales de la salud.

IV. EJE TEMÁTICO: CUIDADO Y PRÁCTICA DE ENFERMERÍA DESDE LA ÉTICA Y LA BIOÉTICA

ATENCIÓN HUMANIZADA: LO TANGIBLE DE LO INTANGIBLE

Enf, Mg. Oscar Javier González

Docente Universidad de Ciencias aplicadas y ambientales UDCA

correo electrónico: oscar.jagonzalez@udca.edu.co

Palabras Claves: Humanización de la atención, comunicación, cuidado de enfermería, empatía (DeCS)

La Enfermería, desde su inicio ha tenido permanente interés por lo humano, manteniendo un claro deseo de buscar nuevas fuentes rejuvenecedoras que amplíen las posibilidades de satisfacer las necesidades de cuidado de la persona y hacerlas evidentes en el proceso de atención. En tal sentido, es importante que el profesional de enfermería muestre un alto sentido de compromiso, lealtad, valores y humanismo en la aplicación del cuidado a todo ser humano que así lo requiera (Collado, 2010). Por lo tanto, es fundamental motivar la reflexión y discusión entre los profesionales de enfermería sobre el tema de la humanización y su relación con su quehacer cotidiano, como es el cuidar (Arias, 2007).

En el contexto actual del fenómeno de la humanización en el ámbito de la salud, son varios los análisis que se han planteado frente a las situaciones adversas que ha conllevado a que las personas, sujetos de atención, perciban cambios negativos en el cuidado que se brinda en las instituciones de salud. Según Rivera y Vega “se maneja al paciente como órganos y enfermedades desde una filosofía mecanicista y reduccionista olvidando la dimensión social, emocional, espiritual del ser humano”. Este enfoque del cuidado enfermero está en franca contradicción con los planteamientos de la disciplina respecto a que se debe “ofrecer un cuidado único, particular y de calidad basado en el desarrollo de los patrones de conocimiento planteados por Carper” (citado en Beltrán, 2011).

En este mismo sentido, Jean Watson señala en el 2009 plantea que: “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas del cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería” (Ceballos, 2010).

De igual manera, desde el contexto colombiano, exponentes como Carlos Edgar Rodríguez, Director Nacional de Acreditación en Salud del Icontec, expresa:

“La deshumanización creciente no es únicamente resultado de las dificultades de comunicación o del ritual tecnológico explicado antes. Las propias instituciones de salud contribuyen desde su estructura y sus procesos a la pérdida de contacto entre los seres humanos. A veces los edificios en los que se atiende la salud carecen de comodidades y sus estructuras son hostiles y poco sensibles a las necesidades de los usuarios. Con mucha frecuencia se trasgrede la intimidad y la privacidad, a veces las áreas de trabajo son ruidosas e impiden el reposo de los enfermos [...]” (Rodríguez, 2011)

Frente a esta realidad, en muchos casos los pacientes establecen una barrera, materializada en un rechazo, que es asumido en un intento por recobrar el control de la situación o para preservar la integridad física y emocional. Por lo tanto, la comprensión de las circunstancias por parte de los enfermeros puede contribuir para que el cuidado, de la misma manera que busca resolver problemas en el cuerpo también sirva para que las emociones y las respuestas de los pacientes estén acordes con las necesidades y los problemas a resolver (Beltrán, 2010).

Ante estas reflexiones, hacia una atención vista desde lo humano, es importante que los profesionales de la salud consideren rasgos de una atención humanizada y los hagan propios, como: intimidad, respeto, amabilidad, dedicar tiempo, comodidad, comunicación, confianza, disposición, entre otras.

Desde la perspectiva de la enfermería, son varias las exponentes que, desde sus propuestas teóricas, han fundamentado este interés de lo humano como antes se mencionaba. Dentro de ellas, Boykin y Schoenhofer (Raile & Marriner, 2011) consideran que el objetivo de la disciplina y práctica profesional es nutrir a las personas que viven el cuidado y crecen en el cuidado. El papel de la enfermería es conocer a las personas durante el cuidado, apoyarlas y reconocerlas como personas cuidadas. La sensibilidad y los conocimientos para crear formas únicas y eficaces de comunicar los cuidados se desarrollan a través de la intención de cuidar de la enfermera. Esta orientación, está impregnada con un gran sentido humano en este vínculo que busca propiciar y lograr el crecimiento del sujeto de cuidado.

Por otra parte, Swanson, a partir de su experiencia, define el cuidado como: “una forma de fomentar las relaciones con otro ser valioso hacia quien uno tiene un sentido personal de compromiso y responsabilidad” (Gómez & Gutiérrez, 2011, p 162) y al organizar su

propuesta teórica plantea: “el cuidado fundamentado en mantener las confianzas básicas acerca de las personas, ancladas por el conocimiento de las realidades de otros y cumplidas a través de estar con y ejecutados a través de hacer por y capacitar” (Gómez & Gutiérrez, 2011, p 163). En resumen, esta experiencia teórica, impregnada con este enfoque humano, busca a partir de unas actitudes hacia la persona, brindar condiciones clínicas y unas acciones terapéuticas soportadas en el conocimiento, que propicien una relación donde interactúe la comunicación enfermera(o) – paciente, logrando unos resultados de bienestar en la persona.

De forma más detallada, hacia esa orientación y experiencia concreta de lo humano, según Swanson, en uno de los procesos de su teoría, “*estar con*” significa estar emocionalmente presente con otro, estar con no solo implica estar físicamente, sino que incluye dar tiempo, presencia auténtica y escucha atenta. Esta presencia emocional propone compartir los significados, los sentimientos y las experiencias vividas de las personas cuidadas. Estar con en pocas palabras (Gómez & Gutiérrez, 2011. P 169).

En resumen, frente a esta atención ideal, se debe entender que “abordar la humanización en los servicios de salud y el cuidado de enfermería implica ubicarnos bajo el paradigma de la complejidad, implica capacidad de aprender y desaprender, construir y deconstruir, organizar y desorganizar [...]” (Rivera, Triana & Espitia, 2012)

Finalmente, teniendo en cuenta lo que implica una atención humanizada, desde rasgos intangibles a lo concreto en los entornos de cuidado, se plantean las siguientes consideraciones:

- El reconocer al otro como una persona es el primer gesto de humanización, es importante tenerlo presente día a día.
- Los pacientes tienen necesidades fáciles de identificar, es importante materializar la atención integral que se promulga desde las áreas de la salud.
- Es relevante valorar los momentos de verdad con los pacientes y sus familias, unas palabras bondadosas y dedicar tiempo son una mejor ayuda.
- Los profesionales de salud deben hacer una evaluación permanente de su actuar frente al proceso de atención, procurando estrategias que permitan no entrar en una rutina permanente, evitar que todo a su alrededor se vuelva un paisaje sin sentido.
- Es importante que las organizaciones generen espacios de encuentro, donde los profesionales de salud hagan ejercicios de encuentro personal, que les permita exteriorizar la carga que el trabajo genera, y al no saber manejar puede traer consecuencias para su entorno personal y laboral.

- Es necesario la creatividad y la iniciativa en los profesionales de la salud para lograr llevar lo intangible a lo tangible, concreto durante la atención
- La Academia está invitada a promover y fortalecer la empatía en el capital humano que forma día a día, esto permitirá personas más sensibles a las realidades que deberán enfrentar.
- Es importante reconocer este aspecto de lo humano, no solo en los pacientes, sino con los compañeros de trabajo y las personas más cercanas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arias de Ospina, María Rubiela (2007). La Ética y Humanización del Cuidado de Enfermería. Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Recuperado de http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=65

Beltrán Salazar, Óscar Alberto. (2011). Rechazo de los pacientes del cuidado enfermero. Investigación y Educación en Enfermería, 29(3), 343-352. Retrieved November 09, 2017, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072011000300002&lng=en&tlng=es.

Ceballos, Paula Andrea (2010). Desde los ámbitos de Enfermería, Analizando el Cuidado Humanizado. Ciencia y Enfermería XVI ISSN 0717 – 2079. Recuperado de http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art_04.pdf.

Collado, Ruth (2010). Cuidado Espiritual, Labor del Profesional de Enfermería. Revista 360 (No. 5). Recuperado de <http://cremc.ponce.inter.edu/360/revista360/ciencia/Cuidado%20espiritual%20enfermeria.pdf>

Gómez, Olga. Gutiérrez de Reales, Edilma (2011). La Situación de Enfermería: fuente y contexto del conocimiento de enfermería / la narrativa como medio para comunicarla. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia – Facultad de Enfermería.

Raile, Martha. Marriner, Ann (2011). Modelos y teorías en enfermería. 7ª edición. España. Editorial Elsevier Mosby.

Rivera, Luz Nelly. Triana, Álvaro. Espitia, Sonia (2012). Artículo: ¿Por qué hablamos de cuidado humanizado en enfermería? Libro: El cuidado de enfermería y las metas del milenio. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Grupo de Cuidado.

Rodríguez, Carlos Mario (2011). Humanización de la Atención en Salud y Acreditación. Revista Normas y Calidad No. 87 ICONTEC. Recuperado de <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Revista%20Normas%20y%20Calidad%20N%C2%B0%2087.pdf>

RESPONSABILIDAD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA FRENTE A LA ETICA

Enf. Ph.D. Madeleine Cecilia Olivella Fernández
 Docente U. Tolima
 correo electrónico: mcolivel@ut.edu.co

Para las profesiones en salud en general y para la enfermería en particular, como profesión que da respuesta al requerimiento de cuidado de las personas en diferentes ámbitos y en diferentes situaciones de salud y enfermedad, que afrontan vivencias de su vulnerabilidad; en los diferentes ámbitos de atención intramurales y extramurales, la responsabilidad deontológica se convierte en un referente céntrico del quehacer, aun cuando no el único, en tanto se debe propender por el desarrollo de los niveles teleológicos y reflexivos del ejercicio de la profesión.

Este documento aborda elementos de la responsabilidad ética del profesional de enfermería en Colombia, a partir de elementos contenidos en la ley 911 de 2004 y otras normas vinculantes para el ejercicio de la enfermería en cualquier lugar y explora los elementos necesarios para desarrollar los otros dos niveles propuestos, que permitan comprender que la responsabilidad ética del profesional enmarca un ejercicio profundo del cual lo deontológico es solo una parte.

ANTECEDENTES

EL ACTO DE CUIDADO Y LA RESPONSABILIDAD DEONTOLOGICA

El acto de cuidado de enfermería en Colombia es entendido como “**el ser y esencia del ejercicio de la Profesión.** Se fundamenta en sus **propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados** de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas.

Se da a partir de **la comunicación y relación interpersonal humanizada** entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno.

Implica un **juicio de valor** y un **proceso dinámico y participativo** para **identificar y dar prioridad a las necesidades** y decidir **el plan de cuidado de enfermería**, con el propósito de **promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo** con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas. (Ley 911 de 2004, p 4) (Los resaltados son de la autora del texto)

Esta definición inmersa en la ley 911 de 2004, define una serie de acciones reales y puntuales, enmarcadas en los parámetros subrayados y conllevan una obligatoriedad y no están en la disposición de la libre voluntad del profesional de enfermería que debe enmarcar su quehacer en el desarrollo de las mismas de lo contrario estaría realizando una práctica inadecuada de su quehacer.

Es necesario comprender que el ámbito ético, no es meramente deontológico y es precisamente este aspecto sobre el que se centrará la presente exposición.

DESARROLLO DEL TEMA

La ética entendida como un tipo de saber que pretende orientar la acción humana en un sentido racional (Cortina, 2013. p17), este tipo de saber ético trasciende el ejercicio profesional permitiendo actuar racionalmente en el conjunto de la vida, (Cortina, 2013. p 17). En este sentido la responsabilidad del profesional de enfermería frente a la ética, trasciende del ejercicio deontológico.

Generalmente en las profesiones los conocimientos éticos, deontológicos y del derecho se confunden.

“Las normas éticas, pertenecientes a la esfera de la moralidad de los hechos, están basadas en principios y valores reconocidos y compartidos por la comunidad profesional y orientan las conductas individuales de sus miembros. Por este motivo, las normas éticas se asumen y se compromete cada persona con ellas por una íntima convicción y la responsabilidad de su cumplimiento o incumplimiento compete, de forma íntima e individual, como ya se ha dicho, a la propia persona, por lo que la exigencia de responsabilidad será también de índole personal. Las normas legales, por el contrario, pertenecen al Derecho, siendo éste quien determina la legalidad de los actos y, por tanto, la legitimación jurídica de los actos profesionales enfermeros. En lo que a las normas deontológicas se refiere, son aquellas que se ocupan del “deber”, dejando fuera de su ámbito específico de interés otros aspectos de la ética, y son las que constituyen la Deontología. Para la Enfermería, el conjunto ordenado de este tipo de normas determina la Deontología Profesional Enfermera, es decir, los deberes mínimamente exigibles a la enfermera o al enfermero en su ejercicio profesional.” (Arroyo Gordo & et al, 2005, p 21)

Es decir el ejercicio ético supone un proceso reflexivo sobre la norma, para la apropiación de la misma. Para el caso de las profesiones de la salud y en particular para la enfermería, la

responsabilidad ética del profesional radica en la tarea propia de constitución de sujeto moral. Ser sujeto moral se caracteriza por que no se es un individuo que vive para sí y por sí, sino que se es capaz de reconocer al otro. Se distinguen al menos tres características que deben ensamblar perfectamente para dar por resultado la conciencia moral: la autonomía para decidir libremente que hacer, la solidaridad o cooperación con el otro y en especial con el que sufre y la responsabilidad como ajuste de cuentas con uno mismo o con la sociedad, esta última parte de dar cuentas se le ha dejado más al plano jurídico, enmarcada en lo punitivo y la culpa. (Camps , 2001, p191).

En este primer aspecto se destacaría que el ser profesional de enfermería, requiere de un tipo de responsabilidad, pero además de una serie de virtudes (o capacidades humanas) esenciales y que algunas veces son olvidadas en las aulas de clases y posteriormente en el mundo laboral.

En la sociedad actual la responsabilidad debe ser analizada desde la perspectiva individualista y la perspectiva social, (Camps, 2001, p 202), debido a que no se puede ignorar al individuo como ser social, así la salud y la enfermedad también deben ser entendidos como procesos sociales, la relación clínica no es simplemente el encuentro de dos realidades enfermera-enfermo, la relación involucra además a la institución, a los proveedores, a la familia y a los demás profesionales de la salud, lo cual las hace a su vez mucho más complejas.

Sin embargo las instituciones de salud priorizan como virtud en los profesionales más la profesionalidad o profesionalización que la misma responsabilidad, a pesar de que se espera que el profesional de la salud sea un agente moral, amable, simpático y de buenas maneras; estas virtudes no son las que exigen como requisito para laborar. Esto hace que frente a las duras realidades con que se enfrenta el profesional de la salud este muchas veces responda como un individuo fragmentado por el temor a involucrarse en las relaciones o el miedo a no ser visto como experto.

En este sentido el acto de cuidado como espacio humano es esencialmente propiciador del ejercicio ético y no solo del ejercicio deontológico. El acto de cuidado encierra un encuentro efectivo humano, inmerso en la complejidad de lo social de ambos mundos que se encuentran, y que se constituye como proceso de apertura al proceso de desarrollo personal tanto del enfermero como de la persona enferma.

Sin embargo este deber ser de lo ético y de lo deontológico se ve opacado por el espacio del requerimiento laboral, en donde las situaciones particulares que rodean el acto de cuidado obstaculizan su propio desarrollo. Frente a esto el profesional de enfermería debe ser el primer defensor de su deber ser y en segunda instancia se requiere de un nuevo liderazgo de las asociaciones y agremiaciones enfermeras para la exigencia del cumplimiento de lo legal.

DISCUSIÓN

La responsabilidad ética del profesional de enfermería es dialógica y hermenéutica, supone una serie de elementos como la compasión, la confianza, la competencia, la confianza y la conciencia. (Torralba, 2000,p 3) en ese sentido no puede ser ajena al entendimiento del acto de cuidado, ante todo como un “pacto de confianza. Ese pacto de cuidado se convierte así en una especie de alianza sellada entre ambos contra el enemigo mutuo, la enfermedad. Este pacto debe su carácter moral a la promesa tácita realizada por ambos sujetos de actuar de acuerdo con ese compromiso.” (Ricoeur, 1999, p 91) Aun cuando Paul Ricoeur haya definido para la medicina los denominados niveles del juicio clínico o médico, estos elementos fundantes de la ética hermenéutica, son acordes al ejercicio actual de la enfermería. La responsabilidad del profesional frente a la ética, le increpa a un ejercicio prudencial enmarcado en la individualidad y particularidad del acto de cuidado, en la cual cada enfermero valora desde su conocimiento y desde su propia intuición el requerimiento de cuidado del otro. Un nivel deontológico en donde el requerimiento es obligación profesional y un nivel teleológico, en donde a partir de la reflexividad se maximizan los otros dos niveles encontrando un verdadero fin al acto de cuidado y al hecho de ser enfermero.

CONCLUSIONES

La responsabilidad ética del profesional de enfermería trasciende el ejercicio deontológico, va más allá del solo cumplimiento de la norma, para explorar su reflexión y apropiación. Un ejercicio ético supone la constitución del enfermero como sujeto moral, el desarrollo de virtudes y capacidades humanas, el reconocimiento y la visibilización del otro en el acto de cuidado, el ejercicio de una práctica autónoma, con libertad y responsabilidad y la capacidad de hacer de la práctica enfermera un ejercicio hermenéutico es decir un ejercicio que trasciende más allá el saber objetivo e inclusive de la comprensión la experiencia sensible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ley 911 de 2004 disponible en http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=59

Cortina Adela. ¿Para qué sirve realmente la ética? 2013. Versión Kindle.

Camps, Victoria. Una Vida De Calidad: Reflexiones Sobre Bioética, Victoria Camps, Ares y Mares, Barcelona, 2001, pp 191-246

Ricoeur, In Memoriam. Acercamiento a sus trabajos sobre ética y medicina. <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1584/110/1v0n1584a13082078pdf001.pdf>

Ricoeur, P. (1996). *Sí mismo como otro*. Ed. Siglo XXI, México. p. 415

Ricoeur, P. (s.f.). *Crítica y Convicción*. Madrid. Síntesis, sin año, p 225, 226

Torralba, F. (2000). *Constructos éticos del cuidar*. Institut Borja de Bioética. Conferencia pronunciada en el XXVI Congreso Nacional de la SEEIUC. Barcelona.

EL CUIDADO DE LO INVISIBLE

Enf. Ph.D. María Eugenia Molina Restrepo
 Miembro del Comité Nacional de Ética de ACOFAEN
 correo electrónico: mariaetica@hotmail.com

Palabras clave

Pacientes, familiares, equipo de trabajo, cuidado de enfermería, vulnerabilidad, dolor y sufrimiento

Introducción

La motivación creada en mí, para el desarrollo del tema, *El cuidado de lo invisible, el factor humano de pacientes, familiares y equipo de trabajo*, parte de la revisión y análisis del video del doctor Gabriel Heras y de la lectura del texto Humanizando lo cuidados: Presente y futuro centrado en las personas, escrito por el autor citado anteriormente y su equipo de trabajo.

Los temas tratados allí, nos llevan a tener en cuenta (Heras 2015) lo subjetivo, lo emocional, lo intangible –lo invisible - que afecta a las tres partes del sistema: Los pacientes, las familias y profesionales de salud, los cuales son seres vulnerables y que por lo tanto sufren (Heras 2015) “Los cuerpos duelen pero las personas sufren”

Un poco más acerca de la temática

Los seres humanos sufrimos porque somos vulnerables (Torralba 1998), en forma potencial y en muchos momentos de la vida, ella se hace actual generando algo que no quisiéramos vivir, el sufrimiento. En los términos del autor, **la vulnerabilidad** presenta varias manifestaciones: la vulnerabilidad *de la naturaleza* la cual afecta al ser humano y al mismo tiempo las personas afectamos a la naturaleza y esto de paso repercute en los seres humanos y en la misma naturaleza, *la ontológica* que es la que afecta al a ser humano en su totalidad como ser pluridimensional y plurirrelacional, *la ética* que hace del ser humano un ser capaz de sentir compasión por los demás, lo cual puede propiciar respuestas de solidaridad y apoyo ante el sufrimiento y la necesidad de los otros y, además la misma *vulnerabilidad ética*, nos hace personas que podemos equivocarnos, *la social* la cual se da en el plano de las relaciones interpersonales, podamos sentirnos respetados, amados o violentados, agredidos, instrumentalizados o humillados verbal o físicamente, *la cultural* la cual se propicia por la ignorancia en los distintos órdenes del saber, que puede llevar a abusos de poder por parte de quienes tienen el poder y el conocimiento.

A su vez la vulnerabilidad actual, es decir una vez se haga presente la vulnerabilidad en acción, genera en el ser humano **el sufrimiento**, que en los términos de (Torralba 1998) tiene varias manifestaciones, el *sufrimiento intrapersonal interior* y el *sufrimiento intrapersonal exterior* o dolor, el primero de ellos “adopta distintas modalidades”... el *miedo*, el *pánico*, la *desesperación*, la *angustia*, la *rabia* y además “existe el sufrimiento *ético* como consecuencias del mal obrar, la culpabilidad, el *estético* como consecuencias de la percepción de la fealdad”... el sufrimiento *de razón* a causa de no comprender ciertos contenidos o planteamientos, el *de identidad* como por ejemplo por la no aceptación de sí mismo; los cuales pueden afectar al personal de salud, a las familias y a los pacientes, en distintas formas, según las circunstancias específicas y en un determinado momento.

Además es importante considerar el efecto que tiene en pacientes, familiares y personal de salud, el *sufrimiento interpersonal*, el cual se deriva del mundo afectivo de la persona, a causa de las malas relaciones entre los seres humanos – pacientes, familiares y personal de salud-, donde existen relaciones que incomodan a causa de la envidia, los celos, la crueldad, el odio, el desprecio, la violencia física y verbal y, donde “unas relaciones adecuadas y equilibradas con el prójimo evitan males futuros y sufrimientos innecesarios”

El *sufrimiento natural* es generado en las personas, por las alteraciones de la naturaleza o del entorno, es decir en un espacio en el que esté confinado un ser humano, con cierto olor que incomode, con ruido que desespere, un calor o frío excesivo, los cuales pueden causar sufrimiento; dicho evento no lo causa un ser humano, sino las circunstancias que lo rodean, en un momento determinado.

El *sufrimiento tecnológico*, es causado por “una mala relación entre el hombre y la máquina”, a modo de ejemplo, cuando hay un dolor o incomodidad infringida por ciertos dispositivos como las agujas o cuando se presta más cuidado al computador o al monitor, que al mismo paciente, a sus familiares o a los demás integrantes del equipo de trabajo.

El *sufrimiento trascendente* se refiere “a una mala relación entre el hombre y el mundo de lo sagrado”, como cuando se mira la enfermedad o las circunstancias de la vida como un castigo divino, se cree que a causa por ejemplo, de un mal obrar o por la falta de protección de la divinidad, desde la percepción de la persona, que se siente abandonada y desprotegida.

¿Qué podemos hacer para el cuidado de lo invisible, de lo subjetivo, desde nuestra posición como personal de salud, para con nosotros mismos como miembros de grupo de trabajo, los pacientes y sus familias?

- Tenemos una recomendación en las palabras de Paulo Freire, citado por (Cussianovich A. 2010), “una actitud y una mirada afectuosa y de profundo respeto”, que nos lleve a la compasión activa que va más allá de la empatía, al generar un movimiento solidario con la persona que sufre, a partir de sus necesidades.

- Además desde la perspectiva de (Santos Passos, S da S y Pereira, A. 2015), es necesario ir más allá de la racionalidad instrumental – las normas institucionales y los protocolos de atención-, hasta la racionalidad abierta, con la cual identificamos las necesidades de los pacientes y sus familias y de acuerdo con ellas definimos el plan de cuidado de enfermería.
- Integrar en las relaciones del personal de salud, pacientes y sus familias las cuatro formas de cuidado que plantea (Feito Grande, L. 2005), el cuidado *como actividad* la cual se refiere a las acciones de cuidado que lleva a cabo una persona que, no ha tenido una formación profesional para ello, con el fin de ayudar y de proteger a sus allegados y a las personas con las cuales se sienta comprometida e interpelada en un momento dado, aquí tenemos por ejemplo, la asistencia que brinda la familia al paciente en un momento determinado; el cuidado *como tarea profesional* desempeñado por las personas que han cursado una carrera profesional como enfermería, la cual tiene un fin o bien interno que es el que le da la razón de ser y la legitimidad social, que tiene unas normas jurídicas que la regulan y unos protocolos establecidos que dirigen la acción de cuidar.

Para Feito además, hay que tener en cuenta otras dos formas de cuidado: *como actitud* y *como compromiso moral o responsabilidad*, los cuales a su vez son determinantes en las otras dos formas de cuidado citadas anteriormente: como actividad y como tarea profesional. El cuidado *como actitud* se refiere, en los términos de la citada autora, como la sensibilidad frente a la vulnerabilidad de las personas y de los demás seres vivos, así como de la naturaleza y del entorno, con el fin de identificar las necesidades y el *cuidado como compromiso moral o responsabilidad* que nos lleva a dar respuesta a las necesidades identificadas en el ser vulnerable, desde las acciones de enfermería que correspondan como parte del plan de cuidado de enfermería y, a hacer conciencia de la obligatoriedad de responder ante las necesidades del otro, como un legítimo otro, en los términos de Lévinas (Castro Orellana, R. 2001).

A modo de conclusión

El cuidado de lo invisible, de lo subjetivo, del factor humano de pacientes, familiares e integrantes del equipo de salud, se da desde el respeto y el reconocimiento a la dignidad humana, a la vulnerabilidad y al sufrimiento de todos los seres humanos, pacientes, familiares e integrantes del equipo de trabajo y, desde un compromiso conjunto de hacer de la vida un momento único, que merece ser vivido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Heras de la Calle, G. (2015). El cuidado de lo invisible. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=KbYBZn7jw9I>

Heras de la Calle, G y los Miembros del Proyecto HU-CI. (2017). Humanizando los cuidados intensivos: Presente y futuro centrado en las personas. Bogotá: Distribuna

Torralba F. (1998). La radical vulnerabilidad del ser humano. En: Antropología del cuidar (241 – 250). Barcelona: Instituto Borja de Bioética.

Torralba F. (1998). Antropología del sufrimiento. En: Antropología del cuidar (267 – 280) Barcelona: Instituto Borja de Bioética.

Cussíanovich A. (2010) Aprender la condición humana: Ensayo sobre la pedagogía de la ternura. Instituto de formación de educadores de jóvenes, adolescentes y niños trabajadores de américa latina y el caribe- IFEJANT. Recuperado de: <http://www.ifejant.org.pe/revistas/pdternura%20final.pdf>

Santos Passos, S da S y Pereira, A. (2015). Cuidado sensible destinado a la familia con uno de sus miembros hospitalizado. Index Enferm, 24(3). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000200006>

Feito Grande, L. (2005). Los cuidados en la ética del siglo XXI. Enfermería clínica, 15(3). Recuperado de <https://scholar.google.es/citations?user=AKv3tMoAAAAJ>

Castro Orellana R. (2001). Lévinas y el humanismo del rostro. 2. Recuperado de <http://132.248.9.34/hevila/Revistaelectronicadialogoseducativos/2001/vol1/no2/5.pdf.pdf>.

LA ÉTICA EN LA COTIDIANIDAD

Enf. Ph.D. Juan Carlos Díaz Álvarez
Universidad Nacional de Colombia.
correo electrónico: jcdiaza@unal.edu.co

Resumen

Reconocer que lo cotidiano tiene validez sobre la felicidad humana no es sencillo, Porque la vida tal como la conocemos es compleja y las personas buscan este aspecto en el poder, en la riqueza y el placer. Algunos filósofos como Heidegger, Platón y Aristóteles han mostrado que la felicidad se encuentra en la virtud y en la existencia a partir de encontrar el sentido. La ponencia muestra una panorámica general donde el sentido se encuentra en lo cotidiano no en lo excepcional y este se asume en la familia, el trabajo, el rol profesional, la amistad y en tantos espacios donde confluye el ser humano.

Palabras clave; cotidianidad, felicidad, virtud.

Contenido

La ética hoy se plantea como aquel estudio filosófico que aborda la moral de las personas y los pueblos. La ética puede constituirse como un análisis de la formalidad, de lo reglamentario o de lo que socialmente se establece como correcto. Pero, también puede instituirse como el estudio de la forma de vivir y ser del hombre moderno.

Existen muchas razones que se pueden ofrecer para determinar que el ser humano está acabando con la naturaleza, con el medio ambiente, lo cual podría estar sujeto al egoísmo moderno para conseguir dinero a toda costa, sin embargo, cabría la pregunta ¿Qué razones podríamos ofrecer para proteger al ser humano conservando la naturaleza y el medio ambiente?

En la historia de la humanidad, muchos autores han señalado la temporalidad del hombre. Lo auténtico de la vida radica en la felicidad, pero esta, pareciera ubicarse fuera del ser humano, en las cosas materiales y se deja de lado el mundo interior. Heidegger en su libro ser y tiempo señala que el ser puede ejercer su existir de modo auténtico o inauténtico y la autenticidad está en el existir de lo cotidiano.

El deber, implica aceptar libremente ¿qué se puede hacer? y ¿Cómo se ha de hacerlo? aprender a obrar bien es similar a desarrollar la virtud de la que tantos filósofos antiguos han señalado. El realizar el bien por el deber es una virtud que trasciende el tiempo y el espacio.

Lo que fundamenta a la ética es el deber ejecutado aquí y ahora, no es el deber posible de mañana, puesto que el límite de la vida es la muerte, entonces las actitudes que se deben adoptar se orientan a vivir no en la superficialidad ni en lo estético, sino en lo cotidiano, reconociendo las limitaciones y tratando de superar las barreras que a diario se presentan.

Actualmente en Colombia se ha generado la idea que la felicidad está en la paz y en la alegría, sin embargo, la paz es contraria a la angustia e incompatible a la desesperación. Estos dos últimos elementos pertenecen a la vida en general, cada vez que se escucha alguna noticia en radio o televisión, podemos constatar que no existe paz y la alegría se empaña por lo absurdo de aquellos comportamientos humanos que la rechazan tajantemente.

La cotidianidad y la felicidad parecieran ser excluyentes, por ello, es necesario hablar de la ética de la cotidianidad, para reconocer que todo lo que se realiza en la vida, corresponde solo a instantes de decisiones acertadas o inciertas respecto a implicaciones hacia los demás.

Podrían algunos preguntarse si ¿la cotidianidad es la suma de instantes? Algunos lo asumen así, otros señalarían lo contrario en virtud de la felicidad. De acuerdo con Alvira:

“el problema está en que si vivimos según el instante, el pasado se aleja irremediamente. La memoria de pasado es la *nostalgia* de lo definitivamente perdido, pues los instantes pasados son irrecuperables existencialmente. Y el futuro está también siempre lejos, infinitamente lejos, porque no hay *continuidad* entre un punto y otro punto” (Alvira. 2008, p.151)

La vida cotidiana es un escenario de relaciones entre los individuos regida por acciones y decisiones tanto individuales como colectivas. Estas son armonizadas por reglas de conducta social que establecen un sentido moral y ético.

Según Tadeu (2012), la conciencia es un proceso de humanización social, donde los pensamientos e ideales de la vida del sujeto se adquieren gradualmente y se enseñan en la sociedad mediante influencias culturales, políticas, sociales, económicas entre otras., donde “cada individuo social reacciona de determinada manera ante los estímulos, necesidades e intereses individuales y colectivos” (Tadeu. 2012, p.142).

La presentación de la ponencia muestra una visión divertida y poco convencional de lo que representa tanto la cotidianidad del ser humano como de la profesión de enfermería. Allí se señala que lo cotidiano está en virtud de lo ontológico y la eterna pregunta por el ser. Las ciencias del espíritu se contraponen con las ciencias de la naturaleza, porque en esta última está el ser humano representado por sus aprendizajes e interpretaciones sociales que lo han marcado en el tiempo y en el espacio. La ética está enmarcada en lo que hago, en cómo lo percibo y en lo que pienso, o sea, en el comportamiento que se ejecuta a lo largo de la vida.

Lo auténtico de la vida está en la virtud del deber donde lo que se busca es la trascendencia, el más allá, representado en lo simbólico y en lo práctico de la relación humana. El ser y el deber se confunden en la tarea, en el contrato, en lo que se quiere voluntariamente realizar.

La profesión de enfermería diariamente se confronta con su deber y con su ser, por un lado, va la ética como un deber ser y el cumplimiento de reglamentos institucionales o artículos deontológicos profesionales, y, por otro lado está la vida en la temporalidad de los hospitales donde el dolor afecta la felicidad.

En la cotidianidad se crean lazos y existen oportunidades para crecer y obtener reconocimiento, la pregunta existencial es si la vida ordinaria merece ser vivida a plenitud y puede estar en hacer feliz a las personas (Cuellar. 2008, p. 28). El retorno a lo sencillo a lo de todos los días, a las realidades en las que discurre la vida es lo que podría hacer feliz a las personas, no en el poder, la riqueza ni el placer.

Bibliografía

- Alvira, R (2008). Ética de la Cotidianidad. *Thématia. Revista de Filosofía. Universidad de Navarra.* Número 40. Págs. 147- 153.
- Cuellar, H (2008). *Hacia un nuevo Humanismo: Filosofía de la vida cotidiana. En claves del pensamiento número 5.* Págs. 11-34.
- Tadeu, R (2012). *Ágnes Heller, cotidianidad e individualidad: Fundamentos para la conciencia ética y política del ser social. Trabajo social No. 17. Universidad Nacional de Colombia.* Págs. 131-144.

V. EJE TEMÁTICO: TEMA LIBRE

LA ENFERMEDAD CORONARIA: UN RETO PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA

Enf. Mg. Mauricio Medina

Docente Universidad de Cundinamarca

correo electrónico: mamedinaga@unal.edu.co / mmauriciog03@yahoo.es

Resumen:

Palabras Claves: Dolor torácico, Enfermedad Coronaria, Enfermería.

Antecedentes: Es preciso realizar un seguimiento interdisciplinar a los pacientes después de un infarto de miocardio y aquellos que padecen una enfermedad coronaria con el fin de identificar elementos que puedan afectar su estado de salud y así poder tratarlos anticipadamente para evitar su agudización; por ello, los programas de rehabilitación cardiaca y el seguimiento mediante la consulta de cardiología son básicos en el tratamiento.

Según Alsén P., Brink Kartson et al.²¹ Los pacientes que sufren un infarto agudo de miocardio o una enfermedad coronaria experimentan altos niveles de estrés emocional y ansiedad²². Quizás, esto se asocia a ciertas consecuencias como la necesidad de modificar comportamientos, estilo de vida o, más aún, por la sensación de una muerte probable ante un nuevo episodio. Estas percepciones se presentan con mayor frecuencia en la fase aguda del período post-infarto e implican las consecuencias generadas por la enfermedad isquémica²³.

La prevención de la enfermedad cardiovascular (ECV) se define como un conjunto de acciones coordinadas dirigidas a la población o a una persona con el fin de eliminar o minimizar el impacto de las ECV y las discapacidades asociada. La enfermedad coronaria sigue siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad, a pesar de las mejoras en los resultados clínicos.

²¹ Alsén, P., Brink, E., Persson, L. O., Brändström, Y., & Karlson, B. W. (2010). Illness perceptions after myocardial infarction: relations to fatigue, emotional distress, and health-related quality of life. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(2), E1-E10.

²² Eriksson, M., Asplund, K., & Svedlund, M. (2010). Couples' thoughts about and expectations of their future life after the patient's hospital discharge following acute myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23-24), 3485-3493.

²³ Baldacchino, D. (2011). Myocardial infarction: a turning point in meaning in life over time. *British Journal of Nursing*, 20(2).

La mortalidad de la enfermedad coronaria (EC) ajustada por la edad, No obstante, persisten las desigualdades entre países y muchos factores de riesgo, especialmente la obesidad y la diabetes mellitus (DM), han aumentado significativamente. Si la prevención se practicara correctamente, se reduciría mucho la prevalencia de Enfermedad coronaria. Por lo tanto, no se trata solo de los factores de riesgo predominantes, sino también de la escasa implementación de las medidas preventivas²⁴.

DESARROLLO DEL TEMA

Para prevenir las secuelas generadas por la enfermedad coronaria se debe fortalecer las acciones para la valoración y el manejo del paciente con enfermedad coronaria y volver nuevamente a la valoración de los síntomas típicos y atípicos de la enfermedad. Enfermería ha cumplido a cabalidad de las necesidades percibidas por la persona y son agente mediadora del cuidado del paciente con enfermedad coronaria.

Los pacientes con dolor torácico (DT) representan una proporción muy importante de todas las urgencias y hospitalizaciones. La identificación de los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) supone un reto diagnóstico, sobre todo cuando los síntomas son dudosos o no hay pruebas electrocardiográficas.

El diagnóstico del SCA se basa en la combinación de la presentación clínica (DT no traumático sugestivo de origen isquémico), alteraciones electrocardiográficas y aumento de la concentración de enzimas miocárdicas. En este sentido, el DT que sugiere un origen isquémico es el detonante para el proceso de diagnóstico y, junto con las alteraciones del electrocardiograma (ECG), que determina el enfoque inicial. Si, además, se elevan los biomarcadores, se llegará al diagnóstico final de infarto agudo de miocardio (IAM).

Por otra parte, la presencia de DT agudo y de alteraciones en el ECG permite clasificar a los pacientes en tres categorías, que son las siguientes:

1. Pacientes con DT agudo y elevación persistente (> 20 min) del segmento ST, que presentan SCA con elevación del segmento ST (SCACEST). La situación suele reflejar una oclusión coronaria aguda total y el objetivo inicial es aplicar reperfusión (intervención coronaria percutánea [ICP] primaria o tratamiento fibrinolítico).
2. Pacientes con DT agudo y alteraciones de la repolarización sin elevación persistente del segmento ST (por lo general, depresión persistente o transitoria del segmento ST, inversión de las ondas T, ondas T planas o seudonormalización de las ondas T). Presentan SCA sin elevación del segmento ST (SCASEST). La estrategia inicial

²⁴ Nytnes A, Mathiesen EB, Njolstad I, Wilsgaard T, Lochen ML. Palpitations are predictive of future atrial fibrillation. An 11-year follow-up of 22,815 men and women: the Tromso Study. *Eur J Prev Cardiol.* 2013;20:729–36

consiste en aliviar la isquemia y los síntomas, monitorizar mediante ECG seriados y repetir las determinaciones de los marcadores de necrosis miocárdica.

3. Pacientes con DT agudo y ECG anodino, con ausencia de cambios en el ECG cuando se presentan los síntomas.

DISCUSIÓN:

En todos los casos, la elevación de los marcadores de daño miocárdico es lo que determinará el diagnóstico de IAM. La presentación clínica típica del SCA es la opresión retro esternal con irradiación hacia el brazo izquierdo, el cuello o la mandíbula, que puede ser intermitente (por lo general, varios minutos) o persistente (en el caso del SCACEST). Este síntoma puede ir acompañado de otros, como diaforesis, náuseas, dolor abdominal, disnea y síncope.

No obstante, son frecuentes las presentaciones atípicas (hasta el 30 % de los casos), como dolor epigástrico, indigestión, dolor torácico punzante, dolor torácico con características pleuríticas o disnea creciente. Los síntomas atípicos se observan con más frecuencia en los pacientes de más edad (> 75 años), en mujeres y en pacientes con diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica o deterioro cognitivo.

En pacientes que presentan DT hay algunas características clínicas que incrementan la probabilidad de que se trate de SCA: edad avanzada, sexo masculino, antecedentes familiares de cardiopatía isquémica y aterosclerosis en territorios no coronarios, como arteriopatía periférica o enfermedad vascular cerebral.

El ECG de 12 derivaciones es la principal herramienta diagnóstica para la evaluación de los pacientes con DT o sospecha de SCA, ya que permite orientar el diagnóstico y proporciona información para el pronóstico. Hay que realizarlo cuanto antes tras el primer contacto (< 10 min), en todos los casos de DT o sospecha clínica de SCA, y debe interpretarlo inmediatamente un personal entrenado.

Cuando hay SCASEST1, las anomalías características del ECG son la depresión o la elevación transitoria del segmento ST y los cambios en la onda T. Si el ECG inicial es normal o no concluyente, hay que obtener registros adicionales para compararlos con los registros obtenidos en ausencia de síntomas. Lo ideal, por lo tanto, es hacer un nuevo ECG cuando aparecen los síntomas.

La elevación persistente del segmento ST (> 20 min) apunta a que se está ante un caso de SCACEST2. La mayoría de los pacientes con SCACEST presentarán elevación de marcadores de daño miocárdico, lo que conduce a establecer el IAM como diagnóstico final.

Ante la sospecha clínica, el diagnóstico electrocardiográfico de SCACEST puede ser difícil a causa de la presencia de alteraciones basales del ECG, como bloqueo en la rama izquierda

(BRI), ritmo de marcapasos, síndrome de Wolf-Parkinson-White o IAM de localizaciones no convencionales (ventrículo derecho o cara posterior). En pacientes con síntomas que hacen pensar en isquemia miocárdica y elevación del segmento ST, o bien en BRI de nueva o presuntamente nueva— aparición, hay que empezar el tratamiento de reperfusión lo antes posible.

En la evaluación del paciente con dolor torácico tras la realización del ECG podemos encontrar dos tipos de pacientes como hemos comentado previamente.

1. Pacientes con DT agudo y elevación persistente del segmento ST (> 20 minutos). Esta entidad se denomina SCACEST y generalmente refleja una oclusión coronaria aguda total. La mayoría de estos pacientes sufrirá, en último término, un IM con elevación del segmento ST.
2. Pacientes con DT agudo, sin elevación persistente del segmento ST. Se define como SCASEST y en estos pacientes, los cambios electrocardiográficos pueden incluir una elevación transitoria del segmento ST, una depresión persistente o transitoria del segmento ST, una inversión de las ondas T, ondas T planas o una seudonormalización de las ondas T o el ECG puede ser normal.

CONCLUSIONES:

La prevención debe dirigirse a: a) la población general, mediante la promoción de hábitos de vida saludables, y b) el individuo, es decir, personas que tienen un riesgo de ECV moderado-alto o una ECV establecida, haciendo frente a los hábitos de vida poco saludables (p. ej., dieta de baja calidad, inactividad física, tabaquismo) y mejorando los factores de riesgo. La prevención es eficaz: la eliminación de conductas de riesgo para la salud haría posible evitar al menos un 80% de las ECV y hasta un 40% de los cánceres.

Adicionalmente, es importante mencionar que las consecuencias fisiológicas del infarto (por ejemplo, la angina de pecho) pueden ocasionar ansiedad, las personas que sufren un episodio de infarto de miocardio están sujetos a temporadas subsiguientes de estrés, ansiedad y depresión que repercuten en el estado emocional, en la calidad de vida y muchas veces en la capacidad para llevar a cabo cambios de comportamiento y de estilo de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martín, D. M., Hentschel, J. L. L. S., & Rabadán, I. R. (2016). Proceso asistencial simplificado del síndrome coronario agudo.
2. Steg, G., James, S. K., Atar, D., Badano, L. P., Blomstrom Lundqvist, C., Borger, M. A., ... & Gershlick, A. H. (2013). Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. *Revista española de cardiología*, 66(01), 53-53.
3. Galán, A. M., Cuixart, C. B., Banegas, J. R. B., Rioboó, E. M., Lobos-Bejarano, J. M., Álvarez, F. V., ... & Guillén, V. G. (2016). Recomendaciones preventivas cardiovasculares. PAPPS 2016. *Atención Primaria*, 48, 4-26.

DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LAS CONDICIONES FAMILIARES E INDIVIDUALES EN EL CONTEXTO DE RURALIDAD EN EL CORREGIMIENTO DE CHICORAL TOLIMA

Enf, Mg. Margarita Rodríguez
Docente Universidad de Cundinamarca
correo electrónico: mariamargared@hotmail.com

Palabras claves: Atención primera en salud, salud pública, caracterización poblacional, salud familiar, diseño, validación, w kendall.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio ha sido diseñar y analizar la validez externa y comprensión de un instrumento para la caracterización de las condiciones familiares e individuales en el contexto de ruralidad bajo el enfoque de salud familiar como aporte para la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud. Para el alcance del mismo se realizó revisión sistemática de la literatura científica y técnica existente relacionada con la contextualización y caracterización de los servicios de salud en el ámbito de ruralidad desde la perspectiva del enfoque poblacional y de los servicios en salud familiar.

Así mismo el diseño y a validación de contenido se ha llevado a cabo a través del acuerdo y consenso de cuatro expertos mediante el coeficiente Kendall, se estimaron los índices de validez de contenido como proporción de validez de contenido (CVR) y el índice de validación interna (CVI), así mismo se realizó análisis cualitativo de las observaciones realizadas por los expertos. Los datos iniciales recogidos a través de las diferentes técnicas de validación aportaron elementos. Se depuró el cuestionario que inicialmente contaba de 81 ítems y finalmente se constituyó en 70 ítems, que mostraron ajustes adecuados tanto de validez externa, de comprensión y de contenido.

Como principal resultado de esta investigación se entrega un instrumento que se convierte en una herramienta para la implementación del modelo de atención integral en salud para la población rural, con el cual se caracterizará las condiciones y necesidades en salud de esta población, como insumo fundamental para la planeación y diseño de los servicios de salud.

La implementación del Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), como marco operacional de la PAIS, define la integralidad en el abordaje de la salud y la enfermedad; así como la interacción coordinada de las entidades territoriales a cargo de la salud pública, los

aseguradores y los prestadores de servicios de salud, con el fin de propender por una mejor calidad de vida de la población (Ministerio de salud y proteccion social, 2016).

La misma política establece las estrategias para el abordaje y la implementación del modelo, las cuales son: 1. Atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, 2. El cuidado de la salud, 3. Gestión integral del riesgo en salud y 4. Enfoque diferencial (Ministerio de salud y proteccion social, 2016). Para este trabajo el elemento de mayor relevancia es la estrategia de atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria que se plantea como una interfaz para dar una respuesta social dirigida hacia las personas, la familia y la comunidad; en lo que respecta a sus necesidades en salud (Ministerio de salud y proteccion social, 2016).

La caracterización de la familia y la comunidad es un componente fundamental en el modelo de atención integral en salud, es fuente primigenia de información desde la base familiar y comunitaria para la definición del MIAS, además será un insumo para el análisis de la situación de salud de las personas, familias y comunidades en los diferentes contextos poblacionales y territoriales específicos bajo el enfoque diferencial, dando respuesta a las necesidades en salud de la población.

Atendiendo la implementación del MIAS en Colombia, el ministerio de salud y protección social dentro de los lineamientos dados a los actores del sistema, ha definido que la caracterización poblacional debe realizarse con dos insumos básicos, los cuales son: 1 el Análisis de situación de salud y 2 la caracterización poblacional de las entidades administradoras de planes de beneficios de salud (Ministerio de Salud y Protección social, 2016). No incluyendo la caracterización familiar, ambiental y social, que son factores esenciales en el análisis de la información demográfica y del estado de salud de las comunidades, de vital importancia en la toma de decisiones y el seguimiento de las acciones que protegen la salud en el contexto individual y colectivo, de acuerdo a lo establecido por la organización panamericana de la salud (Organización panamericana de la salud, 2008).

Adicionalmente, los sistemas de información para la atención primaria en salud, direccionaran la respuesta a las necesidades que se logren priorizar a través de este insumo, siendo este el conjunto de herramientas conceptuales y metodológicas que desde la información orientan el cuidado integral de la salud de la población de acuerdo con sus potencialidades, situación social, sanitaria, el contexto territorial y de ruralidad.

A nivel internacional países como Perú, Honduras, República Dominicana y el Salvador han implementado modelos de atención integral en salud, basado en la estrategia de atención primaria en salud (Secretaria de Salud de Honduras, 2013) (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana, 2010) (Ministerio de Salud del Perú, 2007) (Ministerio de Salud del Salvador, 2011), y cuentan con herramientas de caracterización

familiar, social y ambiental, las cuales hacen parte integral del modelo, desde el enfoque de salud familiar que son utilizados como fuentes de información transversal e insumos para la toma de decisiones de acciones en salud para los diferentes ámbitos territoriales.

Estos instrumentos llamados en algunos países “ficha familiar”, se convierten en piedra angular en el proceso de atención y facilitan el accionar de los equipos de salud permitiendo un abordaje completo del individuo, a lo largo de su ciclo de vida, la familia y la comunidad, para reducir la inequidad en la gestión y prestación de servicios de salud, reconociendo las bondades de la promoción, protección de la salud y prevención de la enfermedad, a partir de la detección temprana de condicionantes y riesgos (Ministerio de salud del Salvador, 2011)

El MIAS, propone centrar sus acciones en las personas, su bienestar y desarrollo, por ello incluye acciones orientadas a generar bienestar, al mantenimiento de la salud, la detección de riesgos y enfermedad, la curación de la enfermedad y la reducción de la discapacidad. La evaluación positiva de los efectos del modelo se convierte en manifestaciones de equidad, tanto en estado de salud como en acceso integral a los servicios, buscando el cierre de brechas en salud (Ministerio de salud y protección social, 2016).

Sin embargo, en el municipio del Espinal del departamento del Tolima, no se cuenta con herramientas que le permitan la caracterización poblacional y generar insumos para el desarrollo del MIAS basado en el enfoque de APS y atención en salud familiar y comunitaria.

Por lo anterior, se considera importante problematizar la metodología del componente de caracterización poblacional, tal y como lo ha planteado el marco metodológico del MIAS, ya que no tiene en cuenta las condiciones de vulnerabilidad por hábitos, costumbres, ambiental, social y necesidades en salud bajo el enfoque de salud familiar e información de base comunitaria en los contextos rurales, aspectos relevantes al momento de operacionalizar el modelo de atención, por consiguiente no se contaría con la información relevante relacionada con las necesidades propias del entorno de las personas y familias necesaria para priorizar los problemas en salud, que permita plantear un modelo de atención y garantizar los servicios a las poblaciones de acuerdo a las necesidades orientando de forma eficiente las prácticas y acciones del Sistema de Atención en Salud.

Del mismo modo, la problemática del sub-registro de información por parte de los prestadores de servicios de salud, y las dificultades de acceso propias del sistema, profundizan más la necesidad de contar con una herramienta que permita tener una caracterización o mapa de las condiciones de vulnerabilidad social, de salud y ambiental, que dé cuenta de la realidad vivida por las familias y pobladores.

Para el caso específico del departamento del Tolima, no existe un instrumento de caracterización en salud de las condiciones individuales y familiares que permita identificar

las necesidades en salud desde el enfoque de Atención Primaria y con base en salud familiar y comunitaria generando insumos para la definición de políticas, acciones en salud garantizando el goce efectivo de los derechos en salud de la población.

Podemos concluir, que no existe una metodología nacional unificada que llene las expectativas en términos de caracterización de las condiciones individuales y familiares en el contexto de ruralidad como en el municipio de Espinal Tolima, por ende, surge la necesidad de diseñar y validar un instrumento en el marco de la ruralidad, para la gestión de la prestación de servicios de salud que articula la salud familiar y las respuestas desde el prestador primario con una aproximación más real de las necesidades en salud de las poblaciones, desde una perspectiva de la Atención Primaria en Salud en el MIAS donde se ha propuesto tomar como modelo de estudio el corregimiento de Chicoral-Tolima.

La metodología empleada para el desarrollo de esta investigación aplicada se dio mediante el siguiente proceso: 1. Desarrollo conceptual. 2. Diseño inicial de los elementos/componentes que serán valorados por el instrumento. 3. Validación externa por expertos. 4. Diseño de la versión definitiva del instrumento.

Posterior a la revisión bibliográfica y el análisis de los insumos obtenidos en la literatura científica y técnica se seleccionó los listados iniciales de componentes o elementos a incluir en el instrumento, se revisaron las herramientas de este tipo existentes en la literatura y/ o la experiencia de grupos nacionales e internacionales. Los elementos incorporados en este listado inicial se redactaron en forma de ítems o preguntas formando las primeras propuestas del instructivo con el fin de aclarar el significado de cada ítem.

La construcción y diseño del instrumento se dio en un primer momento mediante la elaboración del instructivo para el diligenciamiento del instrumento de caracterización que estaba compuesto por: presentación, objetivo general y desarrollo de la guía para el diligenciamiento del mismo. El instrumento se organizó por categorías que agrupan diferentes preguntas, estas corresponden a datos de información sociodemográfica, condiciones de vulnerabilidad social del hogar, condiciones de vulnerabilidad por los hábitos y costumbres de los miembros del hogar, condiciones de vulnerabilidad por vivienda y condiciones de vulnerabilidad por el entorno de la vivienda y el hogar, las cuales están conformadas por diferentes preguntas algunas tienen un enfoque individual y otras colectivo o de grupo familiar.

Mediante la búsqueda bibliográfica realizada durante el desarrollo de la investigación usando descriptores como atención primera en salud, salud pública, caracterización poblacional, salud familiar, diseño, validación, w kendall se obtuvieron registros que oscilaron entre 600 y 650, se seleccionaron aquellos documentos que trataran de aspectos como el diseño y validación de instrumentos de caracterización poblacional y estrategia de

APS, de los cuales fueron elegidos 124 documentos entre libros, artículos, informes, instrumentos, cartillas y documentos legales.

Mediante la revisión sistemática de literatura científica y técnica, a nivel internacional se logró ubicar literatura que muestra el trabajo realizado por diferentes países con República Dominicana, Perú, Costa Rica y Salvador entre otros para los cuales la ficha familiar o instrumento de salud familiar es un elemento importante en la operación del modelo de atención integral en salud, y para estos países la atención primaria en salud junto con la estrategia de salud familiar son claves en los procesos de atención y en la mejora de los servicios.

A nivel nacional las búsquedas realizadas relacionadas con la contextualización de los servicios de salud en el ámbito de ruralidad desde la perspectiva del enfoque poblacional y de servicios en salud familiar, mostraron que actualmente en Colombia aunque se ha avanzado en algunos territorios en la implementación de la estrategia de atención primaria en salud con enfoque en salud familiar, los diferentes instrumentos revisados como es el caso de los departamentos de Caldas, Cundinamarca, Risaralda entre otros no registra evidencia de proceso de validación, siendo este un proceso relevante en el establecimiento de instrumentos de medidas en el área de la salud que requiere esfuerzos a fin de que estos procesos investigativos sean dados en el territorio nacional.

El diseño y validación de un instrumento para caracterizar las condiciones individuales y familiares en el contexto de ruralidad dentro del modelo integral en salud desde el enfoque de salud familiar, permitirá a los actores del sistema de salud a nivel local contar con una herramienta de gestión y operación para la prestación de los servicios, este apoya el fortalecimiento y gestión del modelo mediante la articulación de la estrategia de salud familiar y las respuestas desde el prestador primario con una aproximación más real de las necesidades en salud de las poblaciones, desde una perspectiva de la atención primaria en salud en el nuevo modelo de atención integral en salud MIAS.

En cuanto al proceso de diseño, existe a nivel internacional y nacional diferentes instrumentos los cuales fueron insumo para el diseño del instrumento objeto de esta investigación. De estos instrumentos se tomaron aspectos considerados por las investigadoras relevantes, se realizó un análisis a la bibliografía técnica encontrada en donde se dispuso el diseño de un instrumento que fuera breve y sencillo de aplicar, dinámico y que evitara preguntas que presentara sesgo en su interpretación, así como en el análisis y aporte de información de base comunitaria para la toma de decisiones en el sector salud.

El instrumento elaborado en el contexto académico, fue analizado y validado evaluando su coeficiente de concordancia externa, se realizaron análisis descriptivos, inferenciales y cualitativos a los juicios de expertos, encontrando que en el análisis descriptivo indicó como

aceptables a más del 98% de los ítems, en todas las categorías de análisis descriptivo siempre presento una valoración superior al percentil 75, esto nos permite concluir que hay una alta percepción de calidad por parte de los expertos.

Por otro lado, el coeficiente W Kendall, muestra que ninguna de las concordancias detectadas entre los expertos evaluadores puede considerarse significativa, ya que en todos los casos el valor de p fue mayor a 0,05; los valores de W obtenidos estuvieron entre 0,13 y 0,33, que corresponden a concordancia baja y positiva entre los expertos. En el caso de las dimensiones donde se obtuvieron coeficientes de concordancia de nulos, las puntuaciones emitidas por los expertos son idénticas para todos los ítems. Al revisar con detalle los datos fue posible identificar que hay tres evaluadores que por lo general coinciden en la puntuación que asignan a los ítems evaluados, y dichas puntuaciones suelen ser altas, lo cual no permite la aplicación de la prueba de w kendall.

Es importante retomar lo expuesto anteriormente relacionado con las posibles situaciones relacionadas con las puntuaciones bajas, que fueron asignadas siempre por el mismo experto. Esta discordancia o desacuerdo entre los jueces explica los bajos valores obtenidos del coeficiente. Pero el acuerdo total o la asignación de puntuaciones idénticas también genera concordancias cercanas a cero, ya que la obtención del coeficiente implica el cálculo de diferencias entre rangos asignados y un rango promedio, si tales diferencias no existen (puntuaciones idénticas), al final el coeficiente dará cero (Dorante y col., 2016).

Se destaca también que, parte fundamental del juicio de expertos es el nivel de experticia en la temática, pues se pretende que la opinión de los jueces sea informada y basada en su trayectoria en el tema (Escobar Pérez & Cuervo Martínez, 2008), y al ser ésta una problemática introducida recientemente en el ámbito académico, los expertos en esta valoración contaban con criterios de inclusión sobre la experticia y experiencia en el área de la salud pública y diseño de instrumentos permitiendo controlar ciertos sesgos determinados por la subjetividad de las respuestas (Robles Garrote & Rojas, 2015), que se manifiesta en la confiabilidad de los resultados obtenidos.

Respecto a un futuro proceso de validación de consistencia interna del instrumento mediante el coeficiente de alfa cronbach, si bien este un índice para evaluar la magnitud en que los ítems de un instrumento están correlacionados, su resultado no tendría relación directa con los resultados obtenidos mediante el coeficiente w kendal ya que este último evalúa el grado de concordancia o asociación entre expertos y el alfa de cronbach evalúa la correlación entre los ítems del instrumento, es importante resaltar que el resultado del coeficiente alfa coonbach es afectado directamente por el número de ítems que componen una escala. A medida que se incrementa el número de ítems, se aumenta la varianza sistemáticamente, de tal suerte que se obtiene un valor sobreestimado de la consistencia de

la escala. De igual manera, se debe considerar que el valor del alfa de cronbach se puede sobreestimar si no se considera el tamaño de la muestra: a mayor número de individuos que completen una escala, mayor es la varianza esperada (Oviedo & Campo Arias, 2005).

Si bien el Ministerio de salud y protección social definió el modelo de atención y con él los diferentes componentes, no han sido suficiente las orientaciones dadas por el mismo en cuanto a caracterización poblacional, igualmente estas dejan de lado las condiciones de vulnerabilidad de las personas, familias y comunidad que permitan apuntar a la planeación de los servicios y búsqueda de respuestas desde el prestador primario con una aproximación más real de las necesidades en salud de las poblaciones rurales.

Se concluye la importancia que tiene el desarrollo de este tipo de investigaciones en las cuales se busca generar nuevas herramientas aplicables dentro de las acciones de medidas en salud, es importante que a nivel nacional se cuente con un direccionamiento frente a este proceso y basado en unidad de criterio en el diseño de este tipo de instrumentos.

Si bien existen a nivel internacional y nacional instrumentos de caracterización familiar al hacer a revisión de literatura, no se conocen los procesos de validación de estos esperamos que esta aproximación teórica y metodológica de diseño y validación del instrumento permita a las comunidades científicas mejorar su diseño e instrumentos.

Es importante para la institución de salud continuar en el avance del proceso de definición y clasificación de riesgos familiares en salud, de acuerdo a la identificación de condiciones de vulnerabilidad en salud, social, por vivienda y del entorno.

Una de las principales limitantes de este estudio fue la falta de recursos para poder evaluar la confiabilidad de la cual hablan los autores (Suárez, 2015) (Robles Garrote & Rojas, 2015). Sin embargo, se recomienda la institución la aplicación del instrumento con criterios técnicos que permita evaluar la confiabilidad del instrumento.

El desarrollo de esta investigación fue un aporte valioso en nuestro proceso de formación como magister, ya que el participar en este proceso de validación nos aportó en cuanto a análisis crítico, en técnicas estadísticas y cualitativas para evaluar instrumentos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abril-Collado, R., Cuba-Fuentes, M. (2013). Introducción a la Medicina Familiar. *Acta Médica Peruana*, 30, 31-36.
- Alcántara, G. (2008). *La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad Sapiens*. *Revista Universitaria de Investigación*, 9 (1), 93-107.
- Arribas, M. M. (2004). *Diseño y validación de cuestionarios*. Madrid: Matronas Profesión 2004.
- Asamblea Mundial de la Salud. (1976). 29ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 3-21 de mayo de 1976: parte I: resoluciones y decisiones. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- B, S. (julio de 30 de 2017). The hidden inequity in health care. Obtenido de *Int J Equity Health*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3094214/pdf/1475-9276-10-15.pdf>.
- Badii, M. A. (2014). Correlación No-Paramétrica y su Aplicación en la Investigaciones Científica. *Daena: International Journal of Good Conscience*. 9(2)31-40, 10. Recuperado el 29 de Julio de 2017.
- Badia Folguera, D. (2012). *Metodología de los mapas de concordancia para la estratificación de variables cuantitativas: aplicación a la asignatura de Medidas Electrónicas*. Tesis Doctoral. Universidad Ramón Llull. Barcelona
- Bolaños, O. (1999). *Caracterización y tipificación de organizaciones de productores y productoras*. Unidad de planificación estratégica. Ministerio de Agricultura y Ganadería. XI Congreso Nacional Agronómico. I Congreso Nacional de Extensión. Costa Rica.
- Cáceres, R. Á. (1994). *Estadística multivariante y no paramétrica con SPSS: aplicación a las ciencias de la salud*. Ediciones Díaz de Santos.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (1970). *Guía de estudio. Registros de Salud I*. Costa Rica.
- Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. (1986). *Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud*, Ottawa, Canadá. Organización Mundial de la Salud.

- Castañeda Valencia, C. R. (2015). Instrumento para la valoración de síntomas coronarios en la mujer. *Avances en Enfermería*, 33(3), 391-400.
- CEPAL. (27 de agosto de 2017). definición de población urbana y rural utilizadas en los censos de los países latinoamericanos. Obtenido de http://www.cepal.org/sites/default/files/def_urbana_rural.pdf
- Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100. Bogotá, D.C.
- Congreso de la República de Colombia. (1998). Decreto 806 de 1998. Bogotá, D.C.
- Congreso de la República de Colombia. (2007). Ley 1122. Bogotá, D.C.
- Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1438. Bogotá, D.C.
- Congreso de la República de Colombia. (2015). Ley 1751. Bogotá, D.C.
- Darwin Cortés, J. F. (2012). Inequidad Regional en Colombia. *Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico*, 71.
- Diana R. Rodríguez-Triana, J. A.-P. (2016). Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud . *Facultad Nacional Salud Pública*, 13.
- Dirección Territorial, Salud de Caldas. (2015). Implementación de Atención Primaria Social como Estrategia para el Desarrollo Territorial del Departamento de Caldas. *Gobierno de Caldas*.
- Dorantes-Nova, J. A., Hernández-Mosqueda, J. S., & Tobón-Tobón, S. (2016). Juicio de Expertos para la validación de un Instrumento de medición del Síndrome de Burnout En La Docencia. *Ra Ximhai*, 12(6).
- Escobar Pérez, J., & Cuervo Martínez, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 27–36 .
- Eslava, J. (2002). Promoción y Prevención en el Sistema de Salud en Colombia. *Rev. Salud pública*, 4 (1), 1-12.
- Federación Colombiana de Enfermedades Raras. (2015). Ley 1751 de 2015/Ley Estatutaria en Salud. Disponible en: <http://www.fecoer.org/ley-1751-de-2015-ley-estatutaria-en-salud/>

- Gallo, N., Meneses, Y., Minotta, C. (2014). Caracterización poblacional vista desde la perspectiva del desarrollo humano y el enfoque diferencial. *Investigación y Desarrollo*, 22 (2). 360-401.
- Gavidia, V y Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales* (26), 161-175.
- Gaviria, A., Medina, C., y Mejía, C. (2006). Evaluating the impact of health care reform in Colombia: from theory to practice. Documento CEDE 2006-06. Bogotá: Universidad de los Andes. CEDE.
- Grupo de Elaboración y Validación de Instrumentos de Evaluación de la Calidad de los productos de Agencias/Unidades de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (GEVIEC) Dirección Técnica: Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. (2006). Elaboración y validación de instrumentos metodológicos para la evaluación de productos de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Madrid España: Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
- Hanlon, J.H. (1974). Principios de Administración Sanitaria. Washington, D.C: Oficina Sanitaria Panamericana de la Organización Mundial de la Salud.
- Institute For Healthcare Improvement. (2017). Science of Improvement: How to Improve. Disponible en: <http://www.ihp.org>
- J, J. V., & M, G. M. (2019). Acceso a los servicios de salud en seis ciudades. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*.
- Kenneth W. Newell. (1975). Health by the people. Geneva: World Health Organization.
- Langley GL, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. (2009). *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance* (2nd edition). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Martínez-Donate, A y Rubio, V. (1999). Enfoque bio-psico-social de la salud. Madrid: UAM.
- Malagón, G. (2008). Atención Primaria en Salud, una estrategia para mejorar la cobertura y la calidad. *Revista Academia Nacional de Medicina*, 7 (7), 5-14.

- Mate, K y Rakover, J. (2016). 4 Steps to Sustaining Improvement in Health Care. Institute For Healthcare Improvement. Disponible en: <https://hbr.org/2016/11/4-steps-to-sustaining-improvement-in-health-care>.
- Mckeown Thomas. (1977). The Modern Rise of Population. New York: Academic Press.
- Ministerio de Salud del Perú. (2007). Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud. Alta Dirección del Ministerio de Salud.
- Ministerio de la Protección Social. (2009). Herramientas para la caracterización y seguimiento de las condiciones socio-ambientales y sanitarias de los entornos. República de Colombia
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana. (2010). Manual Informativo e Instructivo de llenado del instrumento Familiar. Serie Guías y Manuales para el Desarrollo del Primer Nivel de Atención. República Dominicana.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). ABC Reforma a la Salud, Ley 1438 de 2011. República de Colombia.
- Ministerio de salud del Salvador. (2011). Atención integral en salud a la comunidad. San salvador.
- Ministerio de Salud del Salvador. (2011). Lineamientos Operativos para el Desarrollo de Actividades en los Ecos Familiares y Ecos Especializados. Ecos Familiares.
- Ministerio de salud y Protección Social. (2014). Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las Entidades Territoriales Colombia 2014. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Ministerio de Salud de la Republica de Perú. (2015). Resolución Ministerial. Ficha Familiar de la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- Ministerio de Salud y Protección social. (2015). Resolución 518. Bogotá D, C.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Orientaciones para el desarrollo de la Caracterización Social y ambiental en el marco del PIC. República de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Programa Único Nacional de la Especialización en Salud Familiar y Comunitaria. República de Colombia.

- Ministerio de salud y protección social. (2015). Encuesta nacional de demografía y salud. Bogotá.
- Ministerio de salud y protección social. (2016). Política de atención integral en salud.
- Ministerio de salud y protección social. (2016). resolución 429. Bogotá D, C.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Guía Conceptual y Metodológica para la Caracterización de la Población Afiliada a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios de Salud. Dirección de Epidemiología y Demografía Bogotá, D.C.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Política de Atención Integral en Salud. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Sistema Integral de Información SISPRO. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co>.
- Muñoz et al. (2000). Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 8 (1/2), 126-134.
- Ortiz Gómez, M., Louro Bernal, I y Cangas Jiménez, L. (1996). La salud familiar. Caracterización en un área de salud. *Rev cubana Med Gen Integr*, 15 (3), 303-9
- Organización Mundial de la Salud. (1998). Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma Ata.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (1998). Salud para todos en el siglo XXI. Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Organización panamericana de la salud. (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008 La atención primaria de salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). Sistema de Información de Base Comunitaria para Atención Primaria en Salud – SIBCAPS. Ficha Familiar.
- Organización para la Excelencia de la Salud. (2012). Instituto para el Mejoramiento de la Salud. Recuperado de: <http://www.cgh.org.co/>

- Piégdrola Gil, G. (1991). *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Ediciones Científicas y Técnicas.
- Pineda Restrepo, B. d. (2012). Desarrollo humano y desigualdades en salud en la población rural en Colombia. *Univ Odontol.* 2012 Ene-Jun; 31(66): 97-102., 6.
- Puschel, K., Repetto, P., Solar, M. O., Soto, G. y González, K. (2012). SALUFAM: Un instrumento de valoración de la salud familiar con alto valor predictivo clínico en población chilena. *Revista Médica de Chile*, 140 (4), 417–425.
- Red Nacional de Información para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. (2013). *Instructivo Caracterización*. República de Colombia.
- Ritzer, G. (2002). *Teoría sociológica clásica*. Madrid: Mc Graw Hill, Quinta Edición.
- Rodríguez Triana , D., & Benavides Piraquive, J. A. (2016). *Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud*. Facultad Nacional Salud Pública, 13.
- Robles Garrote, P., & Rojas, M. (2015). La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas en Lingüística aplicada. *Revista Nebrija*.
- Román Vega Romero, N. A. (2004-2008). *La política de salud en Bogotá, Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud*. Bogotá.
- Sanabria, S. M. (2014). *Salud y ruralidad: una mirada a la utilización de servicios de salud en el segundo nivel de atención*. Universidad Nacional de Colombia.
- Sánchez, R., & Echeverry, J. (2004). *Validación de Escalas de Medición en Salud*. Bogotá: Revista Salud pública.
- Santa María, M., García, F., Rozo, S y Uribe, M.J. (2011). *Efectos de la Ley 100 en salud Propuestas de reforma*. Bogotá, D.C: Fedesarrollo.
- Secretaría de Salud de Risaralda. (2017). *Sistema Integrado de Salud Pública SISAP*. Recuperado de: www.risaralda.gov.co/salud
- Secretaria de Salud de Honduras. (2013). *Lineamientos Operativos del Equipo de Salud Familiar*. República de Honduras.
- Silva, L., Herrera, V y Agudelo, C.A. (2002). Promoción, Prevención, Municipalización y Aseguramiento en Salud, en Siete Municipios. *Rev. Salud pública*, 4 (1), 36-68.

- Sigerist, H. (1997). Qué es la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional de Yakarta sobre Promoción de la Salud: Nuevos actores para una nueva era.
- Starfield, B. (16 de septiembre de 2017). John Hopkins Bloomberg school. Obtenido de https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html
- Suárez, R. E. (2015). Metodología para la validación de una escala o instrumento de medida. Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia.
- Tafur, L. (2007). Controversia a la reforma de la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de enero de 2007. Colombia médica, (38), 2.
- Universidad de Antioquia. (2016). Evolución histórico descriptiva de los conceptos de salud y enfermedad en la medicina científica. Aprende en Línea.
- Urrutia Egaña, M., Barrios Araya, S., Gutiérrez Núñez, M., & Mayorga Camus, M. (2014). Métodos óptimos para determinar validez de contenido. Educación Médica Superior, 28(3):547-558 .
- Zurro, A., Jodar, G. (2011). Atención Primaria de Salud y Atención Familiar y Comunitaria. España: Elsevier.

EVALUACIÓN DEL AUTOCUIDADO EN SALUD SEXUAL Y PROCREATIVA DE LAS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Enf, Mg. Mary Luz Monroy

Docente Universidad de Cundinamarca

correo electrónico: mmonroyrubiano@ucundinamarca.edu.co

Palabras clave: Salud sexual y procreativa, autocuidado, estudiante de enfermería, detección precoz, prevención

Resumen

El autocuidado es definido por DOROTHEA OREM como una actividad aprendida por los individuos, la cual está orientada hacia un objetivo; es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar²⁵. Por lo anterior, se asume que esta definición de autocuidado sea aplicada por las personas que conocen de ella y que en su práctica diaria de cuidado la utilizan como teoría aplicable a la misma. No obstante, el determinar la disposición que tienen las jóvenes para llevar a cabo las acciones preventivas pertinentes en su vida sexual, se mantiene como un problema de gran interés para su estudio, pues no está determinado que dichas actividades sean practicadas por las mismas, explorar este aspecto en las estudiantes del programa de enfermería de la Universidad de Cundinamarca, es fundamental para identificar si efectivamente están poniendo en práctica el conocimiento que han adquirido en la formación profesional y que con frecuencia promueven en los diferentes escenarios donde hacen presencia en sus prácticas clínicas o comunitarias, o por el contrario no hay coherencia entre el saber y las acciones de autocuidado al respecto. Se hizo un estudio de tipo descriptivo ya que está dirigido a determinar “cómo es” y “cómo está” la situación de la variable de autocuidado en la estudiantes de enfermería, se utilizó un instrumento diseñado por las investigadoras con validación de expertas externas, el instrumento incluyó variables sociodemográficas y preguntas que pretenden establecer los requisitos de autocuidado universales, de desarrollo y desviación de la salud, se evaluó antecedentes de salud sexual y procreativa, factores protectores y exposición a factores de riesgo, se alimentó luego la base de datos en hoja Excel, se agrupó la información por indicadores de interés se asignaron puntajes de autocuidado y déficit de autocuidado de acuerdo a la calificación asignada por las investigadoras, con ello se pudo establecer el nivel de autocuidado y realizar los análisis respectivos. Se identificó que el nivel de autocuidado en su mayoría está en déficit: en higiene genital, higiene sexual, detección de alteraciones menstruales, prevención de

²⁵ DOROTHEA OREM, teoría de autocuidado, 1984

alteraciones de mama y de cáncer cervicouterino, control de natalidad. Como hallazgo positivo se encontró nivel de autocuidado en detección precoz de cáncer de cerviz y detección de infecciones del tracto vaginal. Con estos resultados se concluye, que al igual que el estudio realizado en México (IRAZUSTA A, 2013) los hábitos de cuidado de los estudiantes de enfermería, no son saludables, por tal razón se propone fortalecer los componentes de poder para favorecer el autocuidado en salud sexual y procreativa de las estudiantes de enfermería, mediante estrategias que involucren el sistema de apoyo educativo, mediante utilización de aula virtual con material llamativo que las estudiantes de enfermería puedan consultar sin restricción.

DESARROLLO DEL TEMA

- Los estudios realizados a nivel internacional, muestran cierta incongruencia en cuanto al manejo de la sexualidad de las mujeres en edad reproductiva y las prácticas de autocuidado, pues según la encuesta demográfica y de salud de las mujeres llevada a cabo en Centro y Sudamérica, señala que altos porcentajes de adolescentes en México, Guatemala, Ecuador, Salvador y Brasil, tuvieron sus primeras relaciones sexuales antes de los 15 años, siendo estas carentes de métodos de protección. En México, estudios demuestran que las acciones preventivas respecto a la salud sexual de las jóvenes en cuanto a la utilización de los métodos anticonceptivos, el de mayor frecuencia de uso fue el condón con un porcentaje del 50.8%, mientras que el menos utilizado fue el coito interrumpido con un 3.1% (1)
- En Colombia datos que han sido revelados en numerosos estudios como los realizados en Bogotá (2) y Antioquia (3), sobre la adopción del Pap, como examen rutinario de tamizaje del cáncer cervicouterino, arrojando resultados alarmantes sobre la concepción que tienen las mujeres de él y los motivos por los cuales no acuden al mismo. No obstante, en cuanto a lo indagado en la comunidad universitaria de instituciones públicas, se tiene información dada por un estudio realizado en una de las universidades públicas de Cali, (4) donde el 41.7% de 180 estudiantes encuestadas se tomaba el Papa, siendo el 99% conocedoras del mismo.
- Indagar aspectos relacionados con el autocuidado en salud sexual y procreativa en estudiantes de enfermería es interesante, por cuanto puede evaluarse qué tanto ponen en práctica los conocimientos y recomendaciones que ofrecen a otras mujeres en su ejercicio práctico del proceso de formación. El presente estudio contó con la participación de 267 estudiantes de enfermería, matriculadas en el año 2014, de primer a décimo semestre, se aplicó un instrumento validado con expertas compuesto por tres secciones, la primera de factores condicionantes básicos que permite establecer caracterización sociodemográfica y factores de riesgo de orden

sociocultural, familiar y educativo, la segunda sección incluye acciones de cuidado y otros aspectos importantes para mantener la salud sexual y Procreativa que hacen parte del requisito prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano, que específicamente incluye las acciones de prevención y protección que utilizan las mujeres para mantener la salud sexual y procreativa. La tercer sección valoró el nivel de autocuidado de las estudiantes en salud sexual y procreativa, para ello se diseñaron preguntas con múltiple opción de respuesta, para la interpretación de estos rangos de evaluación de la capacidad de autocuidado se realizó un proceso de asignación de puntajes a cada respuesta: de cero, si la respuesta es una conducta de riesgo y de uno, si es una conducta de autocuidado, según el criterio dado por parte de los expertos y la información presentada en la literatura especializada sobre el tema, con relación a los objetivos de la investigación y las necesidades de las investigadoras.

- La muestra analizada es de 267 de estudiantes mujeres equivalente a un 92.38% de la población total de Enfermería de I a X semestre, el rango de edad fue entre 17 a 40 años, la población más representativa está de los 18 a los 23 años con el 73%, se representa en menor proporción en la población de los 24 a 30 años con el 20% y se encuentra poco representada por la población que va entre los 31 y 40 años con el 6%, el estado civil más destacado es soltera con el 81% presentado en mayor proporción en los rango de edad de 17 a 21 años y 22 a 29 años, seguido de Unión libre con el 12.73% siendo representativo con un 7.86% en el rango de edad de los 22-29 años, gran parte de la muestra es oriunda del Departamento de Cundinamarca representado con un 60.67%, seguido de Tolima con un 33.71%, el resto de país con un 5.25% y una estudiante de intercambio para un 0,37%.
- La edad de la menarquia más frecuente fue 12 años con un porcentaje del 30,83%; el 72,93% de las estudiantes tuvieron la menarquia entre los de 12 a 15 años, convirtiéndose en un factor protector para no desarrollar cáncer de cuello uterino, el 27,07% restante tienen el factor de riesgo al haber tenido al menarquia antes de los 12 años o después de los 15 años, según un estudio realizado en Boston con 230 pacientes que presentaron cáncer de cérvix, los autores encontraron cinco factores de riesgo significativamente asociados entre ellos, menarquia precoz (< 12 años) (5), lo anterior relacionado con el hecho de que en una menarquía precoz la posibilidad de desarrollar cáncer de cérvix aumenta debido a que las adolescentes la interpretan como madurez biológica, inicio de la vida adulta y mayor posibilidad de contactos sexuales (6) 72 estudiantes que corresponde al 26,96% han estado en gestación; según la revisión en literatura científica la relación del cáncer de cuello uterino y la paridad, es importante especialmente a mayor número de gestaciones como se relaciona en el estudio realizado en México por Iñiguez y otros, que logró establecer que las

mujeres con dos o más hijos, tienen un riesgo del 80% mayor respecto a las nulíparas de presentar lesión intraepitelial. A pesar de no existir ninguna explicación definitiva para este fenómeno, se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal, aumentan la susceptibilidad a la infección por VPH (7) El riesgo de presentar cáncer de cuello uterino en las estudiantes de enfermería, asociado a la gestación no es significativo por cuanto a pesar de que el 26,96% han estado en gestación, el 72% lo han estado solo una vez, el 2,6 % han tenido más de dos gestaciones, lo que indica que no es significativa para el 97,4% de las estudiantes de enfermería, la relación de riesgo de padecer cáncer asociado a número de gestaciones.

- De las 267 estudiantes encuestadas, 24 refirieron haber abortado, por tanto tienen este factor de riesgo para desarrollar cáncer de cuello uterino, al discriminar la causa principal, se encontró que el aborto espontáneo se presentó en un 4,86% (13 estudiantes) cabe resaltar que dos de las estudiantes mencionadas en esta investigación tuvieron abortos por alteraciones 2 veces, el 4,11% (10 estudiantes) asociaron haber inducido el aborto, mientras que 0,3% (1 estudiante) asocia su pérdida como consecuencia de un accidente; teniendo en cuenta estos resultados, podemos aducir que el 9,36% de la muestra, puede tener riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino al haber estado sometidas a procedimientos de evacuación uterina en los cuales pudo sufrir algún traumatismo el cérvix, según las conclusiones de Cabezas y Parazinni. Los resultados mostraron déficit de autocuidado para la prevención de cáncer de cuello uterino en un 68,4% dado principalmente por el no uso del preservativo en el coito; respecto a la calificación para la detección precoz de cáncer de cuello obtuvo un 60% de autocuidado y en relación a las alteraciones menstruales las más frecuentes para esta población fueron amenorrea, dismenorrea y polimenorrea; las acciones de autocuidado que más ponen en práctica es consultar al médico 65% de ellas. En términos generales las enfermeras en formación necesitan reforzar la información acerca de cómo prevenir y detectar precozmente el cáncer de cuello uterino, así mismo diferenciar las diferentes alteraciones menstruales para identificarlas y tomar medidas de cuidado adecuadas que favorezcan su salud sexual y reproductiva, para lograr de esta manera ser multiplicadoras coherentes del autocuidado a las usuarias con quienes a diario interactúan e intervienen en sus planes de cuidado. Para el análisis sobre los métodos anticonceptivos utilizados por las estudiantes, se incluyeron las 250 estudiantes que señalaron haber iniciado actividad sexual, en donde como factor protector, un 30,36% de las estudiantes relacionaron usar preservativo en todas las relaciones sexuales, otro 6,28% de ellas, lo usan de manera ocasional, entre los motivos que refirieron se encuentran “porque la pareja no tiene en el momento” u “olvidan comprarlo”, un 20,41% planifican con anticonceptivos orales lo que clasificamos como factor de riesgo para desarrollar cáncer de cuello uterino, según revisión de literatura científica, adicional, se encontró que un 2,61% de las estudiantes, usan doble protección al utilizar el

preservativo y otros métodos (quirúrgico, DIU) mientras que el 0,52% utilizan métodos anticonceptivos orales y el preservativo. Es preocupante que un 69,64% de las estudiantes de enfermería no tiene el hábito de cuidado de utilizar siempre en sus relaciones sexuales, el preservativo, conociendo por su formación profesional, las ventajas de usarlo y los riesgos a los que se exponen cuando no se usa; en terminos generales la calificación de autocuidado en la prevención de cáncer de cuello la obtuvo el 31,6% (79 estudiantes), mientras un 68,4% que corresponden a 171 mujeres, obtuvo la calificación de deficit de autocuidado, lo que concluye que no existe relación directa entre la información que se recibe en la formación como profesional y las acciones de autocuidado que deberían practicar, en relación a la detección precoz de cáncer cervicouterino, se encontró que 21,2% de las estudiantes, a pesar de tener vida sexual activa, no se ha realizado nunca la citología, por lo cual son calificadas con déficit de autocuidado, 78,80% de las estudiantes realiza la toma de CCU como acción de autocuidado. De las 85 estudiantes que refirieron presentar trastornos menstruales, al evaluar el ciclo menstrual, el 31,76 % de ellas refirieron presentar una periodicidad menor de 21 o mayor a 31 días, mientras el 68,23% presentan como factor protector una duración que va entre 28 y 30 días considerado normal; en cuanto a la duración de la fase menstrual, es decir los días que dura el sangrado, se encontró que el 51,76% tienen un sangrado menor de 3 o mayor a 5 días; solo el 48,23% de las estudiantes como factor protector refirieron presentar sangrado de 3 a 5 días lo que se considera normal; según un estudio realizado en Estados Unidos por Matsumoto y Matcalaf, quienes concluyeron que la probabilidad de sangrados prolongados, es decir, más de 8 días, se presenta en los ciclos anovulatorios o con fase lútea inadecuada²⁶ como factor de autocuidado se encontró que el 65,68% de ellas consulta al médico y como factor de deficit de autocuidado el 34,12 % de ellas no consultaron al médico dentro de las alteraciones por las que menos consultaron se encuentran: dismenorrea con un porcentaje de 48,27% (14), en menor y variado porcentaje, menstruacion irregular, dismenorrea, amenorrea. Al indagar sobre las medidas de autocuidado que tienen las estudiantes cuando presenta la dismenorrea específicamente en relación al tratamiento farmacológico, el 47,19% que corresponde a 126 estudiantes refirieron tomar analgésico, de estas el 47,61% (60 estudiantes) indico consumir butil bromuro de hioscina, seguido de un 34,92% (44 estudiantes) que utiliza el ibuprofeno, con menos regularidad consumen acetaminofén, combinación de hioscina e ibuprofeno, naproxeno y piroxicam. En cuanto a la formulación de los analgésicos para tratamiento de la dismenorrea, de las 126 estudiantes que consumen analgésicos cuando presentan dismenorrea el 20,59% no respondieron quién formula el analgésico, seguido de un 11,98% que refirieron como factor de autocuidado que el

²⁶ MATSUMOTO. Las afecciones ginecológicas crónicas nos informaron de las conclusiones de las mujeres de la encuesta de encuesta de calor nacional

analgésico fue formulado por el médico, como factor de riesgo el 9,73% de la población se están auto medicando.

DISCUSIÓN

- Los aspectos interesantes para discutir de los resultados de este estudio son:
- Es suficiente tener conocimientos para garantizar el autocuidado en salud sexual y procreativa? A la luz de lo observado podemos decir que no, que en definitiva es necesario fortalecer los componentes de poder y la motivación para proveerse cuidados coherentes al rol y conocimiento que se tiene, pues no es posible ser ejemplo para otras mujeres a las que en la cotidianidad se les promociona cuidados que no se ponen en práctica para sí mismas las mujeres agentes de salud. El autocuidado es fundamental para poder desarrollar todas las capacidades personales y profesionales, no es coherente que nuestras acciones no vayan acorde a lo que proclamamos en las sesiones de promoción de cuidado a las mujeres del entorno social, familiar y laboral.
- ¿Es necesario que el autocuidado sea una impronta en los profesionales de enfermería? Por supuesto, es absolutamente necesario que el profesional de enfermería sea el ejemplo para la comunidad, debe ser un referente, por tanto es importante que las estudiantes de enfermería desde su formación se adhieran a la cultura del autocuidado.
- Qué estrategia se puede implementar para motivar a las estudiantes de enfermería a conocer más a profundidad las medidas de cuidado necesarias para el mantenimiento de la salud sexual y procreativa? En definitiva estrategias innovadoras, que sean llamativas para las jóvenes y adolescentes tardías, la tecnología y virtualidad resultan una herramienta fundamental, con el grupo de investigación se elaboraron videos, una cartilla, un blog y un aula virtual.
- Los docentes tenemos injerencia en la promoción del autocuidado en salud sexual y procreativa? Si, los docentes somos el ejemplo a seguir en muchos aspectos, no sólo en el rol profesional sino a nivel personal, como mujeres es fundamental que motivemos a las estudiantes en la gestión de su cuidado, porque el lenguaje no verbal, en nuestro caso el ejemplo, representa la vivencia de lo que quienes escuchan nuestros conceptos e indicaciones finalmente perciben como real, las palabras pierden sentido cuando no están acompañadas de acciones que las evidencien.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Bernardino Ambrosio Victoria - Hernández Santiago Sofía - López Olvera Fernanda - Orta Reyna Sofía Berenice - Pérez rosas maría de los ángeles, pasantes de la licenciatura en enfermería. fes iztacala – unam. cuidarte “el arte del cuidado”, volumen: 1 número 1 febrero 2012.
- (2) Diana Carolina Rubio león, descripción de la adopción de la conducta de la toma de la citología vaginal en una muestra de las mujeres bogotanas entre los 20 y 29 años mediante un modelo de aproximación de procesos a la acción saludables. Bogotá 2009.
- (3) lucia s. Tamayo a, María g. Chávez m, Liliana m. Henao f, cáncer de cuello uterino: más allá de lo que es; la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y colima (México), 2008.
- (4) César Guevara-Cuéllar, Claudia Guevara-Chaux, camilo medina, Soraya Mera Cerón, Luis Torres-Martínez, prevalencia de la toma de citología vaginal en estudiantes de una universidad pública de Colombia, Cali, 2007.
- (5) Patil v, Wahab sn, Zadpey s, Vasudeo nd. development and validation of risk scoring system for prediction of cancer cervix. indian j public health. 2006;50(1):38-42, consultado en http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol34_2_08/gin07208.htm consultado el 31 enero de 2017.
- (6) Centers for disease control and prevention, Workowski ka, berman sm. sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. mmwr recomm rep 2006; 55:1 consultado en http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/452/1/cabrera_aj.pdf consultado el 31 de enero de 2017.
- (7) Iñiguez ms, Toledo-Cisneros r, aguilara-delgadillo m. factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de zacatecas. Salud pública 2011.