XI Seminario de Investigación en Enfermería

"María Teresa Perdomo de Piñeros"

construyendo conocimiento y forjando historia.

Memorias

5 de mayo de 2017

Auditorio Jorge Gómez Cusnir

Hospital Infantil Universitario de San José

Organizó

Grupo Coordinador de Investigaciones

Semillero de Investigación RCUAE

Facultad de Enfermería - Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

FUCS

FACULTAD DE ENFERMERÍA

FUCS

SEMILLERO DE INVESTIGACIÓN RCUAE

Apoyó

HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO DE SAN JOSÉ

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD FUCS

Educación Continuada FUCS

Vigilada Mineducación

XI Seminario de Investigación en Enfermería
"María Teresa Perdomo de Piñeros"

Seminario de Investigación en Enfermería.
XI versión "María Teresa Perdomo de Piñeros". 2017
Edición N.2, mayo 2017
Bogotá D.C., Colombia
Periodicidad anual

ISSN:2539-1348
Facultad de Enfermería
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS

Editora
Lorena Mesa Melgarejo
Alexandra Castiblanco Montañez

Comité científico
Ana Julia Carrillo
Ligia Garzón Morales
Adriana Escobar
Fanny Moreno Rubio
María Victoria Triana
Sandra Milena Hernández
Lorena Mesa Melgarejo
Alexandra Castiblanco

Diseño
Diseño, impresos y publicaciones FUCS

Revisión de Estilo
Ana Julia Carrillo

Estas memorias recogen el resumen de cada una de las conferencias centrales, ponencias orales y presentaciones de poster de los grupos que participaron en el XI Seminario de Investigación en Enfermería "María Teresa Perdomo de Piñeros", desarrollado el 5 de mayo de 2017 en el Auditorio Jorge Gómez Cusnir del Hospital Infantil Universitario de San José, Bogotá, Colombia.

Organizado por la Facultad de Enfermería de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

Estas memorias están disponibles solo en medio digital y son de libre acceso: http://www.fucsalud.edu.co/seminarios/XI-Seminario-Investigacion-en-Enfermeria-MariaTeresa-Perdomo-de-Pineros

XI Seminario de Investigación en Enfermería

"María Teresa Perdomo de Piñeros"

construyendo conocimiento
y forjando historia.

Memorias

5 de mayo de 2017 / Auditorio Jorge Gómez Cusnir / Hospital Infantil Universitario de San José

Organizó

Grupo Coordinador de Investigaciones
Semillero de Investigación RCUAE
Facultad de Enfermería - Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

FUCS
FACULTAD DE ENFERMERÍA

FUCS
SEMILLERO DE INVESTIGACIÓN
RCUAE

Patrocinó

DIDACLIBROS LTDA.
Didácticos y Libros

Apoyó

HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO DE SAN JOSÉ

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD
FUCS

Educación Continuada
FUCS

Tabla de contenido

Presentación 5

Conferencias centrales 6

Ponencias orales 10

Presentaciones Póster 31

XI Seminario de Investigación en Enfermería
"María Teresa Perdomo de Piñeros"

Presentación

Las competencias para cada área de desempeño de la enfermería relacionadas con el cuidado a las personas exige dominio de conocimientos específicos y el desarrollo de habilidades para el razonamiento a partir de la evidencia científica.

El Seminario de investigación en enfermería, como evento científico está dirigido a estudiantes, egresados y profesionales de enfermería del ámbito clínico, gestor o académico que deseen, conocer los avances y las utilidades de la investigación en enfermería y su aplicación práctica en diferentes ámbitos de la profesión.

Lo anterior en línea con los que se viene promoviendo en la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud con relación al fortalecimiento de la investigación formativa, aplicada y el desarrollo de diferentes estrategias de fomento dirigidas a los estudiantes, profesionales y grupos de investigación.

Asimismo, la difusión de los resultados de investigación es parte vital del proceso de construcción de conocimiento y, por tanto, la FUCS incluye dentro de las líneas generales de la política de investigaciones una serie de estrategias locales para dinamizar la producción científica y la difusión de resultados que promuevan, faciliten y acompañen la generación de productos finales desde el área de Gestión de Conocimiento de la División de Investigaciones.

Para este año el Seminario se articuló con el área de Bienestar Universitario para convocar a los egresados de la Facultad de Enfermería que participaron activamente del XI Seminario y el Encuentro de egresados como espacios de actualización en temas de interés para el ejercicio profesional.

Además, este espacio permitió socializar experiencias y resultados de investigación, y de forma simultánea generar alianzas estratégicas entre la FUCS y los diferentes campos de desempeño profesional de los egresados y demás asistentes, mediante reuniones con los integrantes del Grupo de Investigación Perspectivas del Cuidado y otros grupos de la FUCS interesados en intercambiar ideas y explorar temas comunes para plantear proyectos conjuntos de investigación.

Agradecemos la participación en el XI Seminario de Investigación en Enfermería "María Teresa Perdomo de Piñeros"

Lorena Mesa Melgarejo
Coordinadora del XI Seminario de Investigación en Enfermería
Facultad de Enfermería
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Conferencias Centrales

XI Seminario de Investigación en Enfermería
"María Teresa Perdomo de Piñeros"

Cuidados Paliativos y al final de la vida: Análisis, tendencias y desafíos para Enfermería

Autora: *Sandra Milena Hernández Zambrano, Msc. en cuidados de salud para la promoción de la autonomía de las personas y la atención a los procesos de fin de vida. PhD. en Ciencias de la Salud. Profesora Facultad de Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS). Bogotá (Colombia)*

La necesidad de cuidados paliativos está aumentando a un ritmo acelerado debido al envejecimiento de la población mundial y al aumento en las enfermedades no transmisibles. Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se producen 54.6 millones de muertes en todo el mundo y la gran mayoría de es decir el 66%, se deben a enfermedades no transmisibles[1]. El número estimado de personas que necesitaron cuidados paliativos al final de la vida fue de 20,4 millones; la mayor proporción, es decir el 94% corresponde a adultos de los cuales el 69% son mayores de 60 años, el 25% tienen 15 a 59 años de edad y un 6% son niños[1].

El acceso a los cuidados paliativos es un derecho y es altamente eficaz para aliviar el sufrimiento físico, psicosocial y espiritual de las personas que viven afectadas por enfermedades que limitan sus actividades de la vida diaria, aumentando su calidad de vida hasta el final de sus días[1]. Sin embargo, millones de personas en todo el mundo no pueden acceder a este tipo de atención, lo que termina en sufrimiento grave e innecesario para los pacientes y sus familias.

Cuando conceptualizamos los cuidados paliativos es importante comprender que su filosofía supone una transformación con respecto al modelo biomédico que impera en la actualidad y concibe al enfermo terminal como una persona desahuciada. Tanto en la población adulta como en los niños, se deberían comenzar los cuidados paliativos en las fases tempranas del diagnóstico de la enfermedad, simultáneamente con los tratamientos curativos[2]. La transición de los cuidados curativos a paliativos es a menudo gradual, y debe basarse en las necesidades individuales de la persona, se estima que las personas tienen necesidades de cuidados paliativos antes y después del último año de la vida[2]. Por otro lado es imprescindible brindar atención paliativa en todos niveles de atención, los cuidados paliativos no se limitan a un entorno de atención, se proporcionan siempre que se realice el cuidado de la persona y su familia[3].

La enfermería tiene diferentes desafíos en el ámbito de los cuidados paliativos: a) Formación general y especializada; b) Generación y transferencia del conocimiento para comprender el cotidiano del paciente y su familia, identificar e implementar intervenciones basadas en la mejor evidencia y para medir la efectividad de las intervenciones enfermeras; c) Cuidados culturalmente sensibles, las experiencias interculturales aumentan el acervo disciplinar y proporcionan diferentes y creativas maneras de facilitar el proceso de muerte: d) Enfoque multidisciplinario; e) Crecimiento disciplinar a través de la apropiación y construcción de modelos y teorías enfermería.

Palabras clave: Cuidados Paliativos, Enfermería, Derecho a Morir.

Referencias Bibliográficas

1. *Baxter S Baxter S, Beckwith SK, Clark D, Cleary J, Falzon D, Glaziou P. et al. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Worldwide Palliative Care Alliance; 2014.*
2. *Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08*
3. *Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos. Madrid: SECPAL; 2012.*

Estigma y salud mental

Autor: Herazo, Edwin. Instituto de Investigación del Comportamiento Humano

Hablar de estigma en salud mental es algo que se considera inherente al campo de la salud mental. Sin embargo, la presencia del estigma puede transformarse en una palabra sin significado si no conlleva transformaciones en los profesionales del campo de la salud mental, las instituciones, las estructuras sociales, políticas y económicas y en las personas. Tradicionalmente se ha estudiado el estigma como parte de un continuo que incluye el prejuicio y la discriminación como expresión final del proceso, siendo que en realidad suceden en simultánea (Campo-Arias & Herazo, 2015).

Entre los griegos, el estigma se usó para denotar características corporales o morales que se consideraban negativas. Posteriormente, con la aparición del cristianismo, se denominó estigma a las marcas en la piel que mostraban la naturaleza divina. En el contexto médico se utilizó para indicar los signos físicos de algunas enfermedades (Arboleda-Flórez, 2008; Goffman, 2010 {1963}). El estigma entra en un círculo vicioso, al convertirse en causa y consecuencia de la exclusión social y se constituye en la principal barrera de acceso a los servicios de salud mental (Campo-Arias, Oviedo & Herazo, 2014). Principalmente existen tres tipos de características que predominan en la configuración del estigma: las características físicas, los atributos de la personalidad consideradas negativas, como la deshonestidad, consumo de sustancias, etc.; y aquellas que incluyen atributos grupales como raza, religión u origen (Arboleda-Flórez, 2008; Goffman, 2010 {1963}).

El prejuicio implica una impresión, negativa o positiva, sin base en la experiencia, en relación con un una persona o grupo de personas, una antipatía emocional hacia algo o alguien que se basa en una generalización falsa e inflexible que es difícil de modificar con un nuevo conocimiento o experiencia (Stuart, Arboleda-Flórez, & Sartorius, 2012). El prejuicio brinda soluciones prefabricadas o estereotipadas a los problemas disímiles que muestra la realidad, simplifica la realidad y excluye la complejidad de los humanos y de las diferencias evidentes que presentan las personas con una sola característica en común, dentro de los distintos grupos culturales, raciales, religiosos, etc. (Collo, & Sessi, 2001).

Las personas que reúnen criterios para trastornos mentales muestran características fácilmente identificables, bien como manifestación 'primaria' del trastorno o 'secundaria' relacionada con efectos indeseados de la medicación. Muchas personas califican estos trastornos como una 'debilidad' de la personalidad, 'anormalidad', amenazante o peligroso. En la mayoría de los contextos culturales, los trastornos mentales se consideran una amenaza real dado que generan temor. Asimismo, mientras las personas con enfermedades 'físicas' contraen o sufren una enfermedad; las personas que reúnen criterios para trastornos mentales, son la enfermedad, es su identidad, 'esquizofrénico', 'depresivo' u 'obsesivo' (Stuart, Arboleda-Flórez, & Sartorius, 2012).

El estigma, el prejuicio y la discriminación implican un evento negativo más, un estresor en las personas con trastorno mental (Meyer, 2003). La presencia de estigma en la sociedad invita a la negación del diagnóstico formal de un trastorno mental, por lo que es frecuente que las personas oculten los síntomas de los trastornos hasta que el malestar el muy severo y la disfunción evidente.

En definitiva, vencer el estigma es entender que sólo una perspectiva comprehensiva permitirá construir una mejor sociedad.

Referencias Bibliográficas

Arboleda-Flórez, J. (2008). The rights of a powerless legion. In: Arboleda-Flórez, J., & Sartorius, N. Understanding the stigma of mental illness: Theory and interventions. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd. p. 3-17.
Campo-Arias, A., & Herazo, E. (2015). El complejo stigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. Revista Colombiana de Psiquiatría, 44, 244-250.
Campo-Arias, A., Oviedo, H., & Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. Revista Colombiana de Psiquiatría, 43, 162-167.
Collo, P., & Sessi, F. (2001). Diccionario de la tolerancia. Bogotá: Grupo Editorial Norma. p. 135-154.
Goffman, E. (2010) {1963}. Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu Editores. p. 13-14.
Meyer, I. H. (2003). Prejudice as stress: conceptual and measurement problems. American Journal of Public Health, 93, 262-265.
Stuart, H., Arboleda-Flórez, J., & Sartorius, N. (2012). Paradigms lost. Fight stigma and the lessons learned. New York: Oxford University Press, Inc. p. 3-19.

Huellas en la vida de las mujeres tras una interrupción voluntaria del embarazo

Autora: *Alexandra Castiblanco M,* Carolina Gamba,** Alexandra Alarcón.***
**Enfermera-Candidata a Maestría en Salud Pública. UNAL. Instructora asistente. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS. **Estudiante de enfermería. VII semestre. FUCS*

Palabras clave: aborto legal, experiencia de vida, mujeres.

Introducción: la legalización del aborto amparada en la Sentencia C-355 de 2006, es un fenómeno con escasa socialización y desconocimiento en la sociedad colombiana. Está justificado cuando las malformaciones hacen imposible la vida extrauterina siendo esta la causal de mayor solicitud.

Objetivo: comprender las implicaciones de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y el proceso de atención en la vida de las mujeres que optan por este procedimiento en casos de gestación con malformaciones fetales incompatibles con la vida.

Metodología: Estudio Cualitativo fenomenológico interpretativo. Se incluyeron diez mujeres que interrumpieron la gestación ante el diagnóstico de malformación congénita incompatible con la vida, mayores de 18 años y que desearon hablar abiertamente. El muestreo fue por conveniencia y el tamaño de la muestra se determinó por saturación de la información. Se efectuó un análisis interpretativo. Se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas de la Resolución 8430 de 1993 para estudios de bajo riesgo.

Resultados: En total se incluyeron diez mujeres con una edad promedio de 31 años con 22 semanas en promedio de gestación al momento de la IVE. Los datos recolectados se organizaron en tres categorías finales: Decidirse por la IVE, Dilatación de la IVE, y Viviendo la interrupción.

Conclusiones: Es necesaria una sensibilización que reconstruya los conceptos alrededor de la IVE bajo cualquier causal y la importancia de la atención a las mujeres garantizando los principios bioéticos fundamentales para el ejercicio de cualquier profesional en salud.

Ponencias orales

XI Seminario de Investigación en Enfermería
"María Teresa Perdomo de Piñeros"

Satisfacción del paciente y su familia: un reflejo de la relación enfermera - persona

Autor: Julián Eduardo Gómez Leal*
* Magister En enfermería, Docente Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia y docente de la especialización en Enfermería de urgencias de la facultad de Enfermería de la Fundación Universitaria de ciencias de la salud.

Palabras clave: Atención de Enfermería, Urgencias, cuidado, Interacción, queja.

Introducción: El cuidado de Enfermería emerge a partir de una relación establecida entre personas que tienen la necesidad de ser cuidadas y personas que desean cuidar. Se desarrolla a partir de la comunicación, la interacción y de intentar comprender al otro como perteneciente a un entorno, que determina sus reacciones, sus motivaciones y sus necesidades (1).

La primera en hablar de la relación Enfermera-persona fue Hildegard Peplau quien definió la Enfermería como un proceso significativo, terapéutico e interpersonal, que hace posible la salud de los individuos (2).

En el actual modelo de seguridad social Enfermería debe preocuparse por estudiar la calidad del cuidado, a través de la percepción de los pacientes, con el fin de generar un cambio en la práctica del cuidado (3). La calidad del cuidado es definida como la forma en que se orienta la acción de enfermería para prestar una ayuda eficiente a la persona, familia y comunidad (4).

Este proyecto se centra en la relación enfermera –persona, como uno de los factores generadores de quejas en el servicio de urgencias de una IPS de alta complejidad de Bogotá D.C (5).

En la Mayoría de IPS del país, Enfermería corresponde a más del 51% del total de la nómina, siendo el departamento con mayor número de funcionarios y responsable de un número importante de quejas por actitud.

Un estudio colombiano reporto que los indicadores más bajos de satisfacción estaban relacionados con la cantidad y calidad de la información brindada por las enfermeras al paciente y sus familias. Además concluyo que existe una relación directa entre el grado de satisfacción de los usuarios con la atención de enfermería (6).

Objetivo: Aumentar la satisfacción del usuario del servicio de urgencias de una IPS de alta complejidad de Bogotá, con el cuidado de enfermería, a partir del fortalecimiento de la relación enfermera(o)-paciente, basada en la teoría de Hildegart Peplau.

Metodología: Se utilizó la estrategia del marco lógico, identificando el problema central, causas y consecuencias del mismo, con el fin de proponer una intervención que diera solución a dicho problema. La intervención se denominó "Cuidado de enfermería basado en la comunicación, asertividad y oportunidad bases de la Relación enfermera-paciente" y tuvo tres objetivos:

Proporcionar información al paciente relacionada con el cuidado de enfermería de forma completa, oportuna, cordial y entendible.

Responder de manera oportuna y asertiva a las necesidades de cuidado de los pacientes. Establecer el plan de cuidado de enfermería de egreso para los pacientes como parte de la atención en el servicio de urgencias de la IPS.

Resultados: La intervención permitió disminuir en un 76% las quejas del personal de enfermería clasificadas como "Observaciones relacionadas con actitud de funcionario.

Posterior a la intervención los pacientes reportaron mejores niveles de satisfacción con el cuidado de enfermería recibido, basado en la calidad de la información, el trato cordial y prontitud en la resolución de necesidades.

Los pacientes y sus familias evaluaron de forma positiva los planes de egreso elaborados Enfermería, como una estrategia que disminuye la ansiedad generada por las dudas y las complicaciones.

Conclusiones: Se demostró la utilidad de la teoría de Hildegart Peplau, para la resolución de un problema propio del cuidado de enfermería como es la Relación Enfermera-Paciente.

Fortalecer la relación enfermera paciente mejora la percepción de los pacientes y sus familias sobre el cuidado de enfermería.

La práctica de enfermería basada en la aplicación sistemática de teorías propias de la disciplina mejora la calidad del cuidado.

Referencias Bibliográficas

1. *Gómez J, López L. Expectativa de cuidado de enfermería que tienen las personas en diferentes ámbitos de cuidado. Revista Colombiana de Enfermería. Vol. 12, 2016.*
2. *Bropy, G., Carey, E. Enfermería Psicodinàmica, en Marriner, A. Modelos y Teorías de Enfermería, tercera edición. Harcourt Brace, Pág. 325-333*
3. *Torres, C. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados, Revista Avances en enfermería Vol. XXVIII Pág. 98-110 año 2010.*
4. *LEY 266 del 5 de febrero de 1996 Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 42.710.*
5. *ORGANIZACIÓN SANITAS INTERNACIONAL. Clínica Reina Sofía. Reporte mensual de quejas relacionadas con la atención de enfermería. Comunicación interna. Año 2016.*
6. *Pérez D, Calidad de la atención y su Satisfacción. Servicio de Urgencias Médicas. 2009. Revista Ciencias Holguín, Año XVII, Enero-marzo, 2011, disponible en http://cienciahlg.idict.cu/index.php/cienciasholguin/article/viewFile/641/772, consultado el 12 de Marzo de 2017.*

Humanización de los Servicios de Salud

Autor: *Ardila Rodríguez Helena Mercedes,* Tatiana Abril Mora**, Angélica María Deaza López**, Julieth Carina Sabogal Martínez**, Pedro Ignacio De Castro Nally**.*
**Enfermera. Especialista en Gerencia en salud. Docente Facultad de Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Coordinadora del Centro de Atención Amable y Segura. Hospital de San José de Bogotá. Colombia. E-mail: hmardila@fucsalud.edu.co . **Estudiante de Enfermería. Facultad de Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.*

Palabras clave: humanización, trato digno, relación médico paciente, empatía, comunicación asertiva.

Introducción: La Humanización de los servicios de salud se concibe como uno de los aspectos más relevantes durante la atención sanitaria, dado que concibe la atención integral del paciente en sus dimensiones bio- sico-sociales, para garantizar la identificación y atención de las necesidades más sentidas del paciente y familia, teniendo en cuenta una comunicación clara completa y oportuna , manteniendo relaciones de respeto y buen trato de todos los que intervienen en la atención, en un entorno cálido y seguro. Donde se asegure el respeto por los derechos del paciente y se garantice el cumplimiento de sus deberes como usuario de los servicios de Salud.

Objetivo: Describir el proceso de sensibilización hacia la humanización del personal de los servicios de atención del HSJ.

Metodología: Se realiza una revisión de los temas relacionados con la humanización de los servicios de salud, y aquellos que fortalecen las habilidades de los profesionales de salud, para brindar una atención centrada en el usuario, con el fin de diseñar un programa de capacitación que incluyera temas del direccionamiento estratégico del hospital, aspectos básicos que ayuden a brindar una atención humanizada y temas de interés derivados de las vivencias del día a día, así mismo se adecua la información según grupo ocupacional, para facilitar la comprensión y motivar la participación del personal en este tipo de capacitaciones, finalmente se diligencia un boletín que incluye temas claves vistos en la capacitación para favorecer la recordación y mensajes de reflexión , que incluye mencionar el compromiso con el cambio de comportamientos y desarrollo de habilidades propias del profesional que se deben fomentar, con el fin de sensibilizar y procurar una atención humanizada.

Resultados: El total de población fue de 292 personas, el 82,17% corresponde al personal médico de las 19 especialidades y el 17,80 % que corresponden a otro tipo de participantes dentro de los cuales se contempló a enfermeras, auxiliares administrativo, auxiliares de enfermería, tecnólogos del servicio de radiología y fisioterapeutas. Con una buena participación de los asistentes a través de charlas y presentaciones sobre humanización que incluían cuestionarios y socialización de estrategias, logrando una percepción frente a la capacitación del personal médico, del 70 % receptivo un 20% fue indiferente y el otro 10 fue negativo. Conclusiones: El proceso de acreditación impulsa a los servicios de salud a mejorar en aspectos importantes como lo es la humanización, fomentando la implementación modelos de atención integral al paciente, desde la formación, capacitación y entrenamiento del personal de salud, para dar respuesta a las necesidades cada vez más complejas de los usuarios en el actual modelo de salud, así como la educación al paciente y familia para favorecer un entorno de respeto y confianza, que favorezca el proceso de atención, y recuperación. De igual forma se evidencia como aspecto positivo, el compromiso del área asistencial, en la implementación de estrategias para promover la cultura de la humanización de los servicios en el Hospital de San José.

La musicoterapia como una herramienta de cuidado holístico dirigida a adultos y personas mayores hipertensos del Programa Crónicos, en una Institución de Salud - del Primer Nivel de Atención: Bogotá D.C., 2017.

Autores: Claudia Cabrera O*. Luis A. Daza C**. Sabogal Martínez**, Pedro Ignacio De Castro Nally**.
*Profesora Universidad Manuela Beltrán. claudia.cabrera@docentes.umb.edu.co . **Profesor e investigador Universidad Manuela Beltrán. luis.daza@docentes.umb.edu.co

Introducción: La Hipertensión Arterial (HTA) es uno de los problemas de salud pública más importantes en la actualidad, a nivel mundial es la primera causa de morbilidad y mortalidad en el mundo. Se estima que cerca del 20% de la población mundial está afectada por la hipertensión (Kumar, 2013). Teniendo en cuenta que la HTA hace parte de las Enfermedades Crónicas No trasmisibles (ECNT), se han implementado diferentes estrategias para el control y mantenimiento de la misma, entre ellos el Programa de Crónicos de una IPS de la Red Pública de Bogotá D.C.

En dicho Programa, la musicoterapia ocupa una posición trascendente, toda vez que esta se desarrolla como un Acto de Cuidado, donde las Profesionales, los estudiantes y docentes de Enfermería como un ejercicio humanístico transformador tanto de la práctica, como de quien cuida y de quien es sujeto de cuidado (Fawcett, J. 2005), a través la restauración, el mantenimiento y acrecentamiento de la salud tanto física como mental de la persona hipertensa crónica (Peraza C, E. 2003; de Oliveira, CR.; & Brandao, PC. 2009; Palma, J. 2013).

Objetivo: Describir el desarrollo de la musicoterapia en adultos y personas mayores con hipertensión arterial del programa de crónicos.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo- cualitativo, de tipo auto-etnográfico (Green, J.; & Thorogood, N. 2004). Durante febrero, marzo, y abril de 2017, se realizaron talleres de educación para la salud, soportados en actividades de musicoterapia a adultos y personas mayores con HTA, inscritos al Programa de Crónicos. Se desarrolló un total de 30 talleres, a 150 usuarios (en sesiones de 20 minutos, con una frecuencia quincenal de aplicación, por tres meses).

Ejercicios de respiración, relajación, complementada con velas y aromaterapia fueron ejecutadas. Se registrarón por escrito diarios de campo como instrumento de recolección de los datos en el trabajo de campo.

Resultados: La Musicoterapia desarrollada en conjunto con la Aromaterapia, tiene una enorme capacidad para potenciar las respuestas terapéuticas en aquellos pacientes con HTA, en términos de fortalecer la adherencia al manejo farmacológico, así como en la mejora auto/perceptual de la salud física, mental y emocional.

Conclusiones: Fue común identificar después de la realización de talleres educativos con musicoterapia, que los asistentes refirieron sentir relajación, paz interior y liberación de emociones. Se requieren diseños de investigación que correlacionen estas intervenciones con la evolución de la HTA en un escenario de prevención terciaria de la enfermedad.

Referencias Bibliográficas

1. *Fawcett, J. Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories. 2nd Ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2014. Cap 16: Watson's Theory of Human Caring; p. 553-585.*
2. *Green, J.; & Thorogood, N. Qualitative Methods for Health Research. 1st Ed. London: SAGE publications Ltd. 2004. Cap 6. Observational methods; p. 131-154.*
3. *Kumar, J. (2013). Epidemiology of hypertension. Clinical Queries: Nephrology. 2(2): 56 – 61. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211947713000162*
4. *Palma. J.C. Módulo: Musicoterapia. [internet]. 1ra Edición. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Carrera de Educación Musical. 2003. [citado 2017 marzo 30]. 389 p. Disponible en: ftp://ftp.puce.edu.ec/Facultades/CienciasEducacion/ModalidadSemipresencial/Musicoterapia-Johana%20Palma.pdf*
5. *Peraza C, E.; & Zaldívar P, DF (2003). La musicoterapia un nuevo enfrentamiento al estrés y la hipertensión arterial. Revista Cubana de Psicología. 20(1): 10-22. http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v20n1/02.pdf*
6. *Zanini, CRO.; Brandão V, JPC.; Salgado, CM.; Nunes, MC.; Urzêda, FLD.; Carvalho, MVC.; et al. (2009). El efecto de la musicoterapia en la calidad de vida y en la presión arterial del paciente hipertenso. Arq. Bras. Cardiol. 93(5): 534-540. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2009001100015&script=sci_arttext&tlng=es*

Herramientas para la evaluación de la gestión de residuos hospitalarios

Autores: Diego Fernando Betancur*, Santiago Toro**, Nelly Rocío La Rotta***, Luz Dary Valderrama Charry****
*Estudiante de Enfermería Fundación Universitaria del Área Andina. Semillero Pensamiento Ambiental- Grupo de Investigación. GUANACO vinculados al proyecto de Buenas Practicas de Cultura Ambiental Hospitales Verdes.
**Estudiante de Enfermería Fundación Universitaria del Área Andina. Semillero Pensamiento Ambiental- Grupo de Investigación. GUANACO vinculados al proyecto de Buenas Practicas de Cultura Ambiental Hospitales Verdes.
***Estudiante de Enfermería Fundación Universitaria del Área Andina. Semillero Pensamiento Ambiental- Grupo de Investigación. GUANACO vinculados al proyecto de Buenas Practicas de Cultura Ambiental Hospitales Verdes.
**** Enfermera Universidad del Rosario. Bogotá. Magister en Educación. Universidad Militar Nueva Granada. Programa de Enfermería. Fundación Universitaria del Área Andina. Bogotá. Docente coordinador asesor

Introducción: Los residuos hospitalarios tienen un impacto directo sobre la salud pública y el medio ambiente puesto que son portadores de enfermedades e infecciones. El pensamiento ecológico y los nuevos parámetros de la ciencia verde obligan a implementar medidas que reduzcan el riesgo de infección y el impacto negativo en el medio ambiente, tal como afirman los expertos participantes de la Conferencia de Hospitales Verdes en la capital de Nepal (Kathmandu, 2014), los productos y las tecnologías utilizados en el sistema de salud han contribuido al deterioro del medio ambiente por la producción de grandes cantidades de sustancias peligrosas.

En la actualidad existen alrededor del mundo varios modelos, guías y normativas para la separación de residuos hospitalarios en la fuente, su recolección, almacenamiento y posterior eliminación (Fernández & Sánchez, 2007; Karliner & Guenther, 2011; Rivas, 2011; Ordóñez, 2000; Rodríguez, 2000; Uribe & Arboleda, 2015; Castro & Verbel, 2011).

Sin embargo, se evidencia que hacen falta normativas que regulen adecuada realización de estas prácticas en los centros de salud.

Por lo cual se hace necesario generar herramientas para la evaluación al tratamiento de los residuos hospitalarios, desde el momento de su generación hasta el momento de su eliminación, con el fin de asegurarse de la correcta manipulación de los residuos de acuerdo a los lineamientos establecidos.

Objetivo: Obtener pautas para la generación de herramientas de evaluación y control de procesos de gestión de residuos hospitalarios.

Método: Recopilación documental y una revisión bibliográfica de fuentes primarias y secundarias. Esta búsqueda se realizó a través de las bases de datos ProQuest, Ebrary, Scielo, BVS (Biblioteca Virtual en Salud), ScienceDirect, EBSCOhost, PubMed Central y Schoolarpedia.

Resultados: Se encontraron escasos artículos alrededor de la temática y la mayoría de las investigaciones en las cuales se llevaron a cabo evaluaciones de gestión de residuos dieron resultados no completamente satisfactorios en cuanto al conocimiento de los lineamientos para llevar a cabo las prácticas.

Conclusión: Se hace necesario crear herramientas para la evaluación de las prácticas de gestión de residuos en hospitales para garantizar la sujeción a los lineamientos de las políticas ambientales y reducir el efecto negativo en el ecosistema.

Palabras clave: herramienta de evaluación, gestión de residuos, residuos hospitalarios, hospitales verdes, medio ambiente.

Inteligencia emocional en los estudiantes de instrumentación quirúrgica y su relación con el rendimiento académico

Autores: Sandra Catalina Guerrero Aragón*, Ángel Alberto García Perdomo**, Andrea Karine Rodríguez***
*Psicóloga, Facultad de Ciencias Sociales Administrativas y Económicas, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud FUCS. Estudiante de maestría en Neuropsicología y educación. Instrumentadora quirúrgica, Facultad de instrumentación quirúrgica, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud FUCS. Especialista en docencia universitaria, Universidad Militar Nueva Granada UMNG. Consultor Mindfulness en salud y educación, Escuela española de desarrollo Transpersonal. Coordinador de investigación, Facultad de instrumentación quirúrgica. Profesor
**Instrumentador quirúrgico, Facultad de instrumentación quirúrgica, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud FUCS. Estudiante especialización en Gerencia en salud. Instructor asistente, Facultad de instrumentación quirúrgica.
***Semillero grupo SIQUID. Estudiante de Instrumentación quirúrgica. Diplomada en inteligencia emocional. Facultad de instrumentación quirúrgica, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud FUCS.

Introducción: Introducción: Los seres humanos tienen cambios en las reacciones y comportamientos influenciados por lo emocional, afectando el bienestar mental y físico del individuo (1). La inteligencia emocional se define como "la capacidad de regular los sentimientos, las emociones propias y la de los demás, de comprender y discriminar entre ellos" (1-5). Por otro lado, el rendimiento académico es una expresión de las capacidades desarrolladas en el proceso de enseñanza y aprendizaje (6), y puede estar influenciado por los factores volitivos, afectivos y emocionales generando en el estudiante estados de estrés y ansiedad afectando su vida personal y académica. (7)

Autores como Couto-Cabral (9) y Goleman (5), refieren que la inteligencia humana va más allá de los aspectos cognitivos e intelectuales y está influenciada por el contexto y el aprendizaje. Bermúdez, Teva & Sánchez (10), concluyen que a mayor inteligencia emocional mayor bienestar psicológico asociado a un mayor autocontrol emocional y conductual.

Por lo tanto, se busca determinar la correlación de la inteligencia emocional en los estudiantes de práctica integral I del programa de instrumentación quirúrgica de la FUCS a partir de la prueba Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) frente a su rendimiento académico.

Objetivo: Determinar la correlación entre la inteligencia emocional de los estudiantes de práctica I de instrumentación quirúrgica con la aplicación de la prueba Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) y el rendimiento académico.

Metodología: Se realizó una correlación de Pearson y Spearman. La población fueron estudiantes de la facultad instrumentación quirúrgica de la FUCS. La muestra fue por conveniencia. La prueba fue aplicada por un tercero que no pertenecía al programa, entrenado por los investigadores. Los investigadores recolectaron el promedio académico sin conocer la identidad de los participantes. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Seres Humanos del Hospital de San José – FUCS.

Resultados: Participaron 58 estudiantes. La edad promedio fue 21.3 (DE: 1.9), el 77.6% (n=45) fueron mujeres. Se evaluó la normalidad de las variables con la prueba de Shapiro Wilk. La puntuación de la correlación de Pearson hasta V semestre (teoría) no mostró relación en claridad de sentimiento (p: -0.13) y reparación emocional (p: 0.04); en atención emocional hay una mínima relación (p: 0.28). En la correlación de Spearman con el promedio del grupo en VI semestre (práctica clínica) no mostró correlación en claridad de sentimientos (p: -0.02) y reparación de sentimientos (p: -0.03); en atención emocional hay una mínima relación (p: 0.26).

Conclusiones: La inteligencia emocional puede incidir no solo en lo académico sino en la empatía, el liderazgo y las relaciones interpersonales. Dentro del estudio se identificó

que a pesar de que la TMMS-24 es una prueba validada, puede variar de acuerdo a la profesión y el tipo de personalidad. Se sugiere en estudios similares evaluar la personalidad de los participantes.

Referencias Bibliográficas

1. *Moure P, Pino D. De lo psicologico a lo fisiologico en la relacion entre emociones y salud. Revista psicologica cientifica.[Internet]. 2011. [citado el 18 de noviembre de 2015];17: Disponible en:http://www.psicologiacientifica.com/relacion-emociones-y-salud/*
2. *Mayer JD, Roberts RD, Barsade SG. Human Abilities Emotional Intelligence. Annual Review of Psychology. Jun 2008;59: 507-536.*
3. *Salovey P, Mayer J. Emotional Intelligence. Imagination, Cognition and Personality. 1990;9(3):185-211.*
4. *Boyatzis E, Goleman D, Rhee K. Clustering competence in emotional intelligence: Insights from the Emotional Competence Inventory (ECI). 1 ed. Cleveland;1999.*
5. *Goleman D. Inteligencia emocional. 67 ed. Madrid: Kairos; 1996.*
6. *Erazo O. El rendimiento académico, un fenómeno de múltiples relaciones y complejidades. Revista vanguardia psicológica. 2012; 2 (2): 144-173*
7. *Reyes YN. Relación entre el rendimiento académico, la ansiedad ante los exámenes, los rasgos de personalidad, el autoconcepto y la asertividad en estudiantes del primer año de psicología de la UNMSM [Tesis] [Lima]; Universidad nacional mayor de San Marcos, 2003*
8. *Petrides KV, Frederickson N, Furnham A. The role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant behavior at school. [Internet]. 2004. Elseiver. [citado 2016 ene 15]; 36: 277-293. Disponible en: http://www.psychometriclab.com/admins/files/paid%20(2004)%20-%20t_ei.pdf*
9. *Couto-Cabral S. Desarrollo de la relacion entre inteligencia emocional y los problemas de convivencia. 1 ed. Madrid: Vision libros; 2011:211.*
10. *Bermúdez M, Teva I, Sanchez A. Análisis de la relación entre inteligencia emocional estabilidad emocional y bienestar psicologico. Universidad Psicologica. 2003;2(1):27-32.*
11. *Fernandez P, Extremera N, Ramos N. Valdity and reliability of the Spanish modified version of the Trait meta-mood scale. Psychological reports. 2004;94: 751-755.*

Caracterización de los errores de medicación desde la perspectiva de los trabajadores de la salud de Empresas Sociales del Estado de II nivel de atención del departamento del Tolima 2014

Autoras: Gina Bibián Rodríguez Dulcey*, Yasmith De Los Ríos Bermúdez**
*Enfermera - Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Gerencia de Instituciones de Seguridad Social en Salud - Universidad Santo Tomas. Magister en Salud Pública - Universidad de Antioquia en Convenio Universidad del Tolima. Docente Educación a Distancia Universidad del Tolima. Asesora en Gestión de la Salud Pública Municipios del Tolima. Correo electrónico: gbibianrd@gmail.com.
**Enfermera – Universidad del Tolima. Especialista en Administración Hospitalaria - Escuela de Administración de Negocios en convenio Universidad del Tolima. Especialista en Auditoria y Garantía de la Calidad en Salud - Escuela de Administración de Negocios en convenio Universidad del Tolima. Magister en Salud Pública - Universidad de Antioquia en Convenio Universidad del Tolima. Estudiante 3er semestre Maestría en Administración de Empresas de Salud - Escuela de Administración de Negocios en convenio Universidad del Tolima. Directora Programa Enfermería Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad del Tolima. Docente de Cátedra Programa Enfermería FCS UT - Salud Mental y Gestión en Salud. Integrante Grupo de Investigación Indaguemos Salud - FCS UT.
Correo electrónico: ydlriosb@ut.edu.co enfermeria@ut.edu.co

Introducción: Investigar a cerca de los errores de medicación, se han convertido en un tema de interés desde la salud pública por su impacto a nivel social, económico, político y cultural, que trasciende las barreras de las instituciones de salud y se ve notoriamente influenciado por políticas internacionales y por el enfoque predominante hegemónico que se ha utilizado para explicar su ocurrencia.

Objetivo: Caracterizar los errores de medicación desde la perspectiva de los trabajadores de la salud de Empresas Sociales del Estado de II nivel de atención del departamento del Tolima.

Metodología: Esta investigación es cualitativa, con técnicas de teoría fundada, basada en el discurso y en las experiencias de sus protagonistas siendo la base metodológica de este enfoque la comunicación. El muestreo teórico se hizo para orientar la búsqueda de la información que permitiera la construcción de categorías que dieran cuenta de la caracterización de los errores de medicación desde la perspectiva de los trabajadores de la salud que participaban en el proceso de manejo de medicamentos.

Resultados: Se llegó a la identificación de cuatro categorías subsidiarias que aportan a la comprensión de la caracterización: *Política de seguridad del paciente: estrategia de abordaje en los errores de medicación, *Errores de medicación: resultados de procesos institucionales influenciados por factores sociopolíticos, culturales y económicos, * Identificación del error de medicación: responsabilidad de actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, * Conocimientos y prácticas de los trabajadores de la salud asociados a los riesgos en el proceso de manejo de medicamentos. Estas cuatro categorías convergen en una categoría central: Comportamientos de los trabajadores en el proceso de manejo de medicamentos: resultado de la formación y la ética profesional.

Conclusiones: Se concluye que predomina el enfoque hegemónico en la caracterización de los errores de medicación desde la perspectiva de los trabajadores de la salud, a partir de su formación así como, en las políticas públicas del Sistema de Salud Colombiano.

El contexto social en el que ocurren los errores de medicación, se relaciona con los actores internos definidos como los involucrados en cada una de las etapas del proceso de manejo de medicamentos; así como, con los actores externos siendo las instituciones que influyen en la formulación de políticas locales, departamentales, nacionales e internacionales para el manejo de medicamentos.

Los comportamientos de los trabajadores de la salud asociados a los errores de medicación se derivan de la acción – interacción principalmente por el reconocimiento institucional a través de las políticas de seguridad del paciente, la participación comunitaria, identificación de las creencias y articulación de actores internos y externos.

Es un reto necesario desarrollar desde la salud colectiva la transformación cultural en los trabajadores de la salud acorde a las necesidades, intereses y perspectivas de los mismos, de los pacientes y la población, que permitan superar la mirada de la salud y los medicamentos centrada en lo biológico, al servicio de la acumulación de capital y del control social.

Factores de riesgo exógenos relacionados con la infección de sitio operatorio.

Autores: Mayra Samara Ordoñez Diaz*. Katherine Lizeth Martínez Barajas*.
*Docente de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Magister en Administración en Salud. *Estudiante de Instrumentación Quirúrgica de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

Palabras clave: Infección de herida operatoria, infección hospitalaria, epidemiología, factores de riesgo, seguridad del paciente. (Decs)

Introducción. A través del tiempo el hombre mediante la investigación y avances en medicina, ha luchado por controlar y eliminar organismos patógenos que puedan llegar a causar infección. Dichos organismos pueden llegar a encontrarse dentro del área quirúrgica, sin embargo, se debe comprender la importancia de su ausencia tanto en el entorno como en los tejidos del paciente. Las infecciones son una de las posibles consecuencias de la presencia de microorganismos, las cuales afectan la salud de quienes son colonizados. (1)

De acuerdo con la OMS, las Infecciones Asociadas A la Atención Sanitaria son aquellas contraídas en el ambiente hospitalario donde durante el ingreso, o algún proceso intrahospitalario, el paciente adquiere algún microorganismo que afecta su salud y deteriora su calidad de vida. Dichas infecciones conllevan aspectos tales como: mayor estancia hospitalaria, costos, tiempo de incapacidad para el paciente y resistencia a antibióticos.(2)

La Infección del Sitio Operatorio (ISO) considerada como la segunda infección más frecuente se define como una infección desarrollada posterior a un procedimiento quirúrgico.(1) El factor de riesgo se define entonces como una característica o rasgo que pone en exposición el aumento de la posibilidad de sufrir una lesión y en este caso una ISO. Se conocen los factores de riesgo endógenos y exógenos, siendo los endógenos propios del paciente y posiblemente controlables mediante el cuidado médico, y los factores exógenos que no dependen del paciente, sino de las características del entorno o personal de salud y son posibles de controlar por el instrumentador quirúrgico, llevando a cabo procesos de asepsia y antisepsia teniendo en cuenta los protocolos que maneje cada institución.(4)

Objetivo. Identificar y determinar los factores de riesgo exógenos que contribuyen en la infección del sitio operatorio durante la intervención en salas de cirugía por medio de una revisión de la literatura.

Metodología. Se realizó una búsqueda bibliográfica, periodo de tiempo de junio a septiembre de 2016 incluyendo estudios primarios observacionales descriptivos y analíticos publicados, donde se evaluaban factores de riesgo de infección del sitio operatorio; y excluyendo aquellos sin información sobre ISO, sin cumplimiento de aspectos bioéticos, invalidez científica o información básica incompleta; cada estudio seleccionado fue analizado mediante Resumen Analítico de Educación (RAE) y posteriormente recolectando información más relevante en una matriz.

Resultados. La muestra final de los estudios seleccionados para este trabajo fue de 50 artículos. Donde se destacaron factores de riesgo como: Rasurado, lavado de manos, localización y tipo de cirugía, soluciones antisépticas, perforación de guantes, suturas y apósitos.(3,5)

Conclusiones: En esta revisión se encontró, que las infecciones de sitio quirúrgico se presentan por varios factores, principalmente exógenos y endógenos, siendo los exógenos generadores de gran impacto en cuanto al aumento de costos y estancia hospitalaria influyendo en el deterioro de la calidad de vida del paciente, pudiéndose controlar con buenas prácticas, vigilando el entorno quirúrgico, y reduciendo así

el índice de infección. El instrumentador quirúrgico en Colombia se desempeña como líder en vigilancia del cumplimiento de protocolos y procesos, disminuyendo los factores presentes causales de infección postoperatoria en algún procedimiento quirúrgico.

Referencias Bibliográficas

1. *Montse M, Sabate A, Kreisler E, Dalmau A, Camprubi I, Trenti L, et al. Incidencia de la infección de la herida quirúrgica en cirugía colorrectal electiva y su relación con factores perioperatorios. 2012;90:376-81.*
2. *Carvajal R, Londoño A. Factores de riesgo e infección del sitio quirúrgico en procedimientos de cirugía ortopédica con prótesis. 2012;29:395-400.*
3. *Lee F; Shen P; Jou I; Li C; Hsieh J. A population - Based 16- Year study on the risk factors of surgical site infection in patients after bone grafting. Medicine Observational Study. 2015.94(47).*
4. *Donoso T, Villanueva J, Araya I, Yanine N. Riesgo de infección del sitio quirúrgico, según tiempo operatorio en cirugía maxilofacial mayor limpia contaminada: estudio observacional analítico. Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral. 2015;8(3):5.*
5. *David A, Rincón-Valenzuela, Escobar V. Manual de práctica clínica basado en la evidencia: preparación del paciente para el acto quirúrgico y traslado al quirófano. Revista Colombiana De Anestesiologia. 2014;43:32-50.*

Factores que influyen negativamente durante la administración de medicamentos.

Autores: Buitrago, Carmen Yaneth,* Navas Fonseca Paola Andrea,** Villamil Forero Kelly Johana **.
*Enfermera. Especialista en Gerencia en salud. Instructora asociada. Facultad de Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Coordinadora de Urgencias. Hospital de San José de Bogotá. Colombia. E-mail: cybuitrago@fucsalud.edu.co
**Enfermera. Facultad de enfermería. Fundación Universitaria de ciencias de la Salud.

Palabras clave: Farmacovigilancia, vías de administración de medicamentos, pharmacovigilance, Nursing care, administration routes

Introducción: La administración de medicamentos (AM) es una de las actividades que requiere mayor responsabilidad en la práctica del profesional de enfermería; para llevar a cabo dicha labor es necesario adquirir a lo largo de su formación habilidades, conocimientos y destrezas teniendo en cuenta que esta acción representa riesgos importantes para el profesional y el paciente.

Objetivo: Identificar los errores más habituales durante la administración de medicamentos reportados por la literatura científica comprendida entre los años 2003 al 2015.

Metodología: Se realizó una revisión de la literatura incluida en las bases de datos Ebsco Host, Pubmed, Revista Scielo, Biomed central, Clinical key, nursingovid Medline y CINAHL , de las cuales se incluyeron los artículos relacionados con el objeto de estudio encontrados con las ecuaciones de búsqueda elaboradas con los términos DeCS y MeSH: Farmacovigilancia, Drogas, Vías de administración de medicamentos, pharmacovigilance, drugs, nursing care, administration routes respectivamente, y los operadores boléanos incluidos fueron: AND y OR . Los artículos en total fueron 42, para los cuales se utilizaron tres filtros de selección, por medio de estos se descartaron 3 por resumen y 2 por cuerpo completo. Finalmente quedaron 37 artículos que aportaban realmente al objetivo de la revisión. De ellos 21 artículos cuantitativos y 16 cualitativos. Se seleccionaron 3 idiomas, 28 artículos en inglés, 6 artículos en español y 3 artículos en portugués. Para el análisis se utilizó la metodología deductiva basada en las temáticas emergentes de Consuelo hoyos.

Resultados: En total se encontraron 37 artículos que aportaban al objetivo de la revisión. Las Temáticas emergentes fueron: factores relacionados con el profesional de enfermería y factores relacionados con las instituciones de salud.

Conclusiones: La reducción de errores de administración de medicamentos se puede lograr teniendo en cuenta las percepciones de las enfermeras acerca de los factores externos e internos que condicionan el proceso de administración de medicamentos en unidades hospitalarias.

El proceso de parto cultural, una necesidad

Autores: Ariadna Angarita*, Yuly Torres*, Jenny Poveda*.
*Fundación Universitaria del Área Andina. Programa de Enfermería

Palabras clave: Transcultural nursing, Birth, cultural birth

Introducción: Desde hace varios años, en diferentes países se viene manifestando la necesidad de retomar el parto humanizado, se habla de la desmedicalización del trabajo de parto como la opción de volver a lo natural; el problema nace cuando la interpretación del parto natural se confunde con un parto vaginal, teniendo en cuenta que el término va mucho más allá, consiste en un parto basado en la humanización, siendo importante el enfoque en aspectos culturales de cada mujer. El parto es una experiencia única e importante en la vida de cada mujer, esperando ser una experiencia positiva. Es un proceso fisiológico normal necesario para dar a luz, pero es vivido y experimentado de forma diferente, influenciado por las creencias culturales.

Objetivo: Identificar el fenómeno del parto cultural en diferentes culturas mediante revisión de artículos de investigación.

Metodología: revisión sistemática cualitativa. Se realizó búsqueda de artículos en bases de datos como ebsco, ovid, pubmed, science direct, scopus. Al realizar la búsqueda con cuidado transcultural como palabras claves, se obtienen muchos resultados de artículos de investigación pero con fenómenos diferentes, no se encontraron muchos artículos para el proceso de parto desde el cuidado transcultural.

Conclusión: Es necesario implementar cuidados de enfermería desde la transculturalidad, siendo importante reconocer las diferencias culturales y creencias en la atención del parto para proporcionar bienestar y satisfacción.

Experiencia de una Estrategia diferenciadora para el cuidado prenatal en el contexto de la Atención ambulatoria.

Autores: Javier Alonso Bula Romero*.
* Enfermero del Área Materno-Perinatal, MSc en Enfermería. Candidato a PhD en Enfermería UN. Docente Universidad de Córdoba.

Introducción. El control prenatal es la principal pauta que los organismos de salud ofrecen a las mujeres en embarazo para garantizarles una gestación supervisada, que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo. (1-4)

Con el fin de promover una atención centrada en las gestantes y sus familias, el Hospital Chapinero E.S.E. diseñó e implementó en 2015 una Estrategia Diferenciadora para el cuidado prenatal en el contexto de la atención ambulatoria denominada: La gestación: Un compromiso con la vida.(5)

Objetivo. El objetivo de esta experiencia de la práctica de enfermería fue Diseñar e implementar una estrategia para el cuidado prenatal con el fin de realizar detección oportuna y diagnostico precoz de alteraciones durante el proceso de gestación, Promoviendo una atención humanizada, centrada en los derechos de la gestante y su hijo por nacer, contribuyendo a mejorar la calidad de la atención prenatal.

Metodología. La Estrategia Diferenciadora fue diseñada y desarrollada en el marco de la política de calidad Institucional(6) para ofrecer un servicio diferenciador para la atención de las gestantes y sus familias.

La primera fase de desarrollo de esta esta propuesta fue la Conceptualización del modelo de atención prenatal y descripción de los ejes sobre los cuales se estructura la estrategia diferenciadora (7) La gestación un compromiso con la vida los principios que guían el desarrollo de la estrategia,(8) así como los resultados esperados a partir de su implementación.

En segunda instancia se definieron los Pasos para la implementación de la estrategia diferenciadora en el marco del modelo de la atención prenatal (9) y los indicadores de uso para evaluar la adherencia a las actividades del control prenatal (10). Esta fase incluyó la designación formal de un equipo de trabajo multidisciplinario capaz de liderar el proceso de desarrollo y ejecución de la estrategia.

En el componente estratégico, el profesional de enfermería fue el encargado de liderar los procesos asistenciales del cuidado prenatal y la gestión del cuidado de la mujer en gestación, garantizando la coordinación de la atención con los otros miembros del equipo interdisciplinario para brindar una atención prenatal integral, integrada y continuada.

Resultados. La estrategia permitió mejorar el indicador de captación temprana de los embarazos de la población adscrita al Hospital; el incremento de este indicador fue de un 30%, porcentaje significativamente mayor al reportado en el periodo anterior. En promedio, las gestantes se realizaron 8 controles prenatales, incluyendo las intervenciones grupales realizadas por los profesionales de enfermería y por el profesional del área de ginecoobstetricia.

Los procesos de atención ambulatoria relacionados con el cuidado prenatal mostraron menor fragmentación del cuidado, mejorando los resultados obstétricos y perinatales de la población gestante del Hospital de Chapinero.

Conclusión. La Estrategia Diferenciadora permitió complementar las actividades realizadas en la consulta de control prenatal, favoreciendo el desarrollo de consultas grupales e intervenciones multidisciplinarias, también facilitó el empoderamiento de las familias gestantes haciéndolas partícipes de la atención prenatal.

Referencias Bibliográficas

1. *Ministerio de salud y Protección social 2013. Guía de práctica clínica para la detección de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Disponible EN: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/.../Guía.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf.*
2. *Ministerio de salud y Protección social & Fondo de Población de las Naciones UNFPA 2014. Protocolo para la atención de enfermería en el cuidado de la mujer gestante. Disponible EN: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/.../SM%20-Protocolos-de-enfermeria.pdf.*
3. *Secretaria Distrital de salud. Guía de cuidado de enfermería en el control prenatal -EBE -2015 www.saludcapital.gov.co/.../Guas%20de%20 cuidado%20de%20enfermera/Guia%20pdf.*
4. *Ministerio de salud, Republica de Colombia. Resolución 412/2000 Norma técnica para la detección Temprana de complicaciones del embarazo. Disponible EN: https://www.minsalud.gov.co/.../norma-tecnica-para-la-deteccion-temprana-embarazo.pdf.*
5. *Estrategia diferenciadora para la atención prenatal. La gestación: un compromiso con la vida. Convenio interadministrativo 1177 -2015 Secretaria Distrital de Salud – Hospital Chapinero E.S.E Junio – Diciembre 2015. Disponible EN: esechapinero.gov.co/*
6. *Política de calidad Hospital Chapinero E.S.E. Documento de referencia institucional. Disponible EN: esechapinero.gov.co/*
7. *Estrategia diferenciadora para la atención prenatal. La gestación: un compromiso con la vida. Hospital Chapinero E.S.E Ejes de la estrategia diferenciadora convenio interadministrativo 1177 -2015 Secretaria Distrital de Salud – Hospital Chapinero E.S.E Junio – Diciembre 2015 Disponible EN: esechapinero.gov.co/*
8. *Estrategia diferenciadora para la atención prenatal. La gestación: un compromiso con la vida. Hospital Chapinero E.S.E Principios de la estrategia diferenciadora convenio interadministrativo 1177 -2015 Secretaria Distrital de Salud – Hospital Chapinero E.S.E Junio – Diciembre 2015. Disponible EN: esechapinero.gov.co/*
9. *Estrategia diferenciadora para la atención prenatal. La gestación: un compromiso con la vida. Hospital Chapinero E.S.E Junio – Diciembre 2015. Disponible EN: esechapinero.gov.co/*
10. *Fondo de Población de las Naciones UNFPA 2014. Protocolo para la atención de enfermería en el cuidado de la mujer gestante. Disponible EN: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/.../SM%20-Protocolos-de-enfermeria.pdf.*

Administración de antibióticos y aparición de infección del sitio operatorio en apendicectomía, Colombia

Autores: Javier Alonso Bula Romero*.
* Enfermero del Área Materno-Perinatal, MSc en Enfermería. Candidato a PhD en Enfermería UN. Docente Universidad de Córdoba.

Introducción: La infección del sitio operatorio (ISO) es una complicación frecuente de las apendicectomías que se asocia con mayor morbilidad. Se desconoce el papel del momento de inicio de administración de los antibióticos en este grupo de pacientes.

Objetivos: Determinar asociación entre tiempo administración antibióticos profilácticos y aparición de infección de sitio operatorio (ISO) en pacientes a quienes se les realizó apendicetomía en un hospital Bogotá, Colombia.

Metodología: Estudio observacional analítico de cohortes. Los pacientes fueron seguidos de forma prospectiva a 15 y 30 días de realizado el procedimiento teniendo en cuenta las definiciones de ISO del CDC. Se analizó la asociación con aparición de ISO y variables como escalas NNIS, SENIC, ASA, grupo etario, tiempo cirugía, transfusiones, tiempo aplicación de antibiótico profiláctico, uso previo o post operatorio de antibióticos, tipo herida y género a través de análisis bivariado y se realizó una regresión logística multivariada con desenlace ISO con las variables que tuvieran mayor peso ($p < 0,05$) en el análisis bivariado.

Resultados: 1245 pacientes fueron incluidos, con una incidencia de ISO de 8.4%. Uso de antibiótico en 94% de los pacientes. El antibiótico administrado en menos de 30 minutos previo a la incisión tuvo diferencias estadísticamente significativas en el análisis bivariado (RR= 0.44 IC 95% 0.20 – 0.96). El análisis multivariado mostró asociación con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en las siguientes variables: edad, duración mayor de 2 horas, puntaje de ASA de 2 o superior, herida contaminada y sucia. El tiempo de inicio de antibiótico no tuvo asociación con ISO en el modelo multivariado.

Conclusiones: Los factores de riesgo para ISO tradicionalmente postulados fueron establecidos en el presente estudio, pero el tiempo de administración no estuvo asociado como factor determinante e individual para desarrollar ISO. Las infecciones de sitio operatorio siguen siendo un problema de salud pública que requieren medidas de prevención, control y mitigación.

Buenas prácticas en seguridad del paciente sobre administración de medicamentos en quimioterapia en los servicios de Oncohematología pediátrica.

Autores: Luis Antonio Daza Castillo* Laura Nathalia Bayona Rodriguez** Jorge Ivan Gonzalez Gomez***
*Docente e Investigador vinculado Programa de Enfermería - Universidad Manuela Beltrán. luis.daza@docentes.umb.edu.co **Profesional de Enfermería. Universidad Manuela Beltrán. nathalia.bayona86@gmail.com ***Profesional de Enfermería. Universidad Manuela Beltrán. gogomivan@gmail.com

Palabras clave: Gestión de la Seguridad (Safety Management) - Quimioterapia (Drug Therapy) - Enfermería Práctica (Nursing, Practical) - Neoplasias (Neoplasms) - Practica Institucional (Institucional Practice).

Introducción. Si bien existe en la normatividad colombiana elementos jurídicos que obligan al desarrollo de una práctica clínica segura, centrada en el desarrollo y sostenimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud - SOGCS (1), pocos abordajes se evidencian en dicha normatividad, respecto a líneas de acción específicas a la administración segura de las terapias dedicadas al tratamiento del cáncer.

Dadas las recomendaciones halladas en literatura externa al contexto colombiano (principalmente guías de práctica clínica), se esbozan los elementos clave centrales al desarrollo de buenas prácticas en la administración de la quimioterapia. Se relacionan los aportes teóricos de Jean Watson (2), enfocados al desarrollo del cuidado humanizado, como fundamento único posible de una relación transpersonal que potencie la relación enfermera - paciente, y que haga posible la experiencia sanadora.

Objetivo. Caracterizar las buenas prácticas en la administración segura de medicamentos en quimioterapia en los servicios de Oncohematologia pediátrica, a través de una revisión narrativa de la literatura.

Metodología. Se desarrolló una revisión narrativa de la literatura desde la perspectiva metodológica de la Estrategia PICO (Pregunta / Intervención / Comparación / Resultados). Posteriormente se hace una descripción detallada de los resultados, y una triangulación teórica sobre datos cualitativos derivados de entrevistas semiestructuradas realizadas a dos actores de enfermería relacionados al problema de estudio (3).

Resultados. Existe un amplio desarrollo conceptual acerca de la gestión de calidad en salud, concentrada principalmente en los procesos de auditoría interna, y de la aplicación de guías y protocolos de atención, sin embargo la evidencia asociada al contexto colombiano dista de los desarrollos a nivel mundial, los cuales recomiendan desarrollar planes de cuidado específicos, la gestión de educación continuada, el desarrollo de equipos de farmacovigilancia, y la implementación de nuevas tecnologías de control asociadas a la historia clínica (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10).

Conclusiones. Los principales elementos que caracterizan y fundamentan una administración segura de medicamentos antineoplásicos, se relacionan con el desarrollo de modelos de gestión de calidad, auditoría interna, vigilancia y gestión de calidad; y desarrollo e implementación de estándares, procesos, y guías.

Las prácticas más seguras, necesarias para la administración de la quimioterapia en un servicio de Oncohematologia Pediátrica son: el desarrollo de planes de cuidado específicos; la Educación continuada; el desarrollo de Equipos Interdisciplinarios de Farmacovigilancia; la óptima distribución de Número de Enfermeros por Paciente; y la continuidad a los estándares usuales de práctica segura, (entre otros).

Referencias Bibliográficas

1. *República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social. 2008. [Internet]. 52 p. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf*
2. *Watson, J. Nursing: the philosophy and science of caring. Denver: University Press of Colorado. 2008. 337 p.*
3. *da Costa S, CM.; de Mattos P, CA.; & Cuce N, MR. Estrategia pico para la construcción de la pregunta de investigación y la búsqueda de evidencias. Rev Latino-am Enfermagem. 2007. [Internet]; 15(3): 4 pantallas. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/es_v15n3a23.pdf*
4. *Carreño, D.; Dueñas, JA.; Sánchez, JO.; Bermúdez S, CD.; & Mesa, M. Errores en la formulación de quimioterapia. Rev Colomb Cancerol. 2014, [Internet]; 18(4): 179–185. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0123901514000614*
5. *Gibson, F.; Shipway, L.; Aldiss, S.; Hawkins, J.; King, W.; Parr, M.; et al. Exploring the work of nurses who administer chemotherapy to children and young people. European Journal of Oncology Nursing. 2013. [Internet]; 17(1): 59-69. Disponible en: http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889(12)00007-5/pdf*
6. *Neuss, MN.; Polovich, M.; McNiff, K.; Esper, P.; Gilmore, TR.; LeFebvre, KB.; et al. 2013 Updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards Including Standards for the Safe Administration and Management of Oral Chemotherapy. Oncology Nursing Forum. 2013. [Internet]; 40(3): 225-233. Disponible en: https://www.ons.org/sites/default/files/2013chemostandards.pdf*
7. *Canadian Association of Nurses in Oncology (CANO) / Association Canadienne des Infirmierès en Oncologie (ACIO). National Strategy For Chemotherpy Administration. Vancouver, BC: Canadian Association of Nurses in Oncology (CANO). 2011. [Internet]; 30 p. Disponible en: https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=156524*
8. *Canadian Association of Nurses in Oncology (CANO) / Association Canadienne des Infirmierès en Oncologie (ACIO). Standards and Competencies for Cancer Chemotherapy Nursing Practice Toolkit. Vancouver, BC: Canadian Association of Nurses in Oncology (CANO). 2012. [Internet]; 30 p. Disponible en: http://www.cano-acio.ca/~ASSETS/DOCUMENT/CANO_NSCA_Toolkit_ENG_Oct%202012_Nov%2026_V2(1).pdf*
9. *OMS. La Investigación en Seguridad del Paciente. Organización Mundial de la Salud. 2008. [Internet]. p. 11. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf*
10. *Avirama, M.; Velazco, A.; Gómez, J.; & Garcés, W. Efectos de los incidentes y eventos adversos en el Hospital nivel uno de Piendamo, Cauca, durante el primer periodo del año 2011, analizados mediante el método AMFE. [Tesis de Especialización; Internet]; [Bogotá, Colombia]; Universidad EAN. 2012. 130 p. Disponible en: http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/1841/AviramaMonica2012.pdf?sequence=5.*

Caracterización de riesgos asistenciales en un hospital de IV nivel

Autores: Angela Agudelo*. Yeimy Angélica Barbosa Pardo**. Laura Catalina Bohórquez Pantoja**.
*Instructor Asociado FUCS. Facultad Enfermería.
**Estudiantes de Enfermería VIII semestre. FUCS

Palabras clave: Gestión del Riesgo, Probabilidad, Impacto, Riesgos asistenciales, Caracterización de Riesgos.

Introducción: La Gestión clínica excelente y segura, tiene como meta minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud (1). Por otra parte, la gestión del riesgo se refiere al conjunto de principios y metodologías para la administración eficaz del riesgo, contribuyendo en la capacidad institucional de autocontrol y autoevaluación (2); su finalidad es proteger la vida y la salud de los usuarios, favoreciendo el cumplimiento de objetivos institucionales. Las instituciones que trabajan para alcanzar estándares superiores de calidad, consideran como eje trazador la Gestión del Riesgo, con el objeto de "encontrar el balance entre beneficios, riesgos y costos" (1).

Objetivo: Analizar y evaluar los riesgos asistenciales de un hospital de IV nivel de complejidad para el año 2016.

Metodología: Se organizaron equipos de trabajo con participación de líderes de enfermería. Se empleó la metodología de la Guía de administración del riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública –DAFP-, basada en la Norma Técnica ISO 31000, que evalúa la probabilidad e impacto de los riesgos y permite semaforizarlos. De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993, se establece que esta investigación sin riesgo, ya que no involucra directamente a seres humanos como sujetos de investigación para su desarrollo. Por tanto no se lleva consentimiento informado, ni tratamiento de datos para los usuarios.

Resultados: Se identificaron 60 riesgos asistenciales y se evaluaron 47. El 55% de riesgos se encontraron en el proceso de Prestación de servicios medico quirúrgicos; el 36% en el proceso de apoyo diagnóstico y terapéutico y, finalmente un 8% en el proceso de evaluación del servicio.

Se encontró que la mayoría estaban en un nivel alto de probabilidad e impacto, lo que implica reducirlos o evitarlos según las recomendaciones de la metodología (3). Todo esto se documentó en un sistema de información automatizado, que permitió la generación de un Mapa de Riesgos.

Una vez definidos los controles para mitigar el riesgo y determinada su efectividad, el nivel de riesgo disminuyó, pasando a ser residual; los planes de mejora se enfocaron en la definición y actualización de protocolos, evaluación de adherencia a los mismos, capacitación al personal asistencial, auditorías y seguimiento a indicadores.

Conclusiones: La participación de líderes de enfermería en el análisis y la gestión de los riesgos, en coordinación con otros profesionales de la salud, permite el enfoque integral y el aseguramiento de la calidad de atención a los usuarios.

La gestión del riesgo de los procesos asistenciales se enfoca especialmente en evitar los eventos adversos y en garantizar la seguridad del paciente, buscando el balance entre beneficios, riesgos y costos.

La mayoría de riesgos, en una institución de IV nivel de complejidad, se califican en nivel alto de probabilidad e impacto, por lo que el tratamiento de los riesgos, debe buscar reducirlos ó evitarlos.

Es importante contar con herramientas sistematizadas que permitan la administración y tratamiento del riesgo de manera dinámica, generando sistemas de alerta para el cumplimiento de los controles y los planes de mejora definidos.

Referencias Bibliográficas

1. *Gaviria U.A. Resolución 02082 de 2014. Ministerio de Salud y Protección Social. [Internet]. 2014: Bogotá. [Citado 20 o4 2017]. Disponible en: en: http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Documents/Resoluci%C3%B3n%202082%20de%202014.pdf*
2. *Palacio B.D. Decreto 1011 de 2006. Ministerio de la Protección Social. [Internet]. 2006. [Citado 13 Junio 2016]: 1-4. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf*
3. *Rodríguez T.E., Trujillo J.L., Arango M.P. Guía para la Administración del Riesgo. Departamento administrativo de la función pública DAFP. [Internet]. 2011. [Citado 13 Junio 2016]: 15-17-19. Disponible en: http://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506911/1592.pdf/73e5a159-2d8f-41aa-8182-eb99e8c4f3ba*

Cuidando al Cuidador

Autores: Helena Ardila*, Daniela Carreño Herrera**, Viviana Badillo Carranza***, Carolina Erazo Gomez****.
*Enfermera Centro de Atención Amable y Segura (CAAS). Hospital de San José de Bogotá **Estudiante Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia. Email: dcarreno@fucsalud.edu.co
***Estudiante Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia. Email: pvbadillo@fucsalud.edu.co ****Estudiante Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia. Email: jcerazo@fucsalud.edu.co

Palabras clave: Cuidadores, Autocuidado, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, sobrecarga.

Objetivo. Identificar los intereses de educación del cuidador, con el fin de ajustar la cartilla informativa para el cuidador principal del paciente hospitalizado en el Hospital de San José. Metodología. Estudio descriptivo de corte trasversal que tuvo como propósito principal modificar la cartilla educativa para cuidadores. La recolección de los datos de realizó en el Hospital de San José en el mes de diciembre del año 2016 a 52 cuidadores principales, identificados mediante la encuesta de necesidades y expectativas dirigida por el CAAS teniendo en cuenta los criterios de inclusión, a esta población se aplicó una segunda encuesta para seleccionar los temas de interés en educación para el cuidador.

Resultados. Se identificaron cuidadores en mayor proporción de pacientes adultos mayores con enfermedad crónica en los servicios de hospitalización, así como cuidadoras de sexo femenino entre los 40-50 años; entre las temáticas elegidas se encontraron derechos como cuidador, consejos de autocuidado, señales de sobrecarga, consejos para evitar el estrés y la ansiedad y movilización de paciente, finalmente se modifica la cartilla con la información adquirida. Conclusiones: la participación de los cuidadores en la elección de las temáticas permitió crear un material práctico fácil de entender y recordar, que permita a los cuidadores interesarse en su autocuidado además de ser fundamental la creación y promoción de nuevas estrategias de educación innovadora tanto para el paciente y su cuidador.

Presentaciones poster

XI Seminario de Investigación en Enfermería
"María Teresa Perdomo de Piñeros"

Narrativa de Enfermería: Un Análisis Profundo Desde la Experiencia Clínica

Autores: Katerine Esther Ospina Narváez*, Keydis Sulay Ruydiaz Gómez**, Guillermina Saldarriaga Genes***
*Estudiante Escuela de Enfermería de la Universidad del Sinú, Elías Bechara Zainúm - Seccional Cartagena. Integrante del semillero SINENFER, Mail: Kathina369@gmail.com **Enfermera, Magister en Enfermería con énfasis en cuidado a las personas y colectivo, Coordinadora de investigaciones Escuela de Enfermería Universidad del Sinú, Elías Bechara Zainúm, Seccional - Cartagena. Integrante Grupo de investigaciones CUIDADO A LA VIDA Y LA SALUD, Mail: keydiruidiazg@gmail.com ***Enfermera, Magister Gerencia del talento Humano, Directora Escuela de Enfermería Universidad del Sinú Elías Bechara Zainúm, Seccional - Cartagena. Integrante Grupo de investigaciones CUIDADO A LA VIDA Y LA SALUD, Mail: guillerminasg2101@gmail.com

Descripción de la situación

En una institución clínica, al iniciar la ronda de enfermería, entramos a la habitación 309; en esos instantes todos sentimos una sensación, algo inexplicable. Me preguntaba como un paciente tan pequeño, de tan corta edad se encontraba en semejante condición degenerativa, parálisis cerebral era el diagnóstico de Esteban* Observé que él, se encontraba en brazos de su madre, tenía la mirada fija, soporte de oxígeno, Esteban*, se notaba intranquilo, ansioso, con un poco de dificultad respiratoria, al ver la condición del niño, le pregunte a la madre "¿Necesita que le ayudemos?, ella respondió "tranquilos, es normal que él se me ponga así, yo lo se manejar".

Allí sentí con su expresión que el dialogo es importante para comprender el quehacer de enfermería brindar cuidado y apoyo en situaciones difíciles.

Análisis de los patrones de enfermería

Patrón empírico: Duran[1], cita que el conocimiento empírico se apoya en una competencia científica para hacer practica de enfermería fundamentada en teoría. El conocimiento se expresó mediante la orientación del cuidado hacia la madre, luego de conocer su patología, se evidenció mediante la competencia profesional los conocimientos y la formación académica del enfermero en instituciones clínicas que han favorecido su práctica.

Patrón estético: El arte se presenta, según Burbano[2], como una forma ingeniosa, creativa y nueva para cuidar con adecuada técnica, motivación, razón y espíritu; se tuvo la proximidad de verbalización de manera delicada, atenta y fina expresando por parte de nosotros gestos y actos de apoyo.

Patrón personal: Con la escucha y la presencia física y moral, se identificó la necesidad de la mamá de Esteban*, necesidad que en ese momento para ella, significa tener bienestar, allí entendimos, el comportamiento de la mamá al formar la pared de hielo ofrecimos confianza.

Patrón ético: Se comprendió la situación de enfrentamiento a un evento desconocido (Parálisis Cerebral) como experiencia individual en la madre; se tuvo en cuenta los valores éticos y los principios de la responsabilidad deontológica de la Enfermería en Colombia.

Abordaje teórico: Modelo de la adaptación de Sor Callista Roy. El modelo de Sor Callista Roy contiene cinco elementos esenciales el paciente, meta de la enfermería (adaptación al cambio), salud, entorno, dirección de las actividades de enfermería.[3]

Se evidencia como las necesidades inmediatas del niño, la movilidad y el proceso degenerativo de la enfermedad lo lleva a depender de su cuidador principal, la madre de Esteban*, adopta una posición de adaptación a cambios presentados por la enfermedad que contextualizan la aceptación familiar.

* Nombre modificado para mantener la confidencialidad del paciente y familia

Referencias Bibliográficas
1. *Duran M. La ciencia, la ética y el arte de Enfermería a partir del conocimiento personal. Aquichán, 2005 oct; 5(1): 86-95*
2. *Burbano C. una Mirada actual de la simbología en enfermería. Colomb Médica. 2007; 38(4(supl 2)): 105-9.*
3. *Phillip KD, Blue CL, Brubaker KM, Fine JM, Kirsch MJ, Papazian KR, et all. Modelo de la Adaptación. En: Marriner Tomey A, Alligoog MR. Modelos y teorías de enfermería. 4ª. ed. Madrid: Ediciones Harcourt; 2000. p. 243-66.*

Manejo paliativo del dolor del paciente en hemodiálisis por parte del profesional de Enfermería

Autores: Sandra Milena Hernández Zambrano*, Alejandro Duque Pineda**, Johana Beatriz Galindo Infante**
*Profesora Facultad de Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS). Bogotá (Colombia)
**Estudiantes Especialización, Enfermería Nefrológica del Adulto. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS). Bogotá (Colombia)

Introducción: El dolor es uno de los principales síntomas en la Enfermedad Renal Crónica (ERC), que afecta la calidad de vida de los pacientes e interfiere con su capacidad funcional y capacidad de interactuar socialmente, aumenta la depresión, la ansiedad y los trastornos del sueño (1). Se estima que entre 50 a 63% de los pacientes en diálisis sufren de dolor crónico, y además expresan limitaciones en el tratamiento analgésico (2). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en las guías dialíticas existe escaso reconocimiento del dolor y el uso de la gama de analgésicos no está abierto por miedo a la toxicidad y falta de experiencia en este ámbito (2)(3). Además, los profesionales pueden generar barreras para el manejo eficaz del dolor debido a su falta de reconocimiento y comprensión del problema y a la mala comunicación con los pacientes (4). El empoderamiento de enfermería ante el manejo paliativo del dolor es vital para enfocar la gestión del cuidado. Cabe entonces preguntarse ¿Qué describe la literatura sobre los cuidados paliativos para el manejo del dolor del paciente en hemodiálisis por parte del profesional de enfermería?

Metodología: Se realizó una revisión integradora de la literatura en las bases de datos PubMed, Cochrane, CINAHL, CUIDEN Plus, Nursing@Ovid y Tripdatabase. Se diseñaron ecuaciones de búsquedas con los términos DeCS y MeSH: Palliative care, renal dialysis, hemodyalisis, chronic pain y nursing care que fueron combinados con los operadores booleanos AND y OR.

Se incluyeron artículos de investigación primaria y revisiones que abordaron aspectos sobre manejo paliativo del dolor en personas mayores de 18 años en hemodiálisis, publicados en español, inglés y portugués, en el periodo comprendido entre 2006 y 2017, accesibles a texto completo. Para valorar la calidad metodológica de los estudios se realizó lectura crítica utilizando la escala de Jadad (5) para Ensayos Clínicos Aleatorizados y las guías Caspe para los demás tipos de estudio. Los artículos incluidos en la revisión fueron analizados a través del proceso de Taylor y Bogdan adaptado por Amezcua y Gálvez (6). Dentro de las consideraciones éticas, se tuvo en cuenta lo dispuesto en la Ley 23 de 1982 sobre derechos de autor.

Resultados: Como producto de la búsqueda se seleccionaron 9 estudios, 4 corresponden a Ensayos Clínicos Aleatorizados, 2 estudios descriptivos de corte transversal y 3 estudios cualitativos. Los resultados se organizaron en 5 categorías que se describen en la tabla 1.

Conclusiones: Los estudios reflejan que el personal de enfermería tiene debilidades para el manejo del dolor en pacientes sometidos a hemodiálisis, no tienen claras las pautas analgésicas y no farmacológicas que se deben realizar. En este sentido, es importante favorecer la formación de los profesionales en cuidados paliativos, promover la información de guías clínicas basadas en la evidencia para el manejo del dolor y facilitar el tiempo para dedicar a las intervenciones evaluativas y acciones activas para mejorar el dolor.

La participación del paciente en la toma de decisiones y la comunicación efectiva influyen en el alivio del dolor.

Las medidas no farmacológicas como la musicoterapia, reflexología y la técnica de Benson, demuestran disminución del dolor.

Categoría	Principales resultados
Experiencia dolorosa	El estudio de Yodchai et al., informa que las personas sometidas a Hemodiálisis tienen tres tipos principales de dolor: físico, psicológico y social (7). Los pacientes expresan dolor crónico y severo, específicamente osteoarticular, calambres de las piernas, y síndrome de la pierna agitada, asociados con polineuropatía periférica y a los desequilibrios de calcio y fósforo (7)(8).Además manifiestan que no reciben tratamiento adecuado para sus síntomas (8)(9).
Valoración de experiencia dolorosa	Existen métodos fiables y válidos de evaluación del dolor que se basan en el autoinforme (7). Estas herramientas miden la intensidad y efecto del dolor y otros aspectos (10). Entre ellas encontramos la Escala Analógica Visual, Escala de Calificación Numérica y Escala de Calificación Verbal (10). Además, es importante comprender la experiencia dolorosa y analizar el nivel educativo y socioeconómico de cada paciente para determinar su autoeficacia en el manejo del dolor(10). La relación y comunicación enfermera-paciente es otro factor que influye en la valoración y manejo eficaz del dolor (7).
Factores que aumentan y disminuyen la tolerancia al dolor	La relajación promovida por la música, la aceptación de la enfermedad, el apoyo espiritual, social y psicológico y la comunicación efectiva, son factores que aumentan la tolerancia al dolor (7)(9)(10)(11). Por el contrario, el estrés, la depresión y el aislamiento de los pacientes cuando reciben comentarios negativos sobre su enfermedad, disminuyen la tolerancia al dolor (7).Cuanto mayor sea la edad de los pacientes, menor autoeficacia en el manejo dolor; la autoeficacia también se ve afectada por problemas de movilidad (10).
Tratamientos no farmacológicos para el manejo del dolor	Varios estudios exponen el esfuerzo por proporcionar medidas no farmacológicas para el control del dolor en pacientes sometidos a hemodiálisis. Adalet et al., realizó un estudio sobre el efecto de la música en complicaciones de la hemodiálisis encontrando disminución del dolor. Burrai et al., en su estudio demostró los efectos de la música de saxofón en vivo en la reducción del dolor y el mejoramiento del estado de ánimo de los pacientes (12).Ozdemir et al., evaluó el efecto de la reflexología en la fatiga, dolor y calambres, afirmando que los niveles de dolor disminuyeron al emplear esta técnica y que aumentó el control del dolor en la población (13). Además, detectó que especialmente las mujeres y los pacientes con niveles bajos de albúmina y Kt/V experimentan dolor más intensamente y que la aplicación de la reflexología puede recomendarse en este grupo de pacientes para reducir la gravedad del dolor (13). Rambod et al., en su estudio, evaluó el efecto de la técnica de relajación de Benson sobre dolor y calidad de vida de los pacientes demostrando reducción de la intensidad del dolor (14).
Factores que interfieren en los cuidados e intervenciones de enfermería para el alivio del dolor	Las enfermeras necesitan fomentar la participación activa del paciente y la toma de decisiones compartida en el tratamiento (15). Se ha demostrado que, si las enfermeras adoptan un enfoque activo comunicándose abiertamente con los pacientes sobre el dolor y dedicando tiempo específico y regular para la administración analgésica, es probable que se mejore el control del dolor (9). No obstante, uno de los estudios refleja la predominancia del modelo paternalista que favorece la toma de decisiones de forma pasiva, es decir que el profesional decide unilateralmente el tratamiento para el paciente (15). Además, la investigación de Manias et al., evidencia que los pacientes perciben que las enfermeras prefirieren realizar otras tareas de mayor prioridad que manejar el dolor (9). Otro de los factores que interfieren en el alivio del dolor es el conocimiento y formación de las enfermeras (9). Un estudio reveló que las enfermeras no están preparadas para tratar el dolor en personas con ERC y no tienen acceso a información específica para aliviar el dolor (9). En este sentido se propone el desarrollo de guías analgésicas y no farmacológicas que sean explícitas para los pacientes con ERC (9).

Referencias Bibliográficas

1. *Barakzoy A, Moss A. Efficacy of the World Health Organisation analgesic ladder to treat pain in End-Stage Renal Disease. J Am Soc Nephrol. 2006 Nov;17(11):3198-203. Citado por: Kafkia T, Chamney M, Drinkwater A, Pegoraro M, Sedgewick J. Pain in chronic kidney disease: prevalence, cause and management. J Ren Care. 2011 Jun;37(2):114-22.*
2. *Leiva J, Sánchez R, García H, Fernández M, Heras M, Molina A, et al. Cuidados de soporte renal y cuidados paliativos renales: Revisión y propuesta en terapia renal sustitutiva. Nefrología [internet]2012; 32:20-7(11065)[Consultado 2016 Sep 23]. Disponible en: m.revistanefrologia.com/es-publicacion- nefrologia-articulo- cuidados-soporte- renal-cuidados-paliativos- renales-revision- propuesta-terapia- renal-X0211699512000581*
3. *Narvaez M, Castañeda C, Shea G, Lozano J. Paciente con enfermedad renal: manejo del dolor.2015;14(6):335-341[internet]. [Consultado 2016 Nov 14]. Disponible en: http://creativecommons.org/licenses/by-nc- nd/4.0*
4. *Salisbury EM, Game DS, Al-Shakarchi I, Chan M, Fishman L, Tookman L, Brown EA. Changing practice to improve pain control for renal patients. Postgrad Med J. 2009 Jan;85(999):30-3. Citado por: Kafkia T, Chamney M, Drinkwater A, Pegoraro M, Sedgewick J. Pain in chronic kidney disease: prevalence, cause and management. J Ren Care. 2011 Jun;37(2):114-22.*
5. *Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJM, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary? Contr ClinTrials. 1996;17(1):1-12.*
6. *Amezcua M, Gálvez A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev. Esp. Salud Pública. 2002; 76(5).*
7. *Yodchai K, Dunning T, Savage S, Hutchinson AM, Oumtanee A. How do Thai patients receiving haemodialysis cope with pain? J Ren Care. 2014; 40(3): 205-215.*
8. *Claxton RN, Blackhall L, Weisbord SD, Holley JL. Undertreatment of symptoms in patients on maintenance hemodialysis. J Pain Symptom Manage. 2010 Feb;39(2):211-8.*
9. *Manias E, Williams A. Communication between patients with chronic kidney disease and nurses about managing pain in the acute hospital setting. J Clin Nurs. 2007 Nov;16(11C):358-67.*
10. *Zyga S, Alikari V, Sachlas A, Stathoulis J, Aroni A, Theofilou P, Panoutsopoulos G. Management of Pain and Quality of Life in Patients with Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis.Pain Manag Nurs. 2015 Oct;16(5):712-20.*
11. *Koca Kutlu A, Eren AG. Effects of music on complications during hemodialysis for chronic renal failure patients. Hemodial Int. 2014 Oct;18(4):777-84.*
12. *Burrai F, Micheluzzi V, Zito MP, Pietro G, Sisti D. Effects of live saxophone music on physiological parameters, pain, mood and itching levels in patients undergoing haemodialysis. J Ren Care. 2014 Dec;40(4):249-56.*
13. *Ozdemir G, Ovayolu N, Ovayolu O. The effect of reflexology applied on haemodialysis patients with fatigue, pain and cramps. Int J Nurs Pract. 2013 Jun;19(3):265-73.*
14. *Rambod M, Sharif F, Pourali-Mohammadi N, Pasyar N, Rafii F. Evaluation of the effect of Benson's relaxation technique on pain and quality of life of haemodialysis patients: a randomized controlled trial. Int J Nurs Stud. 2014 Jul;51(7):964-73.*
15. *Manias E, Williams A. Managing pain in chronic kidney disease: patient participation in decision-making. J Adv Nurs. 2008 Jan;61(2):201-10.*

Sujeción o administración de medicamentos en el paciente en condiciones de delirium en la unidad de cuidado intensivo.

Autores: Liliana Reina*, Griselys Tatiana Guzmán Barros**, Mauricio Nicolás Muñoz Quevedo**.
*Docente. Facultad de Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Lmreina1@fucsalud.edu.co
** Estudiantes. Especialización en cuidado crítico del adulto. Facultad de Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

Práctica habitual: Los pacientes que están hospitalizados en una unidad de cuidado intensivo presentan situaciones de agitación en las que se encuentran los pacientes en estados de delirium, debido al potencial riesgo para el paciente en afectar su condición física y su entorno, propicia la intervención de manera terapéutica. Basada en dos situaciones, la sujeción terapéutica como una práctica clínica o en otros casos la administración de medicamentos con efecto sedante o antipsicótico.

Situación del paciente: Por determinantes biopsicosocial del ser humano se ha considerado que ellos en algún momento de su vida presentan alguna alteración en el estado de la conciencia o el comportamiento. Los pacientes que se encuentran en las unidades de cuidado intensivo también son una población vulnerable a presentar dichas alteraciones que ocasionalmente no es de origen patológico.

Los pacientes con estancia prolongada, con medidas de preservación de un medio (aislamiento) y condiciones de edad avanzada son propensos a presentar estados de agitación y delirium. Estas características claras que se evidencian en una unidad de cuidado intensivo por su permanencia de larga duración a ámbitos solitarios en los que no estas involucrados frecuentemente la familia y la comunidad, por la falta de interacción con el medio externo en los que su relación con el espacio, el tiempo y a estados de orientación ante el manejo de su enfermedad (intubación despierta o manejo con sedación) afecta su estado clínico mental y comportamental.

Los pacientes que presentan estados de delirium o agitación se caracterizan en diversos estados en los que se da la autoagresión, agresividad a su entorno, empleo de vocablo coprolalico, desorientación, insomnio, etc. Lo cual es un desorden en el cual se encuentra expuestos los pacientes de unidad de cuidado intensivo.

Problema: No se ha determinado en la práctica clínica intervenciones beneficiosas en el abordaje del paciente que presenta estados de agitación o delirium.

Pregunta:¿Cuál es la mejor intervención para el paciente de UCI que se encuentra en estado de delirium?

Metodología: El abordaje de búsqueda se realizó en bases de datos clínicas y guías de manejo como National Guidelines Clearinghouse, Nice Guidance , Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud de España, Epistemonikos, Trip Data Base, Púbmed, CINAHL, CUIDEN, Y Cochrane con los siguientes términos MESH "cuidado crítico", "sujeción" "inmovilización" "sedación", "delirio" y "sedación profunda".

Resultados y conclusiones: En la búsqueda en la base de datos se encontraron 883 resultados de los cuales se depuraron por título 793 artículos arrojando un total de 96 documentos que se descartaron por resumen 40 artículos. En la búsqueda de artículos por texto completo se descartaron 2 de estos por no hallarse en texto completo y 5 por hallarse repetidos. Se realizó la revisión en total de textos completos en los cuales se realizó una lectura crítica implementando listas de chequeo (CONSORT, Declaración PRISMA y TREND) según el tipo de investigación.

Referencias Bibliográficas

1. *Gómez Urquiza JL, Hueso Montoro C, Reina Leal LM, Hernández Zambrano SM, Amezcua M (2014). ¿Cómo resolver dudas compartidas con el paciente? Publicación de recomendaciones clínicas basadas en evidencias. Index de Enfermería, 23(1-2), 90-94.*

Intervención profiláctica para disminuir el dolor del donante posterior a la nefrectomía.

Autores: Liliana Marcela Reina*, Luz Ángela Trejos**.
*Docente. Facultad de Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Lmreina1@fucsalud.edu.co
**Especialización en Enfermería Nefrológica del Adulto, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia.

Práctica habitual: Una alternativa para el trasplante renal es la cirugía con donante vivo, personas que en un acto altruista deciden donar a un ser querido uno de sus riñones. La técnica más usada es nefrectomía por laparoscopia, procedimiento doloroso actualmente no se emplea ninguna estrategia que ayude a evitar esta sensación de dolor.

Situación del paciente: La nefrectomía para trasplante renal es un procedimiento que afecta a un individuo sano sometido a una cirugía mayor, sin beneficio personal más que la satisfacción por la ayuda a un ser querido.

El dolor postoperatorio es multifactorial: Por la manipulación de órganos y separación de la reja costal, el paciente permanece tiempo prolongado en la misma posición, se insufla gas en el abdomen para obtener acceso a la cavidad retroperitoneal. Esto ocasiona el retraso en la recuperación del peristaltismo, elevación de presión intra-abdominal y, por consiguiente, dolor.

Problema planteado: Después de la intervención quirúrgica, el principal cuidado de enfermería es el manejo del dolor. El temor del paciente para movilizarse interfiere en el reposicionamiento de los órganos manipulados y la reanudación del peristaltismo, y ocasiona retraso en la recuperación. Frecuentemente, es necesario administrar dosis de opioides que pueden causar náuseas y estreñimiento empeorando el cuadro gastrointestinal.

La donación de órganos no debería ser un evento traumático, el dolor es considerado el quinto signo vital, su adecuado abordaje puede mejorar la experiencia de un donante, es importante plantearse la pregunta: ¿Qué intervención profiláctica puede realizarse para disminuir el dolor post operatorio en pacientes programados para nefrectomía para donación?

Metodología: Esta pregunta clínica fue respondida mediante búsqueda de literatura, siguiendo lo planteado por Gómez Urquiza et al. (2014). La búsqueda se realizó usando los términos MeSH: Directed tissue donation, Nephrectomy, Pain management, Pain postoperative, se plantearon ecuaciones de búsqueda usadas en las bases de datos: National Guideline Clearinghouse, NICE Guidance, Guiasalud.es, Epistemonikos, Tripdatabase, Evidence - Based Medicine Reviews (EBMR), PubMed, CUIDEN y biblioteca virtual de salud.

Resultados: Total 566 títulos que fueron revisados uno a uno, de los cuales se seleccionaron 40 títulos relacionados, de estos, se descartaron 20 títulos, 11 por no tener relación directa con el tema y 9 se encuentran duplicados. Posteriormente, se realizó lectura del resumen de los 21 títulos elegidos, en donde se descartaron 7 artículos. Finalmente, se escogieron 14 estudios de los cuales 8 se encuentran relacionados con el tema pero no responden la pregunta planteada, 1 no se pudo descargar artículo por ningún medio, 1 no tiene resultados publicados. Se eligen 4 artículos que actualmente están siendo sometidos a lectura crítica.

Conclusión: La literatura encontrada alude a la importancia del manejo del dolor, pero hace referencia al manejo postoperatorio e intervenciones desde el momento de la anestesia.

Referencias Bibliográficas
1. *Gómez Urquiza JL, Hueso Montoro C, Reina Leal LM, Hernández Zambrano SM, Amezcua M (2014). ¿Cómo resolver dudas compartidas con el paciente? Publicación de recomendaciones clínicas basadas en evidencias. Index de Enfermería, 23(1-2), 90-94.*

Vínculos afectivos y prácticas en el acompañamiento a familiares dolientes en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal

Autores: Jorge I Toro B*, Mónica A Machado S**, Yuri T Triana A***
*Magíster en Psicología Clínica, Psicólogo. Docente del programa de psicología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Grupo de investigación Psicología y salud en contextos. Psicología. Bogotá D.C. Correo: jitoro@fucsalud.edu.co.
**Estudiante de Psicología 9 Semestre Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Grupo de investigación Psicología y salud en contextos. Psicología. Bogotá D.C. Correo: mamachado@fucsalud.edu.co
*** Estudiante de Psicología 9 Semestre Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Grupo de investigación Psicología y salud en contextos. Psicología. Bogotá D.C. Correo: yttriana@fucsalud.edu.co

Práctica habitual: Duelo. Prácticas. Muerte neonatal.

Introducción: Cuando un recién nacido se encuentra internado en la UCIN, se concibe la muerte como una posibilidad que se puede presentar a corto o largo plazo, la muerte se convierte en ese suceso inevitable que puede llegar a ocurrir en cualquier momento.

La responsabilidad y las prácticas asistenciales de las auxiliares de enfermería se vuelven complejas cuando un neonato fallece, debido a que las auxiliares de enfermería es el personal en salud que más comparte con el paciente y con sus familias observando y sintiendo todo el proceso emocional que se da frente al contexto de enfermedad del neonato.

El duelo es un proceso que causa malestar físico, psicológico y emocional frente a la pérdida del ser querido, el desarrollo del mismo se da mediante diferentes etapas, que constituyen procesos de ajuste y adaptación frente a la pérdida del ser querido1.

Objetivo: Describir las prácticas efectuadas por la auxiliar de enfermería entrevistada durante la atención a familiares dolientes por la muerte del neonato en la Unidad de Cuidados Intensivo Neonatal del Hospital de San José (Bogotá).

Metodología: Se desarrolla relato biográfico. "El relato biográfico es una metodología de investigación cualitativa la cual explorar visiones subjetivas sobre fenómenos de interés como la enfermedad y el padecimiento humano"2.

Resultados: La entrevista evidencia la existencia de vínculos emocionales entre la auxiliar de enfermería, el neonato y la familia.

Para esta auxiliar de enfermería las experiencias personales y familiares, tienen un impacto en su trabajo, facilitando la empatía con los padres y la creación de vínculos afectivos positivos con los neonatos. Reconoce que aunque a mayor estancia, mayor él es vínculo que se construye con el bebé, ella busca siempre brindar un trato igualitario a los pacientes de la unidad y los papás.

En lo referente a las prácticas de la auxiliar de enfermería para el acompañamiento a los familiares dolientes se encuentra que la principal consiste en hablar con los padres en duelo, proveerles información con el fin de contenerlos y generar confianza, ya que son ellas las que más comparten con los bebés. Igualmente el equipo les permite a los familiares tener contacto con el bebé fallecido para que sea cargado por sus papás el tiempo que ellos deseen, se les permite guardar recuerdos (ropa, juguetes, etc.), y se permite la realización de rituales religiosos como el bautizo.

Conclusiones: Se observa la necesidad de trabajo interdisciplinario personal de salud (psicología, enfermería, medicina, áreas de apoyo). No hay una guía o protocolo clínico de acompañamiento a padres dolientes. No se observa en la auxiliar de enfermería una formación específica en atención y acompañamiento a padres en duelo. La auxiliar de enfermería genera vínculos emocionales importantes con los pacientes y sus familias.

Referencias Bibliográficas

1. *Meza Dávalos E, Torres Gómez, Martínez Silva, García S, Castillo, Sauri Suárez, El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 20081328-31. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47316103007. Fecha de consulta: 13 de noviembre de 2016.*
2. *Amezcua, Manuel; Hueso Montoro, César. Cómo analizar un relato biográfico. Arch Memoria [en línea]. 2009; (6 fasc. 3). Disponible en <http://www.index-f.com/memoria/6/mc30863.php> Consultado el 16/10/2014*

¿La inmovilización con dispositivos adecuados en paciente con alteración del estado de conciencia reduce el riesgo de lesiones?

Autores: María Alejandra Cabrera*, Lorena Mesa Melgarejo**.
*Enfermera. Estudiante de posgrado de enfermería en urgencias. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud –FUCS-
**Enfermera. PhD, MgSP, MgES, Enf. Investigadora Grupo Perspectivas del Cuidado, Facultad de enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud –FUCS.

Introducción: A diario durante la consulta de urgencias ingresa un gran volumen de pacientes con alteración del estado de conciencia que por su condición de vulnerabilidad a caídas autolesiones o lesiones al personal médico requieren de una contención mecánica que garantice su bienestar. De acuerdo Castro, la Contención Mecánica es la restricción de movimientos de una persona y conlleva unas connotaciones éticas y legales importantes. (1). Varios autores coinciden que la contención Mecánica no es una medida que garantice la prevención de lesiones físicas; sino al contrario su práctica inadecuada puede ser la causa de innumerables lesiones que pueden desencadenar hasta la muerte del paciente (2-4).

Debido a la ausencia de dispositivos reglamentarios, en algunas instituciones de salud se ha visto la utilización de cualquier tipo de material para la inmovilización del paciente y, en términos generales, es una práctica recurrente. Por lo anterior, surge la pregunta clínica sobre la mejor evidencia disponible acerca del uso de dispositivos de Contención Mecánica en los pacientes con alteración del estado de conciencia que consultan los servicios de urgencias.

Metodología: Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en: Nice-Guidelines, Cochrane, EBSCO HOST y en el metabuscador Google Scholar. Los límites utilizados fueron: Artículo disponibles en texto completo, idiomas, inglés y español, y publicada en los últimos cinco años. Se usaron términos Mesh para construir las siguientes ecuaciones de búsqueda:
[Alteración del Estado de Conciencia and Inmovilizadores]; [Lesiones en Piel and Inmovilizadores]; [Comodidad and Inmovilización].

Las búsquedas arrojaron un total de 19819 artículos, de los cuales 57 artículos se seleccionaron por título, 10 por resumen y el mismo número por texto completo.

Para la evaluación de la calidad metodológica, se utilizaron escalas STROBE (4) y AMSTAR (5) para la evaluación de los estudios seleccionados. Se excluyeron aquellos que no cumplieron con el rigor metodológico. Los niveles y el grado de recomendación se estableció de acuerdo con las recomendaciones de la Canadian Task Force on Preventive Health Care –GRADE-(6).

Resultados: De los diez artículos incluidos a texto completo, solo 3 artículos cumplieron con criterios de calidad: un estudio descriptivo transversal, un Descriptivo Observacional Prospectivo, y una Revisión Sistemática (Tabla 1).

En general los estudios desaconsejan esta práctica, ya que los riesgos y dilemas éticos son elevados; se reportan múltiples riesgos y escasos beneficios.

De acuerdo con GRADE, el nivel de evidencia que se obtiene es III, y el grado de Recomendación es Tipo D: Práctica Desaconsejable, ya que existe moderada evidencia de que la medida es ineficaz o de que los perjuicios superan a los beneficios.

Conclusiones: Se encuentra escasa investigación primaria que aporte buenos niveles de evidencia. La literatura identificada se limitó a Protocolos, Guías de Manejo, Opinión de Expertos, y Revisiones Bibliográficas no Sistemáticas. Se necesita más

Autor	Título	Objetivo	Principal resultado
Antoranz Castro, 2013	Consideraciones éticas sobre la contención mecánica en pacientes ingresados en el HUCA	Conocer las características de la aplicación de medidas de contención mecánica en los Pacientes ingresados en el servicio de urgencias y de medicina interna del HUCA.	Fallas en el seguimiento del paciente con CM, así como la reevaluación de la retirada por parte del personal de enfermería. Recomendaciones Falta de protocolos de CM Ausencia de seguimiento a pacientes con CM
García y Esquerro	Uso de sujeciones físicas en salud mental	Estudiar los dispositivos de sujeción física como medida de seguridad del paciente psiquiátrico desde el punto de vista riesgo beneficio	Conclusiones: Uso de CM solamente en casos extremos, cuando los beneficios sean mayores que los riesgos.
Villamediana	Intervención de enfermería ante el paciente agresivo	Dar a conocer al personal de enfermería las diferentes técnicas de abordaje ante el paciente agresivo y la forma de proceder e intervenir ante ellas.	Conclusiones La CM predominio en patología psiquiátrica. Una adecuada contención verbal puede, en muchas ocasiones, evitar medidas más drásticas como la contención farmacológica, pero sobretodo, la contención mecánica.

Tabla 1. Hallazgos

investigación sobre tipos de dispositivos de Contención mecánica. El uso inadecuado de la Técnica de Contención Mecánica conlleva a la presencia de Lesiones y en muchos casos hasta la muerte de los pacientes, siendo necesario reevaluar su uso frente a la relación riesgo- beneficio.

Referencias Bibliográficas

1. *Antoranz Castro, E. Consideraciones éticas sobre la Contención Mecánica en pacientes ingresados en el HUCA, trabajo fin de Master, 2013*
2. *García Andrés, Á. Uso de Sujeciones Físicas en Salud Mental, trabajo fin de Master, 2015-2016*
3. *Villamediana Navas, C. Intervención de Enfermería ante Paciente Agresivo, Trabajo fin de Master, junio 2014*
4. *Elm, E. Altman, D. Egger, M. Pocock, S. Gotzsche, P. Vandenbroucke, J. Iniciativa STROBE. Declaración de la Iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales. Gac Sanit. 2008;22(2):144-50*
5. *Shea et al. BMC Medical Research Methodology 2007 7:10 doi : 10.1186/1471-2288-7-10*
6. *Canadian Task Force on Preventive Health Care. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ 2003 Aug;169(3):207-208.*

Objeto Virtual de Aprendizaje "NANDA, NOC y NIC en el paciente con enfermedad renal"

Autores: Zahira Esperanza Angel Angel* y Mariluz Torres Melo*.
*Enfermera. Docente de la Especialización en Enfermería Nefrológica del Adulto, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia.

Introducción: La atención del paciente con enfermedad renal crónica requiere de profesionales idóneos con formación especializada y entrenamiento para desarrollar capacidades que permitan un abordaje integral del paciente y su familia; en este sentido se hace necesario que el profesional de enfermería integre a su práctica clínica diaria todos los elementos fundamentales de la profesión.

Para dar respuesta a este tipo de necesidades de formación en el profesional de enfermería, se elabora el presente Objeto Virtual de Aprendizaje (OVA), como un curso virtual de corta duración, con elementos innovadores desde la ilustración y la novela gráfica, aplicados en el contexto de un ambiente virtual para la educación de enfermeros que laboran en la institución RTS SAS.

Objetivo del proyecto: Diseñar un objeto virtual de aprendizaje con el fin de proporcionar al profesional de enfermería en RTS, una herramienta educativa que lo guíe en la elaboración de planes de cuidados de enfermería en el paciente con enfermedad renal, basado en el método científico enfermero y el uso de las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Objetivo del OVA: Capacitar al profesional de enfermería en el uso del proceso de atención de cuidado del paciente con enfermedad renal crónica en la institución RTS a través de su campus virtual.

Metodología: Se realizó a través de las tres etapas del modelo de diseño de cursos e –learning:

1. Preproducción: se define la estructura del curso: incluye acta de aprendizaje, así como la selección del estilo gráfico y la elaboración de bocetos de la historieta.
2. Producción: el curso virtual consta de 5 módulos: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Cada uno contiene historieta con recursos (audio, links, glosario y lecturas complementarias), actividades (foros, cuestionarios y juegos), y evaluación final del curso.
3. Pos-producción: fase de evaluación y ajustes, posteriormente se realiza la publicación y lanzamiento en plataforma de rts.

Resultados: Curso Virtual corto de 5 módulos, cuyo contenido orienta sobre la elaboración del plan de cuidado a pacientes con enfermedad renal, utilizando el proceso de enfermería en cada una de sus etapas y la implementación de las taxonomias enfermeras (NANDA para los diagnósticos, NOC para los resultados esperados y NIC para las intervenciones y actividades a realizar) Finalmente se visualizan los indicadores de logro y la evaluacón fina, lo que da paso a la Certificación de aprobación del curso.

Conclusiones: El diseño y la implementación del OVA fortalece el proceso de educación continuada en el profesional de enfermería, ofreciéndole al estudiante un aprendizaje más rápido y sencillo, por medio del uso de escenas de la vida real, que le permite utilizar de forma dinámica y creativa el proceso de atención de enfermería (PAE), integrando el lenguaje enfermero estandarizado a la práctica clínica diaria, enriqueciendo la profesión.

Recomendaciones: Realizar la evaluación del impacto de esta herramienta pedagógica en los profesionales de enfermería, evaluando tanto el desarrollo de las competencias del ser, del saber y del hacer del profesional, como la influencia de estos en el cuidado de los pacientes en la práctica clínica diaria.

Referencias Bibliográficas

1. *Ministerio de salud y protección social. Cuenta de alto costo. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/index.php/9-patologias/35-enfermedad-renal-cronica-erc/?template=cuentadealtocostocontenido*
2. *Angel, Z. Duarte, G y Tovar, L. Cuidados de enfermería en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis: una revisión sistemática. Trabajo de Grado Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. 2015.*
3. *NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación 2012-2014.Elsevier*
4. *Ministerio de Educación Nacional. Banco de Objetos de Aprendizaje Disponible en: http://www.colombiaaprende.edu.co/html/directivos/1598/article-99543.html*
5. *Unidad de Virtualización. Criterios de elaboración y evaluación de Objetos Virtuales para el Aprendizaje. Consultado en Septiembre de 2015. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Lineamiento comunicativo.*
6. *Lyer P, Taptich B, Bernocchi D. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. México: Mc Graw- Hill Interamericana; 1997. p 286-313.*
7. *Luis MT, Fernández M, Navarro M. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2 ed. Barcelona: Masson; 2003. p 14-16.*
8. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and classifications. 2015-2017.*
9. *Priscila González Salcedo, Alida Mireya Chaves Reyes. Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo - Vol. 11 Nº 2 [Internet] .2009 [Citado febrero- Marzo 2016]. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145220480004*

Evaluación del impacto del uso de objetos virtuales de aprendizaje (ova): una revisión de la literatura.

Autores: Mariluz Torres Melo*, Andrea Vivas Eguis*
*Especialización en Enfermería Nefrológica del Adulto, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia.

Introducción: El Objeto Virtual de Aprendizaje (OVA) es considerado un conjunto de recursos digitales, autocontenible y reutilizable, con un propósito educativo y constituido por al menos tres componentes internos: Contenidos, actividades de aprendizaje y elementos de contextualización (2). El uso del OVA favorece una experiencia educacional activa para sus participantes, semejantes a situaciones reales experimentadas en los diversos campos laborales, es un método dinámico, constructivo, innovador y atractivo que contribuye en el aprendizaje tanto para estudiantes como para profesionales.(1)

Se considera que estudios referentes a evaluaciones de OVAs podría impactar positivamente en la enseñanza de enfermería, estimulando el conocimiento, el aprendizaje autónomo e independiente, en concordancia con las nuevas exigencias de formación profesional.(3) Se hace necesario conocer el contexto de la evaluación de los OVAs así como del impacto de los mismos, tanto en enfermería como en otras disciplinas, lo que invita a realizar este tipo de estudios y contribuir al fortalecimiento de la producción científica en nuestro país, dado el desconocimiento que se tiene de este tipo de herramientas educacionales.

Objetivo: Identificar las herramientas para la evaluación del impacto en Objetos Virtuales de Aprendizaje disponibles en la literatura.

Metodología: Se realizó una revisión integradora de la literatura, en las bases de datos: Pubmed, Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Tripdatabase, CUIDEN Plus, CINHAL, EBM Cochrane y Science Direct, así como en el Repositorio de la Universidad Nacional, y Google Académico. Se utilizaron los términos Mesh: realidad virtual y DeCS: evaluación en enfermería, evaluación en salud combinado con los operadores booleanos "AND y OR.". Se incluyeron artículos científicos originales y de revisión, trabajos de grado escritos en inglés, portugués y español, sin importar año de publicación, accesibles a texto completo y se excluyeron aquellos que en su contenido general no tenían relación con el tema de estudio.

Resultados: Se incluyeron 13 publicaciones, de las cuales 11 eran artículos de revista y 2 trabajos de grados para la obtención de título como magister. Dentro de los tipos de estudio llevados a cabo, se destacan estudios descriptivos (siendo estos la gran mayoría), estudios mixtos y cuasi experimentales.

Las herramientas identificadas para evaluar el impacto del uso de estas tecnologías fueron: evaluaciones tipo webQuest, pretest-postest, evaluación con escala Likert, siendo esta la más utilizada en 8 de los 13 artículos incluidos. Así mismo, se tuvo en cuenta el objetivo de la evaluación del OVA, dimensiones, aspectos pedagógicos, métodos evaluativos, y puntuación.

Conclusiones: Es necesario determinar estándares que permitan una evaluación más acertada sobre el impacto que genera el uso de OVAs, debido a su novedad y los cambios que favorecen en el proceso de enseñanza- aprendizaje para estudiantes y profesionales.

Referencias Bibliográficas
1. *Alvarez AG, Dal Sasso GTM. Virtual learning object for the simulated evaluation of acute pain in nursing students. Rev Lat Am Enfermagem. 2011;19(2):229–37.*
2. *Objeto Virtual de aprendizaje, disponible en: http://www.colombiaaprende.edu.co/html/directivos/1598/article-172369.html*
3. *Mayumi L, Tamashiro C, Helena H, Peres C. Desarrollo y evaluación de objetos de aprendizaje sobre administración de medicamentos por vía intramuscular Método. Rev Lat Am Enfermagem. 2014;22(6):716–23.*

Jornada de Salud "Cuidándome con Amor"… Una Vivencia de la Alteridad

Autores: Liliana Rios Roa.
Docente Universidad Manuela Beltrán. Programa de Enfermería.

Introducción: Existen diversas acciones que se hace en el día a día y que hacer de la disciplina de enfermería, en ocasiones por objetivos misionales, donde el significado es institucional, sin embargo la mediación de las actividades con el objeto del cuidado puede estar enmarcado no solo en el cumplimiento, si no en el logro del autocuidado favoreciendo la alteridad; respetando la opinión, la individualidad de cada uno, pues a partir del compartir un espacio en común se puede generar diversas actitudes favorables para el desarrollo de la población infantil, en un contexto en ocasiones hostil como es, la escuela.

El presente trabajo muestra como a partir de las jornadas de salud, se logra no solo tener un indicador de cumplimiento, sino un proceso de reconstrucción a partir del reconocimiento del otro. La jornada de salud, se trabajó en el Colegio Distrital Atanasio Girardot, siendo la población objeto los niños y niñas de prescolar y los padres de dicha población.

Objetivos: Reconocer la alteridad como una forma de respeto al otro, vivenciado en la experiencia de la Jornada Cuidándome Con Amor.

Analizar el rol de enfermería, durante la implementación de la Jornada de Salud, realizada por el grupo de Práctica, de enfermería del niño y adolescente.

Metodología: Para la realización de la Jornada se utilizó la estrategia de la observación participante, siendo esta una técnica de recolección de datos; "dicha estrategia de Observación consiste en la inserción del investigador en el interior de un grupo estudiado, desnudándose de prejuicios e integrándose en él para comprender mejor sus rituales y significados culturales"(1).

Teniendo presente las necesidades específicas expresadas por la orientadora, y docentes, se organizó la Jornada, y durante la ejecución, el padre y el estudiante participaba de la acción planeada, por ejemplo, realización de masaje, relajación, logrando un proceso de alteridad.

Resultados: La Jornada se realizó en el Parque Ciudad Montes, siendo un escenario diferente en el proceso de formación. Durante la implementación de la Jornada "Cuidándome con Amor" participaron 10 estudiantes (VI semestre Programa de Enfermería UMB), 6 docentes, y 48 padres con sus hijos. La disciplina de enfermería se proyecta en la comunidad educativa aportando desde su conocimiento a la transformación de las realidades sociales.

Conclusiones: La disciplina de enfermería se proyecta en la comunidad educativa aportando desde su conocimiento a la transformación de las realidades sociales. La técnica de observación participante favorece que la población no sea simplemente un objeto de investigación, si no se apropien de las diversas acciones en pro del bienestar general.

Referencias Bibliográficas

1. *Vitorelli Diniz Lima Fagundes Karolina, Almeida Magalhães Avani de, dos Santos Campos Carla Cristina, Garcia Lopes Alves Cristina, Mônica Ribeiro Patrícia, Mendes Maria Angélica. Hablando de la Observación Participante en la investigación cualitativa en el proceso salud-enfermedad. Index Enferm [Internet]. 2014 Jun [citado 2017 Abr 21] ; 23(1-2): 75-79.*

Factores que inciden en la falta del autocuidado de pacientes en hemodiálisis. Revisión de la literatura

Autores: Liliana Marcela Reina Leal,* Aleidys Julio Moreno**, Lidia Esperanza Gauta**
*Enfermera. Instructora asociada. Facultad de Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Lmreina1@fucsalud.edu.co
** Estudiantes. Especialización en Enfermería Nefrológica del Adulto, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia

Introducción: La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un importante problema de salud pública en el mundo y en Colombia, donde la ERC en etapa de hemodiálisis y diálisis peritoneal tiene un alto impacto financiero, que será posible mitigar cuando se reconozca la influencia de los fenómenos sociales. Es de gran importancia reducir el impacto psicosocial y económico en los pacientes a través de un manejo integral de la enfermedad, por lo cual se considera que conocer los factores que inciden en la falta de autocuidado en los pacientes en hemodiálisis puede dar algunas nociones de los aspectos que deben abordarse para el manejo integral que se espera.

Objetivo: Determinar los factores que inciden en la falta de autocuidado en pacientes en hemodiálisis descritos en la literatura.

Metodología: Se realizó una revisión integradora de literatura, en las bases de datos CUIDEN Plus, Biblioteca Virtual en Salud, CINAHL, Nursing@Ovid, pubmed, Tripdatabase y Epistemonikos. Se emplearon los términos mesh: Self care, patient compliance, Renal Dialysis y decs: Autocuidado, cumplimiento de la medicación, diálisis renal; y las palabras clave Hemodialysis y hemodiálisis. Se incluyeron artículos producto de investigación, revisión, reflexión u opinión, relacionado con el tema, en los que se haya trabajado con personas mayores de 18 años, publicados en idioma español, portugués e inglés, entre 2006 y 2016. Dentro de las consideraciones éticas para el estudio, se tuvo en cuenta la Ley 23 de 1982, y para respetar los derechos morales de los autores, se hacen las correspondientes referencias. El protocolo fue aprobado por el Comité de Investigaciones de la Facultad de Enfermería de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

Resultados: Se seleccionaron 17 artículos, en los que se mencionan como principales barreras a la adherencia al tratamiento relacionadas con el tiempo que consume el mismo, el olvido de la toma de los medicamentos, las preocupaciones por los efectos adversos de los medicamentos, las dificultades en la comprensión de las recomendaciones de alimentación que a veces resultan contradictorias con algunas comorbilidades. Además, los problemas de comunicación y tiempos de los profesionales que les limita la adquisición de conocimiento y habilidades para el manejo de la enfermedad y el tratamiento, las preocupaciones por participar en actividades sociales que pudieran fomentar la pérdida de control en los aspectos de alimentación e ingesta de líquidos.2-4 Desde una perspectiva propia de enfermería, se puede mencionar que los problemas adaptativos de estos pacientes son influidos por variables clínicas y socioeconómicas, como la edad, el sexo, la escolaridad y los ingresos del paciente.5

Conclusión: Los principales factores que influyen en la falta de autocuidado de los pacientes en hemodiálisis con consecuencia principalmente de la complejidad del tratamiento3, por lo cual es de especial relevancia que los pacientes adquieran conocimientos del funcionamiento de la hemodiálisis, de modo que comprenda las complicaciones, las restricciones y las demás acciones de autocuidado de las que debe empoderarse para convivir con las limitaciones impuestas por la enfermedad y el tratamiento3. Así mismo, es importante que se trabaje a nivel interdisciplinar para favorecer la resolución de las dificultades adaptativas que tienen estos pacientes y promover el autocuidado.5

Referencias Bibliográficas

1. *Lopera-Medina MM. La enfermedad renal crónica en Colombia: necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Rev. Gerenc. Polit. Salud. 2016; 15(30):212-233.*
2. *Griva K, Nga HJ, Loeic J, Mooppilc N, mcbainb H, Newma SP. Managing treatment for end-stage renal disease – A qualitative study exploring cultural perspectives on facilitators and barriers to treatment adherence. Psychology & Health. 2013; 28(1):13-29.*
3. *Santos ID, Rocha RPF, Berardinelli LMM. Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise. Rev Bras Enferm. 2011; 64(2): 335-42.*
4. *Kugler C, Maeding I, Russell CL. Non-adherence in patients on chronic hemodialysis: an international comparison study. J Nephrol. 2011; 24(03): 366-375.*
5. *Frazão CMFQ, Sá JD, Medeiros ABA, Fernandes MICD, Lira ALBC, Lopes MVO. Problemas adaptativos de pacientes em hemodiálise: aspectos socioeconômicos e clínicos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014; 22(6):966-972.*

Efectividad del uso de azul de metileno en comparación con la Gentamicina tópica, para la resolución de granulomas en pacientes en diálisis peritoneal.

Autores: Liliana Marcela Reina Leal*, Eliana Cristancho Navarrete**, Jorge Armando Cruz Moreno**.
**Enfermera. Instructora asociada. Facultad de Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Lmreina1@fucsalud.edu.co **Enfermera. Estudiante de la Especialización en Enfermería Nefrológica del Adulto, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia

Duda clínica: Los pacientes adultos en diálisis peritoneal requieren de curaciones diarias del orificio de inserción del catéter. Se identifica en la práctica habitual de la unidad renal, que la resolución de granulomas cerca al orificio del catéter peritoneal por medio del entrenamiento a pacientes y cuidadores con respecto a la (curación) es más efectivo con azul de metileno que con gentamicina. Sin embargo, es más frecuente el uso de gentamicina.

El procedimiento inicialmente se realiza como entrenamiento a pacientes y familiares en cuanto a la curación diaria del orificio de inserción del catéter peritoneal, indicando técnicas asépticas para prevenir las infecciones. La curación se hace de la siguiente forma: el paciente se baña a diario, seca el orificio del catéter con una gasa limpia, toma otra gasa seca sobre la cual pone gentamicina crema, se cubre y se fija un centímetro debajo de la entrada del orificio del catéter.

La diálisis peritoneal como opción terapéutica implica grandes sacrificios y dedicación en el hogar, no solo para el paciente sino para sus familiares y/o cuidadores, es un procedimiento que se debe realizar con la mejor técnica aséptica para evitar complicaciones.

Para el manejo de este granuloma, se indica la administración de gentamicina tópica, instaurado como tratamiento farmacológico y no siendo muy efectivo en algunos de los pacientes. Se ha indicado como parte no documentada la utilización de azul de metileno para la resolución de dicho problema el cual ha sido favorable para los pacientes. Por lo tanto, se plantea como pregunta ¿Es más efectivo el azul de metileno o la gentamicina tópica para la resolución de granulomas en pacientes en diálisis peritoneal?

Metodología: Se realizó un proceso de búsqueda de literatura orientada a las mejores evidencias disponibles, de acuerdo a lo planteado por Gómez Urquiza et al. (2014). Esta búsqueda se realizó en los buscadores: National Guidelines Clearinghouse, NICE guidance, Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud (guiasalud.es), así como en las bases de datos Tripdatabase, Epistemonikos, PubMed, Biblioteca Virtual en Salud y CUIDEN Plus. Se usaron términos MeSH: Granuloma, Renal Dialysis, Methylene Blue, Gentamycins y Key Word Peritoneal Dialysis. DeCS: Granuloma, Diálisis renal, Azul de metileno, Gentamicina, Palabra clave Diálisis peritoneal.

Resultados: Como producto del proceso de revisión, se encontró un artículo de estudio de caso al cual se le aplicó la lista de chequeo SUGERY OF CUTANEOUS EXCISION AS TREATMENT TO EXIT SITE GRANULOMA RELATED TO PERITONEAL CATHETER REFRACTORY TO MEDICAL TREATMENT. En términos generales, metodológicamente está bien realizado; sin embargo, no responde específicamente a la pregunta, se orienta más al procedimiento quirúrgico del retiro del catéter por presencia de granuloma como complicación mayor, más no resolución del mismo.

Conclusión: No se encuentra investigación relacionada con la pregunta planteada, y teniendo en cuenta la realidad de la práctica clínica, se considera necesario estudiar el tema.

Referencias Bibliográficas

1. *Gómez Urquiza JL, Hueso Montoro C, Reina Leal LM, Hernández Zambrano SM, Amezcua M (2014). ¿Cómo resolver dudas compartidas con el paciente? Publicación de recomendaciones clínicas basadas en evidencias. Index de Enfermería, 23(1-2), 90-94.*

Análisis de una encuesta para implementación de cartilla didáctica referente al cuidado de la mujer.

Autores: Ardila Helena Mercedes*; Barreto María Fernanda**; Bocanegra Fabián Andrés** Romero Lady Johana;**.
*Enfermera. Docente proyecto de grado. Facultad de enfermería. Hospital San José. Fundación universitaria de ciencias de la salud. Bogotá D.C. Colombia. Directora del proyecto.
**Estudiante de la facultad de enfermería, fundación universitaria de ciencias de la salud.

Introducción: La mujer en Colombia se enfrenta a cambios importantes en cada ciclo de su vida producidos por factores sociales, culturales, ambientales y económicos que afectan su estado de salud y que pueden generar impactos negativos. Según el ministerio de salud y protección social, promover un estilo de vida saludable implica conductas y hábitos que influyen de manera positiva en la salud de la mujer y una de las mejores estrategias es la educación, ya que es un proceso que promueve cambios, conceptos, comportamiento y actitudes frente a la salud y la enfermedad.

Metodología: Comprendió 2 fases: 1. Búsqueda activa de las participantes: la característica principal; mujeres neurológicamente estables y dentro de un grupo etario comprendido de esta manera: edades de 13 a 25 años adolescentes, 26 a 59 años adulta madura y de 60 años en adelante adulta mayor, con una muestra de 20 mujeres por cada grupo etario. Una vez se obtuvo la información, se analiza y se tabula dando la estructura a los 2 temas de mayor interés para cada cartilla, con el acogimiento de información previamente estudiada y analizada, con sustento bibliográfico que dieran veracidad a la información.

Resultados: fueron analizados y adaptados a cada cartilla, con un margen similar donde los temas de mayor interés fueron planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, autoexamen de seno y hábitos de vida saludable, los contenidos seleccionados fueron, cuidados de la salud, mitos y realidades, factores de riesgo y signos de alarma además de actividades lúdicas como sopa de letras, identificación de imágenes y crucigramas como se demuestra en las tabulaciones de la información.

Se evidencia que experiencias sobre diseños de herramientas educativas en otros países son poco frecuentes en la literatura científica, sin embargo, se identifican algunas relevantes que permiten demostrar que por medio de la construcción de un material educativo se puede promover un mejor acceso a información sobre la salud.

Conclusiones: Existe interés desde el personal de salud en brindar educación para la mujer, por esta razón se realiza este proyecto basado en la mujer, donde se derivan aspectos cambiantes a lo largo de la vida y en sus diferentes etapas del ciclo vital. Debido a esto se generó interés en educar en la prevención de enfermedades, promoción de la salud y pautas de autocuidado.

En las pacientes se reflejó disposición para responder la encuesta inicial, participando activamente en ella, quienes refirieron adquirir la información de manera accesible, siendo su principal interés el autocuidado.

Una vez realizada la encuesta se adapta la cartilla con temas confiables, adicionando actividades que favorezcan el aprendizaje, evidenciando que estas no solo ayudan a fijar el aprendizaje de los temas planteados, sino también beneficiando a que las pacientes puedan desarrollar sus habilidades físicas, perceptivas y sensoriales.

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DE CIENCIAS DE LA SALUD
FUCS

Vigilada Mineducación

www.fucsalud.edu.co