

MEMORIAS

XIII ENCUENTRO

INTERNACIONAL DE CUIDADO

CONSTRUYENDO EL SABER DE ENFERMERÍA DESDE EL CUIDADO 2002- 2022



20 AÑOS
2002 - 2022

GRUPO DE INVESTIGACIÓN
CUIDADO DE ENFERMERÍA

APOYAN



MEMORIAS XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE CUIDADO

Publicación que compila bajo formato digital los trabajos presentados por los diferentes ponentes en la modalidad exposición oral y póster.

Cualquier reproducción parcial o total del documento hace necesario del respectivo crédito de autoría. La responsabilidad de la información contenida en los trabajos publicados es de los autores.

Año: 2022

Diseño general: Disponible en medio digital Formato PDF

Materia: Salud, Enfermería, Investigación en enfermería

País de edición: Colombia

ISSN: 2390 0113

Comité organizador

Sandra Milena Martínez Rojas

Gloria Bautista Espinel

Dianne Sofía González Escobar

María Del Pilar Ureña Molina

Martha Ligia Velandia Galvis

Mónica Peñaloza García

Olga Marina Vega Angarita

Débora Milena Álvarez

EQUIPO EDITORIAL

COORDINADORA DE EDICIÓN

Gloria Omaira Bautista Espinel

Doctora en Bioética

Profesora Asistente

Programa de Enfermería

Universidad Francisco de Paula Santander

ISSN: 2390 0113

INTRODUCCIÓN

Para el Grupo de Investigación en Cuidado de Enfermería (GICE), de la Facultad Ciencias de la Salud, de la Universidad Francisco de Paula Santander, es realmente satisfactorio contribuir al fortalecimiento y difusión del conocimiento en estudiantes, docentes y personal de salud, en el desarrollo y trasegar investigativo en torno al cuidado, es por ello que el XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE CUIDADO: “CONSTRUYENDO EL SABER DE ENFERMERÍA DESDE EL CUIDADO 2002- 2022, visto este como un compromiso desde Enfermería.

En esta oportunidad el 2022, representa para la Universidad, un año muy importante, porque se celebran tres momentos significativos, en su trasegar en la región, en primer lugar, se cumplen 60 años de fundación de nuestra alma mater, en segundo término se celebran los 50 años de constitución del programa de enfermería y en un tercer momento se celebra, en este compartir con la comunidad científica los 20 años de formalización ante Minciencias de creación del grupo de Investigación cuidado de enfermería GICE, efemérides que se conmemora desde el ejercicio serio y reflexivo que implica, el análisis sobre las tendencias y líneas de desarrollo de la profesión, en este caso dentro en el ámbito internacional, con los países invitados: España, Estados Unidos, Costa Rica, Panamá y Colombia como anfitrión .

Responder al desafío de la investigación desde enfermería no es tarea sencilla, pues generalmente se piensa en la función social de las profesiones y, en el caso de enfermería se relaciona socialmente con actividades de asistencia, docencia y gestión, por lo cual el desarrollo investigativo pareciera como un espacio nuevo de perfeccionamiento, pero en realidad está integrado a la impronta de la disciplina, que se inscribe en las bases fundacionales de la enfermería moderna. Los profesionales de enfermería reconocen que la investigación en esta disciplina inicia con los registros detallados de las observaciones de Florence Nightingale (1820-1910), quien aplicó sus conocimientos de historia y filosofía al estudio del entorno, lo que le permitió definir el cuidado como eje de su actuación e ideología de vida. Ella plasmó la lógica del pensamiento y actuar de enfermería, sentó las bases filosóficas, epistemológicas y éticas a partir del análisis del contexto histórico y sociocultural en el cual desarrolló su principal obra, todo a partir de una bitácora con sus notas, que ha servido de referencia para el desarrollo de las actuales teorías de enfermería (1) .

En este contexto emerge en el programa de enfermería la necesidad de investigar y de dar respuestas a este requerimiento de la disciplina. Es por ello que, en octubre de 2002, se constituye el Grupo de Investigación en Cuidado de Enfermería GICE, gracias a la iniciativa de cinco docentes de enfermería de la UFPS. Estas pioneras asumieron las banderas de la Investigación y el Desarrollo de la Ciencia en enfermería en el programa, en un momento importante para los procesos de desarrollo institucional en las universidades del país.

La presente edición conmemorativa reunió a grandes académicos y referentes nacionales (la DRA Edilma Marlen Suárez Castro) e internacionales de la enfermería (destacando la participación de la Dra. Pilar Hilarión Madariaga, el Magister Héctor Rosso Díaz, el Dr. Allan Rodríguez Artavia y la Doctoranda Eyda Iveth Escudero), además de los investigadores ponentes y participantes de diversas regiones y universidades de Colombia, quienes presentaron sus resultados de investigación, conceptualizaciones, reflexiones y proyecciones respecto a la disciplina, elementos que nos dan pistas sobre los inputs, que se requiere en materia investigativa para los próximos años. Sobre la base de los avances conceptuales de los participantes al encuentro internacional, se abordaron temas como:

- Las TIC en el cuidado de la salud
- La práctica Social del Cuidado
- La práctica profesional de los enfermeros para el mejoramiento de la salud y el bienestar
- El trabajo interprofesional de enfermería
- Innovaciones en el cuidado individual y colectivo.

Aspectos que sin duda redundaran en el fortalecimiento de la enfermería. Para los próximos años, y que serán importantes para el nuevo rumbo que tomará el grupo GICE, que en adelante se denominará Grupo de Cuidado de la Salud – GINCUS – UFPS, constituyéndose en una gran oportunidad para seguir impactando significativamente la salud y la calidad de vida de las personas a partir de la generación de conocimiento transferible a la práctica, respondiendo a las necesidades reales de la población. Así mismo, los eventos de difusión del conocimiento seguirán liderando procesos de alta calidad que garanticen la visibilidad del conocimiento de enfermería en nuestra región el país y a nivel mundial.

El anterior contexto era necesario comprender la implicación que tiene la conmemoración de estos XX años de creación del grupo de Cuidado de enfermería GICE, evento que ha contado con el apoyo de la Universidad Francisco de Paula Santander, Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC) seccional Norte de Santander, Organización Colegial de Enfermería de Colombia (OCE), Didaclibros Ltda. y LadMedis. Finalmente agradecer la decidida colaboración brindada por los ponentes invitados nacionales e internacionales, panelistas, participantes, docentes, estudiantes, administrativos y comité organizador del XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE CUIDADO: “CONSTRUYENDO EL SABER DE ENFERMERÍA DESDE EL CUIDADO 2002- 2022, un compromiso de Enfermería.

GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL
DIRECTORA GRUPO GICE

CONTENIDO

PRESENTACIÓN MODALIDAD ORAL

- ★ TRASEGAR DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN SUS DOS DÉCADAS: AYER, HOY Y MAÑANA
- ★ EVOLUCIÓN Y DESARROLLO DE LA CIENCIA DEL CUIDADO
- ★ LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA COMO EJE ESTRATÉGICO DEL CUIDADO
- ★ POLÍTICA NACIONAL DE ENFERMERÍA.
- ★ ENFERMERÍA CONVERGENTE: UN MODELO DE GESTIÓN DE SALUD PARA LA ATENCIÓN PERSONAL, FAMILIAR Y SOCIAL.
- ★ FORTALECIMIENTO DE LA CONCIENCIA AMBIENTAL EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
- ★ EVALUACIÓN DE FACTORES QUE INFLUYEN EN LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA DEL QUIRÓFANO EN QUIBDÓ.
- ★ EVIDENCIA CUALITATIVA DE LA MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA: UNA METASÍNTESIS INTERPRETATIVA.
- ★ MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD DE ENFERMERÍA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA Y DESASTRES.
- ★ INCERTIDUMBRE FRENTE A LA TOMA DE ENDOSCOPIA Y COLONOSCOPIA EN UNA IPS DE VILLAVICENCIO – META.
- ★ IMPEDANCIA EN EL CUIDADO ENFERMERO FRENTE AL MANEJO DE LPP.
- ★ SIGNIFICADO DEL CUIDAR DE SI EN PACIENTES CON DIÁLISIS PERITONEAL
- ★ BIENESTAR ESPIRITUAL DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DURANTE EL AISLAMIENTO SOCIAL OBLIGATORIO EN PANDEMIA POR SARS-COV-2.
- ★ INMERSIÓN EN LA COMUNIDAD WAYUU DEL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.
- ★ LESIONES POR PRESIÓN: UN RETO PARA ENFERMERÍA

- ★ SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL SERVICIO DE URGENCIAS EN UNA INSTITUCIÓN DE PRIMER NIVEL EN CÚCUTA-NORTE DE SANTANDER CON BASE A LA ESCALA NOC DESDE LA PERSPECTIVA DE KATHERINE KOLCABA.
- ★ EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA COMO UNA EXPERIENCIA DEL SABER DISCIPLINAR.

PANEL DE EXPERTOS XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE CUIDADO. "CONSTRUYENDO EL SABER DE ENFERMERÍA DESDE EL CUIDADO: 2002 2022".

PRESENTACIÓN MODALIDAD POSTER

- ★ EXPERIENCIA PROFESIONAL AMBULATORIA: CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE IPS CLÍNICAL HOUSE AÑO 2021-2022.
- ★ NIVELES DE ESTRÉS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA QUE ASISTEN A PRÁCTICAS CLÍNICAS DE URGENCIAS Y CUIDADO CRÍTICO.
- ★ FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PRESIÓN SANGUÍNEA ALTA, PRESENTES EN PROFESORES DE LA CIUDAD DE CÚCUTA, COLOMBIA.
- ★ IMPACTO DEL PROCESO DE REORIENTACIÓN ESTRATÉGICA EN EL GRUPO DE INVESTIGACIÓN (CUIDADO DE ENFERMERÍA) GICE DE LA UFPS 2018- 2022.
- ★ EFFECTO DEL PLAN ADAPTARTE SOBRE LA COMPETENCIA DE CUIDADO DE PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO DURANTE LA TRANSICIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO AL HOGAR.
- ★ INTERVENCIÓN BASADA EN EL APOYO A LAS MADRES SOBRE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE SU HIJO CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA
- ★ SATISFACCIÓN PERCIBIDA EN PUÉRPERAS ADOLESCENTES FRENTE AL CUIDADO HUMANIZADO BRINDADO POR ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEÓZ DE LA CIUDAD DE CÚCUTA EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2022.

ANEXOS



MODALIDAD ORAL

TRASEGAR DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN SUS DOS DÉCADAS: AYER, HOY Y MAÑANA

Olga Marina Vega-Angarita¹

Resumen

Objetivo: El presente trabajo busco establecer el contexto histórico y de desarrollo alcanzado por el grupo de investigación de cuidado desde el 2002 hasta el presente año. **Metodología:** Se llevó a cabo una revisión histórico documental basado en cinco fuentes de información usadas de manera complementaria: 1) publicaciones oficiales del gobierno nacional en el marco de las reformas de la educación superior, 2) documentos de la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, 3) publicaciones en sitios webs (plataforma ScienTI Minciencias e institucional), 4) documentos institucionales que situaron los antecedentes normativos de la investigación y 5) informes técnicos de gestión del grupo de investigación. Adicionalmente se efectuaron entrevistas con participación de tres docentes que ejercieron el cargo como directoras del grupo de investigación de cuidado. Sus opiniones y puntos de vista complementaron la información histórica recopilada. El trabajo se estructura alrededor de tres preguntas orientadoras que son: Devenir histórico, qué hemos logrado? y hacia dónde vamos?, en ese sentido, presenta inicialmente una síntesis de los principales que hechos fundacionales que dieron lugar al origen del grupo; luego lleva a cabo la descripción de la evolución y logros alcanzados a lo largo de sus dos décadas de gestión. Finalmente se señala los principales desafíos a enfrentar y definición de estrategias que garanticen el sostenimiento y categorización del grupo como evidencia de logro e impacto generado a futuros procesos de alta calidad.

Palabras clave: Grupo de investigación; Enfermería; Ciencia y Tecnológica; Cuidado de enfermería.

¹ Doctora en Educación; Magíster en Enfermería Cuidado Paciente Crónico. Profesora Titular, Programa de Enfermería. Grupo de Investigación Cuidado de Enfermería-GICE, Universidad Francisco de Paula Santander. Correo: olgavega@ufps.edu.co  [0000-0002-5525-0088](https://orcid.org/0000-0002-5525-0088)

Resultados

I. Ubicándonos en la historia: elementos fundacionales del grupo de investigación de cuidado

Dinámicas del contexto, tanto externas como internas, sustentaron para el año 2002, a saber: 1. Cambios en los lineamientos de calidad y evaluación de la educación superior; 2. Impulso a nivel nacional y regional a la Ciencia y la Tecnología; 3. Lineamientos para el desarrollo de Investigación en Enfermería (1); 4. Direccionamiento normativo de la Vicerrectoría Asistente de Investigación y Extensión y del Consejo Académico de la institución; 5. Estado del arte de la investigación en el programa de enfermería.

En Colombia los procesos de acreditación de alta calidad tienen como referencia cronológica: año 1995, fecha cuando comienza a operar el Consejo Nacional de Acreditación (CNA) como organismo encargado de coordinar el Sistema Nacional de Acreditación. Con base en los documentos oficiales del Ministerio de Educación Nacional (2013) se señala que: “los años 2003, 2006 y 2010 constituyen un periodo en el que se generaron importantes cambios en la orientación de los procesos de acreditación (2), sea de programas al inicio del proceso, o de las instituciones”. El compromiso con la investigación representada en características de los lineamientos de acreditación en las ediciones antes mencionadas, para el año 2012 se le otorga mayor relevancia al integrarlo como factor, que a la fecha se articula como aspecto clave de los fundamentos normativos del aseguramiento de la calidad, para otorgar un registro calificado (3) o una acreditación en alta calidad (4) según sea el caso.

En el Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006 (6), en el tema de ciencia tecnología e innovación, se estableció “el apoyo a la consolidación de la comunidad científica en formas asociativas tales como centros de investigación científica, grupos y centros de desarrollo tecnológico, centros regionales de productividad, redes de investigación científica y tecnológica y programas de cooperación técnica internacional” (pág. 128). Por su parte, en el contexto regional se definieron estrategias operativas en el desarrollo de la ciencia y la tecnología en el Norte de Santander con la consideración de la investigación como un aspecto determinante.

Respecto al fomento de la actividad investigativa para el desarrollo académico y profesional, la Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería (6) en el plan de desarrollo 2009-2018 estableció dentro de sus prioridades el fomento investigativo disciplinar profesional definiendo en sus lineamientos tres proyectos marco a saber: 1) la formación del recurso humano, 2) desarrollo de líneas, grupos y proyectos de investigación, y 3) articulación de docencia-servicio.

Desde lo institucional, la Universidad Francisco de Paula Santander emprendió un proceso de adecuación normativa a través del Acuerdo 051 de 2002 donde se estructuró el sistema de investigación institucional, que como parte de las dinámicas de actualización y de cambio, para el año 2012 expide como nueva normativa el Acuerdo 056 (7) que reglamenta el Sistema de Investigaciones y se reconocen como unidades operativas del sistema, los Centros, Grupos y Semilleros de Investigación. En los referentes conceptuales del mencionado Acuerdo, se precisa de lo que se entiende por un grupo de investigación, adoptando la definición dada por COLCIENCIAS como: “un grupo de personas que se reúnen para realizar investigación en una temática dada, formulan uno o varios problemas de su interés, trazan un plan estratégico de largo o mediano plazo para trabajar en él, y producen unos resultados sobre el tema de conocimiento en cuestión”.

Otro aspecto importante en la creación del grupo tuvo que ver con el proceso reflexivo asumido por algunas docentes por profundizar y clarificar cuestionamientos relacionados con la naturaleza, alcance y objetivos del conocimiento de la enfermería, tales como: ¿Qué es la enfermería?, ¿Qué Significa?, ¿Qué pretende?, ¿Qué debe hacer y Cómo Hacerlo?, ¿Qué fundamentos lo apoyan?, ¿Qué se espera de ella?, y ¿Cuál es el resultado de sus acciones? Preguntas fundamentales acerca de la esencia del grupo de investigación, su misión, objetivo perseguido y contribución al programa académico.

Adicional al desarrollo de esta actividad, en el proceso de revisión del estado del arte de la investigación del programa de enfermería se reportó heterogeneidad en las investigaciones formativas, con temáticas dispersas y bajo desarrollo investigativo en el tópico de cuidado de la persona y su colectivo. Desde lo metodológico, se notó predominio de estudios con enfoque marcado en lo cuantitativo.

II. Hitos de valor en el tiempo

Lo anterior fue el cimiento para que el grupo de investigación de cuidado de enfermería desde su inicio en el 2002 decidiera la línea de investigación saber y práctica del cuidado, tres (3) sublíneas: Conceptualización del cuidado, modelos y prácticas de cuidado de enfermería en el individuo y grupos específicos, y la de gestión como alternativas para avanzar en el conocimiento. Dieciséis (16) años después, sus integrantes determinan reorientar las líneas de investigación y reenfocar sus esfuerzos en pro a los desafíos que el contexto plantea a la disciplina, al sistema de ciencia, tecnología e innovación y a los procesos de aseguramiento de la calidad.

En ello se definieron cinco líneas temáticas que tienen como eje vertebrador la enfermería como ciencia y disciplina: 1. Cronicidad, el cuidado y paliación, 2. Enfoques de cuidado desde la perspectiva teórica, 3. Bioética, Éticas del cuidado, Derechos Humanos, Biopolítica y desarrollo Humano, 4. Innovación, la calidad, Modelos de atención, la gestión y el uso de las Tic en enfermería, y 5. Salud global, Migración, Procesos sociales y Políticas Públicas. A continuación se presentan las líneas investigativas señalando los objetivos establecidos (Tabla 1) líneas

Tabla 1. Líneas de investigación del grupo de investigación: cambios y evolución

Años 2006- 2021		Año 2022	
Línea de investigación	Sublíneas de Investigación	Línea de investigación	Objetivo
Saber y práctica del cuidado	Conceptualización del cuidado.	Cronicidad, el cuidado y paliación	Investigar sobre los abordajes que requiere el paciente crónico y sus cuidadores, que incluya indagaciones sobre aspectos preventivos, el enfoque de cuidados, la paliación y la responsabilidad de las personas, comunidades y grupos sociales sobre su propia salud.
		Enfoques de cuidado desde la perspectiva teórica	Fundamentar la investigación en enfermería sobre la base de los modelos y teorías que constituyen el corpus de la profesión, apoyando la construcción del conocimiento propio de la disciplina.
		Bioética, Éticas del cuidado, Derechos Humanos, Biopolítica y desarrollo Humano	Orientar la investigación en enfermería hacia una práctica con sentido ético, social y cultural; enmarcada por las relaciones con los sujetos de cuidado, que involucra la preocupación por los otros, los dilemas reales en salud y que busca ampliar las posibilidades de desarrollo de los sujetos de cuidado.
		Innovación, la calidad, Modelos de atención, la gestión y el uso de las Tics en enfermería.	Promover la investigación en la gestión del cuidado en enfermería, mediante la indagación sobre los aspectos relacionados con: la atención de calidad, que promueva servicios de salud humanizados, con eficiente utilización de los recursos, enfocada en el uso de tecnologías, para brindar cuidados pertinentes al paciente, familia y comunidad.
	Gestión del cuidado.	Salud global, Migración, Procesos sociales y Políticas Públicas	Determinar dentro del área de estudio, la investigación y la práctica su relación con temas determinantes en salud a nivel global, mediante un abordaje multidisciplinar, transdisciplinar e interdisciplinar cuando las necesidades investigativas lo ameriten de tal forma que se pueda promover la colaboración y sinergia entre la prevención con base poblacional y el cuidado clínico a nivel individual y colectivo, sobre la base de la mejor evidencia posible.

Fuente: Archivos documentales del Grupo de Investigación

Evolución del Signo distintivo o logo del grupo de investigación. Desde la formalización del grupo se identificó con la sigla GICE que representa Grupo de Cuidado de Enfermería, en el año 2006 se diseñó por parte de las integrantes del grupo el logo o signo del grupo vigente hasta el 2022; fecha en que se actualiza con ajustes en la descripción de la sigla GINCUS, que significa Grupo de Investigación para el Cuidado de la Salud. Visualmente el logo símbolo actual, se representa de afuera hacia adentro en un gran círculo rojo que bordea la imagen y simboliza el dinamismo de sus integrantes y el deseo de adentrarse a los temas de la salud. Le sigue en el diseño, un gran libro que representa la sabiduría y que alberga en su interior un par de manos que se encuentran abiertas que sostienen el concepto del CUIDADO, referente que orienta los procesos investigativos del grupo. Así mismo, al interior de las manos se encuentra la representación alegórica de los sujetos cuidado de la salud (Imagen 1).

Imagen 1. Versión inicial y actual del Signo distintivo del grupo de investigación



Hacia el año 2003, el programa de Enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander formalizó convenio interinstitucional con la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia que buscaba promover la formación posgradual a nivel de Maestría en Enfermería. En tal proceso, para el año 2005 se propuso el desarrollo del Foro Regional de Investigación en enfermería, evento que convocó a los maestrantes procedentes de Arauca, San Antonio del Táchira y Cúcuta. Los temas fueron encaminados hacia cinco sublíneas de cuidado: Materno perinatal, Salud cardiovascular, Gerencia en servicios de salud y enfermería, Salud familiar y Cuidado de personas que viven situación de enfermedad crónica. Para el mismo año y como evidencia de éxito del convenio académico entre las universidades, 6 docentes del programa de enfermería de la Universidad culminaron su formación en maestría (Imagen 2).

Imagen 2. Cartel promocional del Foro regional de investigación en enfermería, 2005



Fuente. Archivo documental, convenio interinstitucional Universidad Nacional de Colombia- Universidad Francisco de Paula Santander, 2005

Desde el año 2008, se ha tenido participación en el trabajo colaborativo con la Red Latinoamericana de Cuidado al Paciente Crónico y la Familia, “Red CroniFam”, de la Facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, líder de la red (8) e institución ancla de las unidades investigativas vinculadas. Se representa en una alianza de seis países (Argentina, Brasil, Colombia, Chile, España, Guatemala y México), relacionamiento bastante provechoso que ha permitido estrechar lazos de cooperación con desarrollo de proyectos de investigación en conjunto, participación en congresos, encuentros y seminarios donde se han promovido el intercambio de experiencias en torno a los afectados por enfermedad crónica, su familia y cuidadores.

En el tiempo transcurrido por el grupo, la realización de encuentros binacionales e internacionales ha constituido un importante esfuerzo por aportar a la visibilización del trabajo investigativo, mejorar la práctica docente-asistencial y cualificar la prestación del cuidado. A partir del año 2006 y con periodicidad anual se han promovido un total 15 encuentros de cuidado en el ámbito binacional e internacional, espacios propicios para la reflexión y socialización de temáticas referentes al cuidado.

Estos eventos han logrado convocar a importantes académicos e investigadores, procedentes de diversos países como Alemania, Brasil, Chile, Ecuador, Estados Unidos, España, México, Portugal, Panamá, Perú, Salvador, Suiza, Uruguay; además de las diferentes regiones del país; abarcando ejes temáticos como: Aplicación de modelos en el cuidado de la persona y colectivos, Ética del cuidado, Innovaciones tecnológicas en el cuidado, Cuidado y rehabilitación, Cuidado cultural, Cuidado en procesos crónicos, Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, entre otras. Se registra la presentación de un total de 257 ponencias en la modalidad oral y poster; el mayor número correspondió a trabajos académicos e investigativos de docencia, un bajo número a las instituciones prestadoras de servicio, organizaciones de salud y agremiaciones de enfermería.

Aquí es importante resaltar que cada versión de los eventos de cuidado efectuados se cuenta con la producción de memorias y el respectivo ISSN; el último en línea 2346-2582. En la tabla 2 se describen algunos de los temas centrales de los eventos convocados: primer encuentro binacional de cuidado y de los últimos cuatro años (2018,2019,2020, 2021); con la misma descripción, en la imagen 3 se muestra un comparativo con el primer cartel divulgativo del evento (2003) y de los cuatro últimos años.

Tabla 1. Temas centrales del primer encuentro de cuidado y de los últimos cuatro años (2018- 2021)

Encuentro	Año	Tema central
I Encuentro Binacional del Cuidado de Enfermería	21 y 22 agosto 2003	
XI Encuentro Binacional	27 y 28 septiembre 2018	Reconocimiento Social de Enfermería en las Prácticas de Cuidado
II Internacional de cuidado y II Regional de estudiantes de enfermería	18-20 septiembre 2019	Dimensiones del cuidado frente a los desafíos de la práctica
XII Encuentro Binacional de Cuidado, I Webinar internacional de cuidado de enfermería	14-16 octubre 2020	Diversidad y universalidad en las prácticas de cuidado
VIII encuentro Internacional de Cuidado y II Webinar internacional de Cuidado	18-20 Noviembre 2021	La labor de trabajadores y cuidadores de la salud, componentes esenciales para la atención sanitaria

Fuente. Archivos documentales del Grupo de Investigación

Imagen 3. Cartel del primer encuentro de cuidado y de los últimos cuatro años (2018- 2021)



Fuente. Elaboración propia a partir de los documentos oficiales del grupo de investigación.

Un hecho sobresaliente en el período de 2005- 2021 está relacionado con la formación posgradual alcanzada por los integrantes del grupo, situación que propicio el incremento en la producción académica y científica en materia de artículos científicos, libros, capítulos de libros; en producción técnica y tecnológica en términos de conceptos e informes técnicos, productos de desarrollo tecnológico e innovación como regulaciones, normas y reglamentos técnicos y consultorías; y en la generación de productos de formación de recurso humano en ciencia, tecnología e innovación (CTI) con la participación en la dirección de trabajos de grado de pregrado y maestría, contribuciones que han aportado a la generación de conocimiento en la solución de problemas de la región Nortesantandereana y sociedad en general.

La participación en convocatorias internas para la financiación de proyectos de investigación al interior de la universidad, que se da desde el Fondo de Investigación Universitaria (FINU) y se administra desde el Fondo Rotatorio de Investigación y Extensión, también ha sido otros de los indicadores que han permitido mostrar el camino recorrido por el grupo en términos de productos de investigación derivados de los mismos. La tabla 2, describe los avances alcanzados por el grupo de investigación desde lo cuantitativo.

Tabla 2. Estadísticas de la producción académica, científica y tecnológica, resultados de nuevo conocimiento alcanzado por el Grupo de investigación de Cuidado

Producción académica, científica y tecnológica	
Artículos de investigación	60
Libros de investigación	3
Libros de divulgación	2
Capítulos de investigación	6
Otras publicaciones divulgativas	4
Artículo revistas no indexadas	11
Producción técnica y tecnológica	
Conceptos técnicos	3
Informes técnicos	7
Productos de desarrollo tecnológico e innovación	
Regulaciones, Normas y Reglamentos Técnicos	10
Consultorías Científicas	2
Ediciones	15
Productos resultados de actividades de Formación del Recurso Humano en CTI	
Trabajo de Grado de Maestría	5
Trabajo de grado de pregrado	140

Fuente. Condensada con base en los datos aportados en el aplicativo de GrupLAC

Otro aspecto que se resalta es la vinculación del grupo en el Programa Jóvenes Investigadores (9), iniciativa que hace parte de la estrategia de apoyo a la formación para la Ciencia, la Tecnología y la Innovación - CTI de la Política Nacional de Fomento a la Investigación y la Innovación. A través de ella se promueve la iniciación y el entrenamiento de los jóvenes colombianos en el ámbito científico con el fin de adquirir un perfil de investigadores capaces de generar soluciones a las necesidades reales de conocimiento en el país. Sobre ello, un indicador de gestión lo ha constituido la participación de dos egresados en la convocatoria nacional jóvenes investigadores e innovadores.

En su trasegar, la evolución histórica alcanzada por el grupo se representa, de una parte, en el aval institucional que le fue otorgado desde el año 2009 por la Vicerrectoría Asistente de Investigación y extensión mediante convocatoria interna; de otra parte, el logro de indicadores de impacto asociados a la producción de apropiación social y circulación del conocimiento o productos resultado de actividades académico-investigativa-extensión. A continuación se presenta el comportamiento general del Grupo de Investigación de Cuidado y de docentes investigadores, su respectiva clasificación conforme al cumplimiento de las especificidades establecidas por Minciencias en las respectivas convocatorias de Medición.

Tabla 3. Comportamiento general del Grupo de Investigación de Cuidado y de docentes integrantes a Convocatoria nacional para el reconocimiento y medición de grupos y de investigadores

Convocatoria nacional de medición grupos de investigación	Clasificación de grupo	2010	2016	2017	2018	2019 - Actualidad
	A ₁					
	A					
	B					x
	C			X		
	D		X			
Jóvenes investigadores reconocidos COLCIENCIAS	Clasificación de investigador	2010	2016	2017	2018	2019 - Actualidad
	Senior					
	Asociado			1	1	1
	Junior			2	2	1
Jóvenes investigadores reconocidos COLCIENCIAS		2010	2016	2017	2018	2019 - Actualidad
						2

En la dinámica integrativa de la investigación durante el proceso formativo de los estudiantes y como parte del sistema de investigación previsto institucionalmente en el Acuerdo 056 de 2012 (7), un semillero de investigación representa un espacio de formación investigativa, que le permite al estudiante la reflexión y apropiación del conocimiento a partir del análisis de problemas o necesidades detectadas en el área del saber, utilizando el método científico. A la fecha el Grupo de investigación de cuidado cuenta con dos semilleros de investigación los cuales son una base representativa de formación, por cuanto involucran a los estudiantes y se ofrecen como espacio propicio para desarrollar habilidades de trabajo en equipo, liderazgo, comunicación y construcción colectiva. Han participado en diferentes eventos de índole regional, nacional e internacional; han recibido capacitación de invitados expertos en el área específica de cuidado, investigación, administración y gestión de proyectos, estadística y lecto-escritura, entre otros.

En línea de tiempo, el Semillero de Investigación Rumbo al Conocimiento (SEIRCO) creado en el año 2010 con el propósito de “fomentar la cultura investigativa en el cuidado a través de experiencias formativas y el desarrollo de proyectos que respondan a problemas relacionados con los fenómenos de interés de la disciplina de Enfermería y su práctica profesional. Integrado por 21 estudiantes y coordinado por una docente integrante del grupo”.

Signo distintivo o logo del semillero. Con respecto al formato de presentación del logotipo del semillero en el año 2008 inicia con la sigla SIRCO y en el año 2021 se moderniza con ajustes en la descripción de la sigla a SEIRCO, conservando algunos de los elementos visuales que dieron origen. Visualmente el logo destaca la lupa como elemento que rodea la imagen y representa la observación de los detalles, la búsqueda de datos y el descubrimiento de nuevas formas de entender el mundo. Esta lupa muestra una lámpara en forma de bombillo que simboliza el emprendimiento de una nueva idea, en cuyo interior existe una fuente inagotable de conocimiento, con la llama encendida que significa la evidencia, el producto y los hallazgos derivados del desarrollo de la investigación. Finalmente, muestra el árbol de la sabiduría en permanente crecimiento en el que sus ramas ofrecen sombra a las nuevas generaciones, sus raíces simbolizan las bases y su tronco los valores, pilares de la vida personal y profesional (imagen 3).

Imagen 3. Signo distintivo de Semillero de Investigación Rumbo al Conocimiento (SEIRCO)



Por su parte el semillero Gestores de Investigación del Cuidado de Enfermería (GESICE) creado mediante acta No 13 de diciembre 2018, con la finalidad de “fortalecer y promover la cultura de la investigación en los estudiantes, en relación con los fenómenos de la disciplina profesional, que puedan dar respuesta a las necesidades de Cuidado de la persona, la salud y el ambiente, articulados a las líneas de investigación del grupo” (10).

Signo distintivo o logo. Según formato de presentación del semillero, el logo consiste en unas manos que cubren una lámpara representativa en Enfermería (signo distintivo evocado por la enfermera Florence Nightingale, símbolo de ciencia, conocimiento, claridad), esas manos a su vez asemejan por su color y su forma redondeada al planeta tierra. La lámpara está cubierta por ambas manos en los polos opuestos; esta no tiene relleno de color, está hecha con un trazo que representa la transparencia. A la fecha le fue concedido el certificado de registro distintivo de la Superintendencia de Industria y Comercio mediante Resolución 3086, 31 enero 2022 (imagen 4).

Imagen 4. Signo distintivo de Semillero Gestores de Investigación del Cuidado de Enfermería (GESICE)



III. Desafíos y estrategias de respuesta para el sostenimiento del grupo de investigación

Son varios los puntos de encuentro que se lograron identificar frente a los desafíos y estrategias para el sostenimiento del grupo de investigación. Sobre el tema existen consensos en los argumentos de las tres directoras con respecto a la necesidad de seguir aunando esfuerzos para posicionarlo a categorías superiores en próximas convocatorias nacional para el reconocimiento y medición de grupos. Igualmente sus argumentos convergen en la definición de acciones estratégicas colectivas tendientes a su logro, a continuación se hará mención de ello.

- Mantenimiento de la cualificación docente a nivel de estudios avanzados en doctorados y posdoctorados como oportunidad para el desarrollo pedagógico y disciplinar.
- Promover la internacionalización de la investigación a través de los relacionamientos de cooperación interinstitucional para la producción y circulación del conocimiento conjunto.
- Fortalecimiento de las líneas de investigación con productos que aporten al desarrollo del conocimiento enfermero y al mejoramiento de la práctica profesional desde el abordaje de los problemas y fenómenos que se identifican en la dinámica de la zona de frontera y a nivel nacional.
- Incrementar el trabajo en red a nivel nacional e internacional apoyado en las tecnologías actuales como oportunidad de aprendizaje y desarrollo.
- Visibilizar los desarrollos alcanzados por los investigadores del grupo incrementando la productividad y la participación en espacios de apropiación del conocimiento.
- Participar en convocatorias nacionales e internacionales para financiación de proyectos en correspondencia con las líneas de investigación del grupo.
- Formar jóvenes investigadores que contribuyan a la generación del conocimiento en la atención a problemas de salud y enfermería presentes en la región.

Referencias Bibliográficas:

1. Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería – ACOFAEN. Plan de desarrollo 2018 - 2029. [Internet] Bogotá, D.C., marzo de 2018. [Consultado 28 julio 2022]. Disponible en: https://acofaen.org.co/?jet_download=8639
2. Ministerio de Educación Nacional. Estado del arte del sistema nacional de acreditación e identificación de rutas y tópicos de investigación y profundización para el mejoramiento de las condiciones de calidad. Convenio Andrés Bello. [Internet] Bogotá, abril de 2013. [Consultado 6 agosto 2022]. Disponible en: https://convenioandresbello.org/cab/wp-content/uploads/2019/06/Estado_del_arte_Sistema_Nacional_Acreditacion.pdf
3. Ministerio de Educación Nacional. Resolución 021795, por la cual se establecen los parámetros de autoevaluación, verificación y evaluación de las condiciones de calidad de programa reglamentadas en el Decreto 1075 de 2015, modificado por el Decreto 1330 de 2019, para la obtención, modificación y renovación del registro calificado. [Internet] Bogotá D.C.: El Ministerio 2020 [Consultado 10 agosto 2022] Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1780/articles-402045_pdf.pdf
4. Consejo Nacional de Educación Superior-CESU. (2020). Acuerdo 02 de 2020. Actualiza el modelo de acreditación de alta calidad. [Internet] Bogotá D.C: El consejo; 2020 [Consultado 10 agosto 2022] Disponible en: <https://siteal.iiep.unesco.org/bdnp/3179/acuerdo-022020-actualiza-modelo-acreditacion-alta-calidad>
5. Departamento Nacional de Planeación. Bases Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006, hacia un estado comunitario. [Internet] 2002. [Consultado 8 agosto 2022] Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/pnd/pnd.pdf>
6. Ariza C, Salazar A, Herrera F, Vélez C, Pico M, Castellanos F. Lineamientos de Investigación en Enfermería. Consejo Científico. Comité Permanente de Investigación en Enfermería COPEI. Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería. ACOFAEN. [Internet] 2014. [Consultado 10 agosto 2022] Disponible en: https://acofaen.org.co/wp-content/uploads/2021/12/COPEI_Investigacion.pdf
7. Acuerdo 056 de 2012. Sistema de Investigaciones y se reconocen como unidades operativas del sistema, los Centros, Grupos y Semilleros de Investigación
8. Barrera L. Redes y grupos colaborativos: una opción para investigación. En: Grupo de Cuidado (Díaz, LP). Avances en el cuidado de enfermería. Unibiblos: Bogotá. 2010. P.441-454.
9. Universidad Francisco de Paula Santander. Jóvenes investigadores e innovadores UFPS atienden y dan respuesta a las problemáticas regionales. [Internet] 28 marzo 2019 [Consultado 16 agosto 2022] Disponible en: <https://ww2.ufps.edu.co/unoticia/-jovenes-investigadores-ufps->
10. Velandia Galvis, Portafolio Semillero de Investigación Gestores de Investigación del Cuidado de Enfermería (GESICE) (2018).

EVOLUCIÓN Y DESARROLLO DE LA CIENCIA DEL CUIDADO

Héctor Rosso¹

Conceptualización del cuidado

Roach (1992), explica cómo el cuidado es inseparable de nuestra naturaleza como seres humanos. Cuidar es una forma humana de ser. El cuidado implica una respuesta a alguien o algo que importa, una reacción a lo que sentimos que es significativo en sí mismo.

Cuidar es la esencia y foco central de la enfermería (Leininger, 1977).

Todas las personas cuidan en virtud de su humanidad, una visión esencial que fundamenta el enfoque de la enfermería como disciplina y profesión (Boykin & Schoenhofer, 1993).

En la profesionalización del cuidado, cuidar implica una respuesta a los demás que encarna conocimientos, acciones, actividades, comportamientos y habilidades con el fin de cumplir el compromiso de enfermería de facilitar la salud humana y el mejoramiento para todos (Butcher, 2022).

Fundamentos filosóficos del cuidado

Ingredientes para el cuidado (Mayeroff)

- Conocimiento
- Reconocer ritmos alternos
- Paciencia
- Honestidad
- Confianza
- Humildad
- Esperanza
- Coraje

¹ RN, BSN, MA Director WCSI Latino - Ibero-América Watson Caring Science Institute Faculty, CCEP - Caritas Coach® - Senior Scholar. PhD student - FAU (Florida Atlantic University). Correo: hector@watsoncarinscience.org

Atributos de cuidado (Roach, 1992)

- Compasión
- Competencia
- Confianza
- Conciencia
- Compromiso
- Comportamiento

Cuidar como el arte de la enfermería

- ❖ El cuidado se aprende y se puede enseñar
- ❖ Cuidar es un modo de Ser
- ❖ Cuidar es un acto de belleza y amor
- ❖ No hay cura ni sanación sin cuidado
- ❖ Cuidar es un imperativo moral
- ❖ Cuidar es transformacional

Ciencia del Cuidado: en la disciplina de enfermería, es el conjunto de conocimientos, alcanzado a través de la investigación intencional y el desarrollo de teorías, centrado en la relación del cuidado con la salud, la sanación y el bienestar de la persona en su totalidad dentro del contexto de la familia, la comunidad, la sociedad y en el entorno global.

Definición de Enfermería de la ANA (2022).

“La enfermería integra el arte y la ciencia del cuidado y se enfoca en la protección, promoción y optimización de la salud y el funcionamiento humano; prevención de enfermedades y lesiones; facilitando la curación/sanación; y el alivio del sufrimiento a través de la presencia compasiva. Enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas y la defensa en el cuidado de individuos, familias, grupos, comunidades y poblaciones en reconocimiento de la conexión de toda la humanidad”.

Grandes teorías sobre el cuidado.

- ✓ J. Watson – Teorías de la ciencia del cuidado unitario y el cuidado humano.
- ✓ M. Leininger – Teoría de la cultura del cuidado y la diversidad.
- ✓ A. Boykin y S. Schoenhofer – Teoría de la enfermería como cuidado.

Teorías de rango medio.

- ✓ M. Ray – Teoría del cuidado burocrático.
- ✓ P. Liehr y M. J. Smith – Teoría de la historia.

Teoría del Cuidado Burocrático (BCT “Bureaucratic Caring Theory”)

Es una síntesis que emerge del análisis filosófico de Hegel, en la dialéctica entre la Tesis del Cuidado Humanista (ámbitos ético-espiritual, sociocultural, educacional, físico) y la Antítesis del Cuidado como Burocrático (ámbitos económico, político, legal y tecnológico). Esto lleva a identificarse con la estructura y el modelo de nuevas variaciones del significado de los fenómenos del cuidado en culturas organizacionales.

Significado Conceptual de Burocracia

Complejidad socio estructural y cultural de los sistemas institucionales y organizacionales.

- Roles especializados y jerarquía de roles.
- División trabajo, de roles y diferenciación, responsabilidad, rendición de cuentas.
- Política, relaciones de poder, control, autoridad.
- Económico, intercambio de bienes, presupuesto de servicios, financiero, etc.
- Tecnológicos, compra y uso de recursos no humanos.
- Legal, normas, regulaciones, políticas.
- Reclutamiento basado en el mérito.

Teoría del Cuidado Burocrático “BCT”

Dra. Ray y su Teoría de la Atención Burocrática (BCT) utiliza un modelo holográfico multidimensional para facilitar la comprensión del cuidado dentro del complejo entorno de los sistemas de atención de la salud.

Ámbitos de la Teoría del Cuidado Burocrático (conceptos principales de los dominios)

Cuidado: Enfoque en la relación entre Caridad y Acción Correcta, Amor y Compasión, actuar por el otro ante el sufrimiento y la necesidad, la justicia con lo que se debe hacer. Significado del cuidado como amor, compasión, respeto, confianza, obligación moral, o acción correcta por el bien de los otros, de las culturas y la sociedad.

Cuidado Espiritual-Ético: Foco en valores, interconexión holística; Cuerpo – Mente – Espíritu, y elección moral.

Socio-Cultural: Foco en el significado del cuidado, dentro de las interacciones sociales, incluye apoyo a diversidad e inclusión: comunicación, buscar la comprensión de diversos grupos, grupos de parentesco y étnicos, familias, organizaciones y culturas nacionales y globales.

Política: Foco en el significado del cuidado dentro de las estructuras de poder y gobernanza, y dentro de relación de autoridad entre personas, organizaciones sanitarias y organizaciones sociales.

Económica: Foco en el significado del cuidado en relación al intercambio de bienes, dinero, presupuesto de servicios, recursos humanos y materiales escasos, que son necesarios a la viabilidad económica de personas, unidades y organizaciones complejas.

Tecnológica: Foco en el significado del cuidado al usar recursos no humanos como máquinas, computadores, internet, textos, redes sociales, robots, tests de diagnóstico, agentes farmacológicos para mantener el bienestar de pacientes, personal y de las organizaciones.

Física: Foco en el estado físico de la persona, incluye al aspecto biológico y mental, como cuerpo, mente y espíritu y se interconectan e influyen mutuamente.

Legal: Foco en el significado del cuidado respecto a la responsabilidad y la rendición de cuentas, reglas, regulaciones, políticas, estándares profesionales, derecho a privacidad, a defensa frente a malas prácticas, a la medicina defensiva y de la enfermería.

Educacional: Foco en el significado del cuidado dentro de programas formales e informales de educación. Incluye uso de múltiples medios para entregar información, todas las formas de educar y compartir información, incluyendo la educación y la investigación entre distintas profesiones de la salud.

Lo central en la Teoría BCT es el Cuidado Diferencial:

Las características dominantes del cuidado varían desde las expresiones de cuidado de diversos participantes (pacientes, personal de enfermería y otras profesiones (diferenciación de roles), y las áreas o unidades de práctica que conducen a nuevos fenómenos experienciales en el marco y los conceptos estructurales sobre el significado del cuidado en organizaciones complejas

Teoría de la Ciencia del Cuidado Unitario. Teoría del Cuidado Humano.

Dra. Jean Watson

- ✓ La teoría de Jean Watson, se puede conceptualizar como una filosofía, una gran teoría.
- ✓ La teoría de Watson se compone de los 10 procesos caritas, la relación de cuidado transpersonal, la ocasión de cuidar y las modalidades de cuidado-sanación.
- ✓ La teoría de Watson se basa en una dimensión espiritual que afirma que el cuidado transpersonal conecta y abraza el espíritu o el alma de otra persona.

Conceptos básicos de Jean Watson

Teoría del Cuidado Humano® / Ciencia de Cuidado Unitario®

Principios y Prácticas básicas: (Watson, 2008, 2018).

- Práctica de la bondad amorosa y ecuanimidad en equilibrio interior con uno mismo y los demás. El cuidado para otros empieza con el cuidado por uno mismo y en atender el bienestar propio. (Desarrollar y mantener relaciones de amor bondadoso y confianza en los cuidados).
- El cultivo de la propia práctica espiritual hacia la integridad de la mente y el cuerpo, más allá del ego.
- Ser el ambiente de cuidado-sanación.
- Presencia auténtica, posibilitando la fe, la esperanza, el sistema de creencias; Honrando el mundo interior subjetivo de la vida de uno mismo y de los demás.
- Permitir los milagros y estar abierto a eventos inesperados e inexplicables de la vida que no tienen respuestas racionales.

Los Siete Sutras (Watson, 2021).

Quiétude – Estar quieto. Silencio – Escuchar el silencio. Soledad – Pasa tiempo en soledad. Espíritu – Siente y honra tu espíritu. Simplicidad – Perdona a los demás, limpia y suelta para simplificar. Servicio – Conéctate y comparte a través del servicio. Rendirse – Abrirse, permitir y recibir a través de la rendición.



Referencias Bibliograficas

1. Smith M. (2020). Nursing theories and nursing practice. (5th ed.,). F.A. Davis
2. Watson J. (1988). Nursing: human science and human care a theory of nursing. National League for Nursing.
3. Watson J. (2005). Caring science as sacred science. F.A. Davis Company.
4. Watson J. (2008). Nursing: The philosophy and science of caring. (rev. ed.). University Press Colorado.
5. Watson J. (2018). Unitary caring science the philosophy and praxis of nursing. University Press Colorado.
6. Watson, J. (2021). Caring science as sacred science. (rev. ed.). Lotus Library.
7. www.watsoncaringscience.org (Official website of the Watson Caring Science Institute and Dr. Jean Watson's theory, works, and networks.) Copyright © 2020 Watson Caring Science Institute. All rights reserved. Document is based on Jean Watson's publications and Theory of Human Caring & Unitary Caring Science. Document developed by A. Lynne Wagner, EdD, MSN, RN, FACCE, Caritas Coach®; Jean Watson, PhD, RN, AHN-BC, FAAN, LL-AAN; and Chantal Cara, RN, MSc, PhD, FAAN.
8. Davidson, Ray, M. A., & Turkel, M. C. (2011). Nursing, caring, and complexity science: for human-environment well-being. Springer Pub.
9. FAU Christine E. Lynn College of Nursing (20 de octubre de 2022). Caring Science Series - Part 1 of Dr. Marilyn A. Ray's "Caring Science Series" which is an introduction to Transcultural Caring Dynamics in Nursing and Health Care. <https://www.youtube.com/watch?v=pSlcHFg-N3c&list=PLqX-cZv8EvsRw41-lp-114rtDPqrkyotz&index=12>
10. Ray, M. (2021). Evolution of Ray's theory of bureaucratic caring. International Journal of Human Caring, 25(3). 159-175.
11. Ray, M. & Turkel, M. (2020). Marilyn Anne Ray's Theory of Bureaucratic Caring. In M. Smith (Ed.), Nursing theories and nursing practice (5th ed.) (pp. 449-467). F. A. Davis.
12. Ray, M. (2016). Transcultural caring dynamics in nursing and health care (2nd ed.). F. A. Davis.
13. Ray, M. & Turkel, M. (2014). Caring as emancipatory caring praxis. Advances in Nursing Science, 37(2), 132-146.
14. Ray, M. & Turkel, M. (2012). A transtheoretical evolution of caring science within complex systems. International Journal of Human Caring, 16(2), 28-49.
15. Ray, M. (2010). Creating caring organizations and communities through communitarian ethics. Journal of the World Universities Forum, 3(5), 41-52.
16. Ray, M. (2010). A study of caring within an institutional culture: The discovery of the theory of bureaucratic caring. Lambert Academic Publishers.
17. Ray, M. (1997). Illuminating the meaning of caring: Unfolding the sacred art of divine love. In M. Roach (Ed.), Caring from the heart: The convergence of caring and spirituality. Paulist Press.
18. Ray, M. (1989). The theory of bureaucratic caring for nursing practice in the organizational culture. Nursing Administration Quarterly, 13(2), 31-43.
19. Ray, M. (1981). A study of caring within an institutional culture. Dissertation Abstracts International, 42(06), (University Microfilms No. 8127787).
20. Smith, M. C. (2020). Nursing theories and nursing practice. (5th. Edition). F.A. Davis.

LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA COMO EJE ESTRATÉGICO DEL CUIDADO

María Del Pilar Hilarión Madariaga

Resumen

La ACP es un concepto amplio: Atención centrada en: la persona, en el paciente, en la familia, en el cliente, la persona como un todo, cuidado o práctica personalizada.

Resultados esperados

- El acceso al servicio ha sido rápido y fácil y no he tenido que esperar mucho tiempo.
- Me he sentido en buenas manos y me han informado de lo que pasaría.
- He podido resolver las dudas que tenía y me surgían.

Resultados esperados en un programa de atención domiciliaria

- Me han ayudar a adaptar mi casa para vivir de forma autónoma.
- Cuando he tenido una urgencia en casa por la noche, he recibido atención por parte de profesionales que sabían de que les hablaba.
- He podido morir en casa tranquilo y en compañía de mi familia y con el apoyo adecuado.
- **ACP: Atención centrada en la persona:** aquella atención que **respeto y responde** a las preferencias, necesidades y valores de cada paciente, y garantiza que los valores del paciente guíen todas las decisiones clínicas.

Implicación de los pacientes en calidad

Rol de lo pacientes en la garantía de calidad:

Objetivo de la garantía de calidad

- Co-productores de su atención

¹ Subdirectora del Instituto Universitario Avedis Donabedian y Directora del Área Social, Salud Mental y de Atención a la Dependencia. Correo: philarion@fadq.org  [0000-0001-9731-9031](https://orcid.org/0000-0001-9731-9031)

Colaboradores de la garantía de calidad:

- Definiendo la calidad y sus estándares mediante lo que es o no aceptable para ellos.
- Evaluando la calidad (resultados según los pacientes i.e errores percibidos).
- Informando de su propia experiencia (encuestas de percepción y opinión).

Reformadores de la atención

- Participando de forma directa o indirecta en la organización de los centros y la garantía de calidad.

La implicación de los pacientes en la calidad

“Los pacientes y sus familias aportan una gran abundancia de aptitudes y conocimientos para la mejora (cualitativa) del trabajo. Ellos nos abren los ojos a la experiencia real del sistema. Nos ayudan a priorizar diciéndonos lo que es más importante para ellos. Nos proporcionan energía y sentido de urgencia indicándonos como nuestro trabajo afecta sus vidas. Y se implican para ayudar a mejorar la atención para sus propias familias y las de los demás”

Derechos de los pacientes y ética organización:

- Aprender sobre los propios derechos y dignidad en todos los ámbitos.
- Valoración de la competencia y apoyo en la toma de decisiones.
- Respeto de preferencias y valores.
- Plan anticipado de cuidados y testamento vital.
- Abordaje de las diferencias de opinión.
- Necesidad de comunicación y relación.
- Protección de personas vulnerables y víctimas de abuso.

Co-diseño: Un método para mejorar la experiencia de las personas en el cuidado de la salud que implica reunir experiencias de los pacientes y el personal y luego reunirlos para desarrollar mejoras en el servicio.

Cómo evolucionar hacia un centro enfocado a la persona

- Establecer una sistema de atención centrado en la persona requiere tiempo y compromiso a largo plazo.
- Se trata de transformar la cultura de la organización. Es una camino más que un destino final.
- Hay que adaptar las políticas y acciones a los éxitos y fracasos en cada etapa.
- Mejor hacer los pasos de uno en uno.

Que pueden hacer los centros?

- Parar un momento!!
- Identificar principales dimensiones de la calidad y seguridad que se han visto afectadas y que tengan mayor impacto en su centro y territorio.
- Priorizar, y no perderse en el análisis.
- Capitalizar las lecciones aprendidas!!!

Principales etapas:

1. Forme a todos los líderes de la organización en atención centrada en el paciente y la familia, incluya líderes de todas las áreas y haga que pacientes y familiares impartan parte de la formación.
2. Nombre un grupo de trabajo de atención centrada en la persona y incluya pacientes, familiares y personal con liderazgo formal e informal.
3. Evalúe la situación inicial de su organización.
4. Según los resultados de la evaluación establezca prioridades y desarrolle un plan de acción específico para su centro.
5. Integre los 4 principios de la atención centrada en la persona en la estrategia de la organización, en la misión y en su definición y prioridades del sistema de calidad.
6. Invite a pacientes y familiares a formar parte de comités clave del funcionamiento del centro.
7. Asegure soporte y educación a los pacientes que participan y de a los profesionales oportunidades de oírlos de primera mano. Inclúyalos en la acogida de nuevos profesionales y en educación continuada.
8. Repita la evaluación, monitorice los cambios y celebre los avances.

Algunos de los retos en ACP

- Accesibilidad
- Adecuación de las intervenciones
- Atención virtual y las nuevas formas de relación
- Health literacy: Emocional
- Comunicación i adaptación de circuitos
- Atención domiciliaria con diferentes niveles de complejidad (realidad dinámica)
- Abordaje de los determinantes sociales de salud

POLÍTICA NACIONAL DE ENFERMERÍA.

*Edilma Marlen Suárez Castro*¹

Antecedentes

- Leyes de enfermería y su cumplimiento
- Organizaciones de enfermería y trabajo colegiado
- Estudios dx documentos sobre talento humano en salud – lineamientos cie- estudios triple impacto
- Sistema general de seguridad en salud y sus modelos

Diagnóstico Nacional situación del personal de Enfermería

- Condiciones Laborales críticas
- Educación profesional y posgradual con poco reconocimiento
- Necesidad de Resignificación de la representación social de la Enfermería

Problemática identificada

- Precarización laboral, bajos salarios, sobre carga laboral y excesiva rotación, debido entre otras causas a la corta duración de los contratos, por órdenes de prestación de servicios
- Escasez de personal de enfermería y migración a otros países .
- Subutilización - funciones de carácter administrativo, incapacidad real de brindar cuidado directo a los pacientes y llevan a la delegación forzada de las responsabilidades profesionales del cuidado, a los auxiliares de enfermería.
- Desconocimiento de las leyes que reglamentan la Profesión
- Escaso reconocimiento de los estudios de posgrado de los profesionales
- Eliminación de las direcciones, coordinaciones y departamentos de Enfermería
- Se mantiene una distancia entre la formación y la realidad- convenios docencia servicio restringen la formación.
- Oferta de formación se da en las grandes ciudades, es poca o nula en las regiones más vulnerables.
- NO hay consumo de investigación, para la toma de decisiones con evidencia científica .
- Existe necesidad de capacitación y entrenamiento permanente para los profesionales, técnicos y auxiliares de enfermería.

¹ Enfermera, Doctora en Ciencias Sociales y Humanas, Magíster en Administración en Salud y en Estudios Políticos, y Especialista en Bioética. Profesora Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C, Colombia [0000-0002-8663-5909](tel:0000-0002-8663-5909)

- No es claro cuales son las áreas del conocimiento especializado que requieren ser fortalecidas para dar respuesta a las necesidades del país.
- Baja admisión, Alta deserción.
- Disminución o ausencia de puestos de dirección de enfermería en instancias institucionales, locales, sectoriales y nacionales.
- Existencia de barreras legislativas, regulatorias y culturales que limitan el desarrollo de todo el potencial del profesional de Enfermería
- Connotación de género de la profesión de Enfermería, profesional en una sociedad machista
- Baja influencia en la toma de decisiones y la organización de los servicios y sistemas de salud
- Poca iniciativa y motivación para pertenecer y participar de forma activa de los gremios y asociaciones profesionales establecidas en el país para tal efecto.
- Escasa participación política como gremio, lo que no ha facilitado la gestión de iniciativas propias de la profesión y la búsqueda de apoyo para las mismas

Objetivo de la política de talento humano en enfermería

Establecer lineamientos para el desarrollo del talento humano de enfermería en Colombia a través del fortalecimiento de condiciones laborales, la calidad de la educación en Enfermería y la autonomía y liderazgo profesional.

Alcance de la política de talento humano en enfermería

La presente política pública se debe ver reflejada en los planes, programas y proyectos relacionados con el desarrollo y fortalecimiento del ejercicio profesional de Enfermería en el país.

Enfoques de la política

Enfoque de género en enfermería

Enfoque diferencial e intercultural en enfermería

Enfoque de derechos

Enfoque de humanización del trabajo de enfermería



**PLAN
ESTRATÉGICO
2022-2032**

1) Condiciones laborales y desarrollo profesional de Enfermería

2) Educación en Enfermería y calidad en la formación

3) Autonomía y liderazgo profesional.

líneas de acción operativas

Ratificación del Convenio 149 de 1977 de la OIT, por el gobierno nacional

Formalización laboral y Seguridad y salud en el trabajo

Libertad sindical y negociación colectiva

Educación continua y formación de posgrado, en el ámbito laboral

Calidad en la formación del profesional de Enfermería en el pregrado

Calidad en la formación de postgrado en Enfermería

Educación continua para docentes

Incentivos para la Educación Superior en Enfermería

Incentivos para la Educación Superior en Enfermería

Investigación – Innovación y Tecnología en Enfermería

Fortalecimiento del Consejo Técnico Nacional de Enfermería, Asociaciones y organizaciones de Enfermería

Rectoría y representación de Enfermería

Visibilización y reconocimiento social de la profesión de Enfermería

Objetivos operacionales

Metas -actividades

Líneas estratégicas

ENFERMERÍA CONVERGENTE: UN MODELO DE GESTIÓN DE SALUD PARA LA ATENCIÓN PERSONAL, FAMILIAR Y SOCIAL.

Allan Rodríguez Artavia¹

Resumen

El presente trabajo tras una revisión del actuar y hacer de la enfermería. Objetivo: propone una alternativa para el abordaje en la atención de las necesidades de la persona, vista ésta desde las interacciones particulares, desde su grupo familiar y correspondencia social. Para ello, por medio de una representación del quehacer de la Enfermería en distintos niveles, establece un modelo de gestión y atención de la Salud, que logre desde su intervención, establecer un equilibrio de las relaciones e interacciones desde los elementos de la persona, familia, sociedad y contexto. (Método) Para su construcción se realizó una revisión y análisis de la teoría de sistemas, teoría de la ética convergente, y diferentes teorías de Enfermería, extrayendo de éstas elementos figurativos que constituyen parte de las bases de la propuesta suscrita. (Resultado) Se construyó una propuesta de representación y análisis de la realidad, en donde el profesional de enfermería pueda por medio de su intervención, revisar, comprender y gestionar los procesos de atención en salud de las personas. (Conclusiones) Se finaliza exponiendo sobre la aplicabilidad del Modelo de la Enfermería Convergente, como una posible guía u estrategia dentro del hacer profesional y cómo desde la utilización de este modelo se tiene la oportunidad de entablar una Enfermería que lidere y gestione los procesos de salud ofreciendo una intervención que proponga equilibrios y constituya estados de salud desde los distintos niveles de relación e interacción. .

Palabras clave: Enfermería; Convergente; Modelo; Gestión; Salud; Atención.

¹ Caja Costarricense del Seguro Social, Universidad Nacional, Universidad de Costa Rica, Universidad de Iberoamérica, Heredia San José, Costa Rica. Dirección de Enfermería. Escuela de Filosofía y Escuelas de Enfermería. Correo: allanrodriguez.a@gmail.com  [0000-0001-8679-657X](https://orcid.org/0000-0001-8679-657X)

Referencias Bibliográficas

1. Malvárez S. El Reto de Cuidar en un mundo Globalizado. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2007; 16(3): 520-530. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/a19v16n3.pdf>
2. Vílchez-Barboza V, Sanhueza O. Enfermería una disciplina social. Revista Enfermería en Costa Rica. 2011; 32 (1): 81-88. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n2/art6.pdf>
3. González-Castillo M.G., Monroy-Rojas A. Proceso enfermero de tercera generación. Enferm. univ [Internet]. 2016 Jun [citado 2019 Mar 25]; 13 (2): 124-129. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.003>
4. Arnold M, Osorio F. Introducción a los Conceptos Básicos de la Teoría General de Sistemas. Rev. Cinta de Moebio. 1998; 3: 40-49. Disponible en: <https://revistas.uchile.cl/index.php/CDM/article/download/26455/27748/0>
5. Johansen-Bertoglio O. Introducción a la Teoría General de Sistemas, 8 va reimpresión. México DF. Editorial Lamusa-Grupo Noriega Editores; 1993.
6. Maliandi R., Thüer, O. Teoría y praxis de los principios bioéticos. Universidad Nacional de Lanús: REUN; 2008.
7. Maliandi R. Ética convergente. Fenomenología de la conflictividad. Tomo I. Buenos Aires: Las cuarenta; 2010.
8. Maliandi R. Ética convergente. Aporética de la Conflictividad. Tomo II. Buenos Aires: Las cuarenta; 2010.
9. Maliandi R. Ética convergente. Teoría y práctica de la Convergencia. Tomo III. Buenos Aires: Las cuarenta; 2010.
10. Raile- Alligood M., Marriner- Tomey A. Modelos y Teorías en Enfermería, 9na edición. Barcelona: ELSEVIER; 2018.
11. Bellido-Vallejo JC, Lendínez-Cobo JF. Proceso Enfermero desde el Modelo de Cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. Jaén: Colegio de Enfermería de Jaén. 2011. ISBN: 978-84-694-0295-5. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
12. Cárdenas-Martínez F, Gómez-Ortega O. Análisis de situación de enfermería: cuidando la familia desde el modelo de adaptación de Roy. 2018. Revista Cuidarte; 10(1): 1-19. Disponible en: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.601>

13. De Souza J, Pereira D, Ferreira E, Lima L, Portes Sava H. Teoría: o Modelo Conceitual do homem de Martha E. Rogers. 2014. Cad. Unisuam Pesqui. Ext; 4 (2): 13-17. Disponible en:
<http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/cadernosunisuam/article/view/938/593>
14. Riegel F, Crossetti MGO, Siqueira DS. Contributions of Jean Watson's theory to holistic critical thinking of nurses. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018; 71(4): 2072-6. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0065>
15. Favela Ocaño, MA. Guía de valoración de enfermería basada en los patrones funcionales de salud de M. Gordon, Uso pediátrico. Universidad de Sonora, Departamento de Enfermería. 2015. Consultado el día 20 de marzo del 2020, Disponible en: <http://www.enfermeria.uson.mx/wp-content/uploads/2015/02/GUIA-DE-VALORACION-DE-ENFERMERIA-DEL-USUARIO-PEDIATRICO.pdf>
16. Amezcua Manuel. ¿Por qué afirmamos que la Enfermería es una disciplina consolidada? Index Enferm [Internet]. 2018 Dic [citado 2022 Jun 04]; 27(4): 188-190. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300002&lng=es
17. Latorre-Estrada. E. Teoría General de Sistemas. Aplicada a la solución integral de problemas. Santiago de Cali, Colombia: Editorial Universidad del Valle. 1996.
18. Galimany-Masclans Jordi, Garrido-Aguilar Eva, Estrada-Masllorens Joan M., Girbau-García M. Rosa. Formación de los profesionales de la salud en un contexto asistencial con uso de las tecnologías de la información y la comunicación. FEM (Ed. impresa) [Internet]. 2013 Sep [citado 2022 Jun 05]; 16 (3): 127-130. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S2014-98322013000300002>

FORTALECIMIENTO DE LA CONCIENCIA AMBIENTAL EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Eyda Escudero¹

Resumen

Los problemas ambientales se han incrementado a través del tiempo y los profesionales de la salud ejercen un papel importante en la resolución de los problemas que de alguna forma aquejan la salud de la población en general, es por ello, que los mismos deben ir fortaleciendo la conciencia ambiental en sus 4 dimensiones: la cognitiva, conativa, afectiva y activa. **Objetivo:** Analizar la importancia del fortalecimiento de la conciencia ambiental en los profesionales de la salud. **Desarrollo:** Reflexión en relación a los principales factores de riesgo ambientales que afectan de manera global la salud de los seres vivos, como lo es la contaminación del aire, agua y suelo, el cambio climático entre otros; presentación del concepto de conciencia ambiental como un “Sistema de vivencias, conocimientos y experiencias que el individuo utiliza activamente en su relación con el medio ambiente” Febles, 2004, el mismo tiene sus 4 dimensiones que deben ir fortaleciéndose de manera simultánea y cuya importancia es la misma para todas las dimensiones. Seguidamente se presenta el instrumento que se utiliza para medir la conciencia ambiental general y por cada una de las dimensiones, se clasifica en nivel alto, medio y bajo; a la vez apreciamos la aplicabilidad de la Teoría de Nola Pendel para lograr los cambios dirigidos a conductas promotoras de la salud ambiental. **Conclusiones:** Para que los profesionales de la salud logren tener un compromiso con el medio ambiente y su desarrollo se hace necesario que el mismo alcance un grado adecuado de conciencia ambiental a partir de unos niveles en sus dimensiones cognitiva, afectiva, activa y conativa, solo de esta manera lograremos contribuir proactivamente en la resolución de los problemas relacionados con los factores ambientales.

Palabras clave: Conciencia ambiental; Dimensiones de la conciencia ambiental; Problemas ambientales; Dimensión afectiva; Dimensión conativa; Dimensión activa; Dimensión cognitiva.

¹ Universidad de Panamá, Panamá-República de Panamá. Facultad de Enfermería. Departamento de Salud Pública. Correo: eyda.escudero@up.ac.pa  [0000-0003-2292-0548](https://orcid.org/0000-0003-2292-0548)

EVALUACIÓN DE FACTORES QUE INFLUYEN EN LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA DEL QUIRÓFANO EN QUIBDÓ

*Yuliana Bejarano Córdoba
Katherine Ospina Arboleda
Liliana Patricia Urieta Llano*

Planteamiento del Problema.

Las infecciones quirúrgicas, son uno de los posibles resultados operatorios adversos que coloca en posición de riesgo al paciente, originado principalmente por bacterias que penetran a través de la incisión, en países de ingresos bajos y medianos se presenta en un 11%. En países de América Latina, según un estudio realizado en cinco países (México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia) por IBEAS (Estudio Iberoamericano de eventos adversos), se señala que la incidencia de los resultados adversos fue de 11,85% y la evitabilidad de 65%. Los eventos adversos estaban relacionados con: los cuidados por el personal de enfermería en el 13,27%, el uso de medicación 8,23%, infecciones nosocomiales 37,14%, algún procedimiento 28,69% y diagnóstico 6,15%; lo cual aumento en un 62.9% los días de estancia, con una media de 16.1 días y en el 18,2% originó el reingreso de todos los pacientes (4).

En la actualidad, la seguridad del paciente es hoy una prioridad sanitaria en todo el mundo y responde al compromiso de proporcionar una atención de calidad, en todos los ámbitos; por lo que los errores y técnicas incorrectas por parte del personal encargado de salud, pueden poner en riesgo al paciente, complicando su salud hasta llegar a la muerte (4).

En Colombia a la fecha, no se evidencian investigaciones, que demuestren cómo es la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en el quirófano. Sin embargo, se encontraron diferentes estudios referentes, a factores que influyen en la aplicabilidad del PAE en diferentes servicios hospitalarios excepto quirófano, se pudo detectar en un estudio realizado en instituciones hospitalarias de Colombia, que la proporción de enfermeros del estudio que refieren aplicar PAE en el cuidado de los pacientes, el 59% expreso aplicar PAE; entre los factores referidos por los enfermeros como influyentes en la aplicación del PAE, se encontró: la falta de tiempo con un 98%, la aplicación no hace parte de sus funciones laborales con un 14%, la preparación recibida en la universidad le es insuficiente con un 6% y conocimiento insuficiente 2%.

En el contexto local, hasta el momento, no se evidencia investigaciones acerca de la aplicabilidad del (PAE), además en ciertas IPS no se encontró documentación específica que refleje la aplicación completa de este en el servicio de Quirófano y otros servicios en la ciudad de Quibdó, lo cual limita tener un panorama claro acerca de la aplicabilidad del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

La siguiente información que se menciona, fue suministrada por medio de una comunicación personal, por parte de una profesional en enfermería, quien refirió que “La aplicación del PAE en el quirófano si se puede realizar y documentar, ya que como enfermeros(as) se cuenta con las capacidades y el conocimiento necesario, no obstante, algunos profesionales no le dan la importancia y el valor necesario”.

Desde la experiencia como estudiantes en el proceso de prácticas en diferentes IPS del municipio de Quibdó, se pudo evidenciar que el PAE, no se realiza de forma completa y que no se observaba la realización de los objetivos que permiten evaluar si las intervenciones propuestas son acorde a las necesidades del paciente; de acuerdo a lo antes expuesto, surge la necesidad de indagar acerca de ¿Qué factores influyen en la aplicación del PAE en las etapas quirúrgicas en IPS públicas y privadas de Quibdó en el año 2022?.

Objetivo general: Identificar factores que influyen en la aplicación del PAE en las etapas pre y post operatorias en instituciones prestadoras de servicio de salud públicas y privadas del municipio de Quibdó, Chocó.

Objetivos específicos:

1. Identificar cuáles son los factores sociodemográficos que influyen en la aplicación del PAE.
2. Establecer cuáles son los factores laborales que influyen en la aplicación del PAE.
3. Determinar cómo intervienen los factores asociados al conocimiento por parte de los profesionales con respecto al PAE.
4. Identificar cuáles son los insumos que contribuyen en la aplicación del PAE.

Metodología

Se realizará un estudio descriptivo observacional transversal, el cual se llevará a cabo con profesionales de enfermería que laboren y/o tenga experiencia en el área de quirófano de las instituciones prestadoras de servicio de salud tales como el Hospital Departamental Nueva ESE San Francisco de Asís, Fundación Unión Vida Quibdó y la Caja de Compensación Familiar del Chocó; con el objetivo de identificar los factores que influyen en la aplicación del PAE.

Esta investigación tendrá una población objeto de 50 profesionales de enfermería de las IPS mencionadas anteriormente, la muestra será seleccionada de manera no probabilístico(conveniente), obteniendo un tamaño de 30 profesionales de enfermería.

Criterios de inclusión:

- Profesionales de enfermería.
- Que actualmente estén laborando en el servicio de quirófano.
- Que tengan mínimo 1 año de experiencia en la institución prestadores de servicio de salud en el área de quirófano.
- Profesionales que laboren en otros servicios de sus IPS, pero que tengan 1 año o más de experiencia en el quirófano

Criterios de exclusión.

- Profesionales mayores de 50 años.

Métodos e Instrumentos: Como método de investigación, se empleará un cuestionario estructurado; El instrumento que se manejará, será un formulario por medio de la plataforma Google forms de manera virtual, que previamente se someterá a una prueba piloto, el mismo que ayudará a recolectar la información específica e idónea.

Plan de Análisis: Se realizará análisis cuantitativo de los datos mediante el cálculo de medidas de frecuencia y tendencia central según la naturaleza de las variables. Se realizará análisis de correlación de Pearson.

Los datos se organizarán en Excel y se analizarán en el software spss versión 12.

Consideraciones Éticas: Esta investigación en aras de garantizar la protección de los derechos de los sujetos de estudio de esta investigación se orientará en los principios éticos, que se encuentran plasmados en la declaración de Helsinki, informe de BELMONT y resolución 008430 4 de octubre.

Considerando lo anterior, se aplicarán principios de no maleficiencia y protección de los derechos humanos.

De acuerdo con los principios éticos básicos, se garantizará que la selección de los participantes será de manera igualitaria, sin ningún acto discriminatorio, sin establecer diferencias. Además, se garantizará la protección, seguridad y bienestar de los participantes, antes que la búsqueda incesante por nuevo conocimiento, por otro lado, este estudio está en proceso de aprobación por el comité de Ética de la vicerrectoría de investigación de la Universidad Tecnológica del Chocó. (Pendiente acta).

Se guardará el anonimato y confidencialidad de la información.

Este es un estudio que se clasifica de riesgo mínimo Según los criterios de la resolución 8430 de 1993, por medio de la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Palabras clave: Proceso de atención de enfermería; Cuidado; Quirófano; Etapas Operatorias; Factores

Referencias Bibliográficas

1. Aguayo-Acuña F, Mella-Moraga R. Significado práctico del concepto gestión del cuidado en las enfermeras/os que se desempeñan en atención primaria en salud. *Ciencia y Enfermería*, 2015; 21(3):73–85. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532015000300007>
2. Bermúdez EA, Castañeda SM, Barrios CB, Martínez SI, Martínez SP. Estructuración Psíquica En Mujeres Con Múltiples Cirugías Estéticas. 2010. <https://independent.academia.edu/MaloryAsprillaAlvarez>
3. Carbacas C, Soto V. Significado de la experiencia de la gestión del cuidado de enfermeras en una clínica de tercer nivel de la ciudad de Cartagena. *Repositorio Institucional Universidad Nacional de Colombia*, 205. 2012. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/10027>
4. Clemente M. Cumplimiento de los cuidados de enfermería en quirófano y su influencia con los resultados operatorios del paciente en el Hospital Sergio e. Bernales. Lima. 2019. <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/4456>
5. Congreso de la Republica. Leyes desde 1992 - Vigencia expresa y control de constitucionalidad [CODIGO_COMERCIO]. *Diario Oficial No. 45.628 de 2 de Agosto de 2004*, 51990, 1. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0911_2004.html
6. Duque PA. Factores relacionados con la aplicabilidad del Proceso Atención de Enfermería en una institución de salud de alta complejidad en la ciudad de Medellín, Colombia. *Universidad y Salud*, 16(1), 91–102. 2014. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072014000100009

EVIDENCIA CUALITATIVA DE LA MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA: UNA METASINTESIS INTERPRETATIVA

Gloria Esperanza Zambrano Plata¹

Introducción

El embarazo en la adolescencia, es un fenómeno de gran interés por las implicaciones a corto, mediano y largo plazo, no solo a nivel individual, sino también a nivel familiar, social y económico. En América Latina, el embarazo en la adolescencia en los últimos años ha presentado una leve disminución, sin embargo se mantiene como la segunda región del mundo con mayor prevalencia de embarazo en la adolescencia con una tasa de 66.5 por 1000 (1). En Colombia, se ha observado una reducción a partir del 2010 con 84 y en el 2019 descendió a 57 por 1000 mujeres adolescentes (2, 3).

La problematización del embarazo en la adolescencia, se soporta en estudios epidemiológicos, que han profundizado sobre la magnitud, consecuencia y determinantes en salud del embarazo temprano, desde el punto de vista biomédico. Sin embargo, no es tan amplia la evidencia cualitativa respecto a las experiencias de la maternidad en la adolescencia, que permitan tener una comprensión más profunda de este fenómeno, desde la perspectiva de las mismas jóvenes que transitan por un embarazo precoz.

Objetivo.

Comprender las experiencias de ser madre en mujeres adolescentes, a partir de la síntesis de estudios cualitativos publicados en el periodo 2012-2022.

Metodología.

Metasíntesis cualitativa, siguiendo el método propuesto por Sandelowski y Barroso. Este método tiene como propósito revisar, interpretar, integrar y sintetizar de manera rigurosa y crítica, investigaciones originales desarrolladas con metodología cualitativa (4)(5). Se siguieron las 5 etapas metodológicas propuesta por Sandelowski y Barroso (2007): (1) concebir la metasíntesis; (2) búsqueda y recuperación de los estudios; (3) evaluación de los informes de los estudios cualitativos; (4) extracción y clasificación de los hallazgos; (5) síntesis de los hallazgos.

¹ Universidad Francisco de Paula Santander. Cúcuta, Colombia, Departamento de Atención Clínica y Rehabilitación, Grupo de Investigación de Salud Pública. Correo: gloriaesperanzazp@ufps.edu.co 
[0000-0001-5524-3200](tel:0000-0001-5524-3200)

Resultados.

La estrategia de búsqueda identifico 2046 investigaciones potenciales. La selección de los estudios se ajustó a la recomendación Primas 2020, en total se escogieron 24 estudios que cumplieran con los criterios de elegibilidad. La muestra estuvo conformada por 13 tesis y 11 artículos publicados en revistas indexadas. Con relación al idioma 19 estudios estaban publicados en español, 3 en inglés y 2 en portugués. La mayoría de los estudios se realizaron en Latinoamérica (20), dos en USA, uno en Sudáfrica y otro en Australia. Todos los estudios son cualitativos, se incluyeron estudios con diferentes metodologías, principalmente fenomenológicos (11) y descriptivos cualitativos (8). La técnica de recolección de la información utilizada fue la entrevista.

Resultados.

La estrategia de búsqueda identifico 2046 investigaciones potenciales. La selección de los estudios se ajustó a la recomendación Primas 2020, en total se escogieron 24 estudios que cumplieran con los criterios de elegibilidad. La muestra estuvo conformada por 13 tesis y 11 artículos publicados en revistas indexadas. Con relación al idioma 19 estudios estaban publicados en español, 3 en inglés y 2 en portugués. La mayoría de los estudios se realizaron en Latinoamérica (20), dos en USA, uno en Sudáfrica y otro en Australia. Todos los estudios son cualitativos, se incluyeron estudios con diferentes metodologías, principalmente fenomenológicos (11) y descriptivos cualitativos (8). La técnica de recolección de la información utilizada fue la entrevista.

La mayoría de los estudios se hicieron con población vulnerable, exceptuando uno que se realizó en Perú con mujeres de estrato alto y otro realizado en Uruguay en el que las participantes eran de clase media. En total participaron en estos estudios 259 mujeres, de estas 93 se encontraban en gestación, 152 ya eran madres y 14 con antecedentes de aborto en la adolescencia.

Como resultado del análisis inductivo y del método de comparación constante, emergieron 229 códigos nominales, los cuales se agruparon en 49 categorías iniciales o subcategorías. Posteriormente se agruparon las subcategorías de acuerdo a sus propiedades y dimensiones, dando origen a 6 categorías generales: “Inicio prematuro de la actividad sexual”; “El embarazo: una realidad que cambia la vida”; “El apoyo social: marca la diferencia”; “La pareja: entre la decepción y la esperanza”; “El desafío de reconstruir el proyecto de vida”; “La maternidad en la adolescencia: una experiencia desafiante”.

Categoría 1: “Inicio prematura de la actividad sexual”. Las adolescentes que inician relaciones sexuales penetrativas lo hacen en el marco de una relación romántica, inestable e inmadura. Frecuentemente al poco tiempo de ennoviarse empiezan a tener relaciones sexuales; en la mayoría de los casos no son planeadas, son de oportunidad en donde las jóvenes se encuentran en situaciones que favorecen la intimidad con la pareja y la no utilización de ningún método de protección en su primera relación sexual.

Categoría 2: “El embarazo: una realidad que cambia la vida”. El embarazo irrumpe en la vida de la adolescente, donde las obligaciones maternas las lleva a sumir roles de adultos, principalmente el de madre, para el que ellas no se sienten con la madurez psicológica, cognitiva, y tampoco con la independencia económica que la maternidad exige. Elegir sobre la continuidad o no del embarazo, es una decisión muy difícil de tomar. Ante la realidad del embarazo, en los estudios revisados se encontraron diversas posturas en las adolescentes.

Categoría 3: “El apoyo social: marca la diferencia”. La familia es la fuente de apoyo más importante para la adolescente gestante. En las jóvenes que cuentan con el apoyo de su familia, frecuentemente suspenden sus estudios durante el embarazo o después del nacimiento del bebé, para dedicarse al cuidado del niño, pero pasado esta primera etapa, retoman sus estudios, para darle continuidad a su proyecto de vida

Categoría 4: “La pareja: entre la decepción y la esperanza”. Para la adolescentes es muy doloroso no contar con el apoyo del padre de su hijo, percibiendo una mayor estigmatización social por ser madres solteras. El abandono de la pareja y la negación de la paternidad, está relacionado con el tipo de relación, con la perspectiva de la familia del joven y/o con el temor a perder la libertad y considerar que un hijo es un obstáculo para alcanzar sus metas.

Categoría 5: El desafío de reconstruir el proyecto de vida”. Al ir avanzando el embarazo o cuando ya ha nacido el bebé, las jóvenes anhelan retomar sus estudios, esto también se observa en las que habían abandonado la escuela antes del embarazo. Empiezan a ver la educación como una oportunidad y un camino para tener un futuro mejor para ellas y sus hijos. De acuerdo a sus realidades y los recursos de apoyo familiar y social, algunas adolescentes solo aspiran a terminar la educación media, como requisito para poder acceder a mejores condiciones laborales

Conclusiones

Ser madre en la adolescencia, es una experiencia con diversos matices. El inicio del embarazo es recibido como un evento disruptivo que entra a transformar la vida de estas jóvenes madres, dándole nuevos significados a su existencia.

Palabras Clave: Adolescentes; embarazo; maternidad; experiencias; gestación

Referencias Bibliográficas

1. Virginia A, Hubner C. El Embarazo adolescente en América Latina y el Caribe: después de una década progresos y desafíos. 2019;
2. Garnica-Rosas LM. Prevalencia y factores asociados al embarazo y su reincidencia en adolescentes en Colombia [Internet]. [cited 2021 Jul 29]. Available from: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4022/GarnicaRosas-LinaMaria-2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Embarazos en adolescentes disminuyen en Colombia [Internet]. [cited 2021 Jul 29]. Available from: <https://consultorsalud.com/embarazos-en-adolescentes-disminuyen-en-colombia/>
4. Montoro CH. Reflexiones conceptuales y metodológicas sobre la Metasíntesis. Cult los Cuid [Internet]. 2017 Jan 20 [cited 2022 Jun 8];0(46):9–13. Available from: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2016-n46-reflexiones-conceptuales-y-metodologicas-sobre-la-metasintesis/pdf>
5. Carreño-Moreno SP, Chaparro-Díaz L. Metasíntesis: discusión de un abordaje metodológico. Cienc y enfermería [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2022 Jun 8];21(3):123–31. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD DE ENFERMERÍA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA Y DESASTRES.

María Claudia Quintero Rodríguez¹

Ana Cristina Suarez Ramírez²

Maribel Yaqueline Reyes Gonzalez³

Resumen

Se describe la experiencia profesional clínico/ambulatorio en la documentación y operación del protocolo de atención en salud de enfermería adoptados en situaciones de emergencia y desastres por el Hospital Departamental de Villavicencio (HDV). El modelo de atención salud de enfermería compila las experiencias y hechos de los últimos 10 años de la Empresa Social del Estado (ESE) donde se ha tenido afectación en la prestación del servicio, con la generación de emergencias funcionales en las unidades de urgencias e internación. Es desde estos hechos que marcó los cambios circunstanciales que modificaron la dinámica de la prestación de los servicios de salud en la población Metense y parte de la Orinoquía, recogiendo sucesos a nivel institucional e interinstitucional, desde el año 2014 a enero del 2022 y sus repercusiones en la prestación de servicios.

En donde para el año 2014, el HDV pasó por las peores crisis administrativas y financieras, generando la intervención de la institución por la Superintendencia Nacional de Salud en el año 2015, para ese periodo, los procesos misionales institucionales se vieron diezmado en la prestación de los servicios. Los tres años subsiguientes, se recupera con la interventoría llevando a un periodo de transición, pero a mediados del mes de octubre del año 2018, cierran Clínicas de mediana complejidad en Villavicencio; este hecho generó en el HDV un incremento de 8% de ingresos, 298 egresos y 1233 días de estancias más por mes; estos dos factores son concomitantes para el aumento de las estancias hospitalaria generando estancias prolongadas y así mismo, la carga prestacional de servicios.

¹ Asociada ANEC. Hospital Departamental de Villavicencio/GRIVI, GIEMET, Correo: quinteroramirez04@gmail.com  [0000-0002-8921-2733](https://orcid.org/0000-0002-8921-2733)

² Universidad Cooperativa de Colombia, Villavicencio-Colombia, Facultad de ciencia de la salud/Programa de enfermería, GRIVI, GIEMET, Correo: ana.suarezra@campusucc.edu.co  [0000-0002-9068-9897](https://orcid.org/0000-0002-9068-9897)

³ Hospital Departamental de Villavicencio, Villavicencio-Colombia, Hospital Departamental de Villavicencio/Coordinadora general de enfermería HDV, GRIVI, GIEMET Correo: reyesmaribel281@gmail.com

Entre los años 2019 y 2020. Para el 2020, con la instauración de la emergencia en salud pública de importancia internacional – ESPII (Who, 2008) dada por una nueva enfermedad infectocontagiosa por el virus SARS COV 2 que produce la enfermedad .

COVID 2019, donde a partir del mes de abril del año 2020(Naciones Unidas, 2022), por orden del gobierno nacional se entran en aislamiento obligatorio; esta medida sanitaria, el egreso hospitalario disminuyó en un 12%, por tanto, entrando al llamado periodo de preparación y contención. Posterior a ello, se inició la apertura económica y restauración de la normalidad, la cual a la fecha de evaluación del modelo de atención ha generado un incremento del 7% de la prestación de servicios y sus efectos.

Situaciones que continúa afectando considerablemente la prestación de servicios en la disponibilidad de medicamentos, dispositivos biomédicos, y talento humano asistencial; modificando la dinámica “normal” a nivel intrahospitalario en la cual se requiere de acondicionar zonas expansivas de atención en salud para cubrir el incremento exponencial de la demanda de la atención en salud de la población(Ley 911 de 2004, 2004).

Ante este panorama de 10 años que se agudizó con la emergencia sanitaria el modelo de atención en salud de enfermería surge como parte de la conservación y la garantía de la prestación de servicios vitales como son: unidades funcionales de urgencias, hospitalización general, cirugía y unidades de cuidado crítico adultos, pediátricas y neonatal, planificando la atención en salud de enfermería, generando un modelo de atención en salud orientado a la conservación del cuidado de enfermería por medió de la priorización de actividades y dar mayor cubrimiento, para la cual se estableció (Quintero, 2020):

a) Priorización de funciones en Enfermería Profesional: un enfermero por cada 25 pacientes, la cual tenía como prioridad de:

- Supervisar la administración de los medicamentos.
- Curación de catéteres centrales y otras curaciones de alta complejidad y paso de sondas vesicales.
- Actualizar el Kardex de enfermería para dar cumplimiento de las ordenes medicas con el equipo de trabajo.
- Lista de dietas, actualización del censo DRIVE.
- Iniciar y mantener las mezclas de inotropia al paciente a su cargo.
- Toma de gases arteriales, glucometrías y EKG.
- Atención del paciente durante código azul.
- Pasar revista con los especialistas.
- Gestionar la resolución de los pendientes con los pacientes acorde a las ordenes médicas.
- Asignación de camas a otros servicios.

b) Asignación de Auxiliar de enfermería para la administración de medicamentos: un auxiliar por cada 12 a 13 pacientes.

- Realizar listado de medicamentos a administrar en cada turno, bajo la supervisión del enfermero profesional y guiado por el Kardex de enfermería.
- Alistamiento de medicamentos teniendo en cuenta los 5 correctos de la administración y bajo la supervisión del profesional de enfermería.
- Administrar medicamentos, instruido y apoyado en el profesional de enfermería, ante cualquier dificultad o duda.
- Devolución y recibo de medicamentos a farmacia.
- Registro de los medicamentos e insumos y novedades en las historias clínicas de los pacientes.

c) Asignación de Auxiliar de enfermería para el cuidado directo del paciente: uno por cada 8 a 10 pacientes. En las áreas de medicina crítica apoyar a solicitud del profesional de enfermería en la administración de algunos medicamentos.

- Toma de signos vitales.
- Aseo, orden y desinfección de la unidad del paciente.
- Asistir la dieta al paciente.
- Control de líquidos administrado y eliminados y gasto urinario según orden médica.
- Curaciones de baja complejidad.
- Escalas de valoración de riesgo y cuidados de enfermería de acuerdo con el riesgo.
- Mantenimiento de líneas venosas periféricas.
- Administración de mezclas y líquidos por vía venosa, según la orden médica.
- Toma de laboratorios y algunas glucometrías delegadas por el jefe de turno.
- Paso de sondas nasogástricas y mantenimientos de ellas, según la orden médica.
- Preparar el paciente para el egreso.
- Ingreso y egreso de pacientes en el censo.

El modelo tuvo un fuerte componente de la gestión del talento humano, cuyo propósito en situaciones de urgencia, emergencia y desastres es velar por la garantía en la institución en la preservación del cuidado seguro y eficiente del paciente, en cualquier situación y momento que curse la E.S.E, dando dinamismo para superar de forma temprana la crisis ante déficit de personal, procurando la conservación de la atención de enfermería, controlando la carga de horarios extenuantes de trabajo, la fatiga y cansancio laboral (Ministerio de salud y protección social, 2012); factores contribuyentes a la ocurrencia de eventos adversos y síndrome de Burnout. Por medio de la puesta en marcha de estrategias de supervisión de la gestión del talento humano, enfocada a conseguir un trabajo eficiente, con calidad, en integridad ética.

De esta forma, enriqueciendo la organización e incentivando a los siguientes aspectos:

- Liderazgo
- Rendimiento y productividad
- Gestión de su potencial, mediante la oportunidad de capacitación y desarrollo
- Planificación y selección de personal
- Establecer las competencias necesarias para cada puesto de trabajo y encontrar aquellos perfiles profesionales más adecuados y con mayor capacidad de desarrollo.

Dentro de los retos y desafíos a superar en situaciones de crisis, es mantener el dinamismo y la conservación de la misionalidad institucional «una atención humanizada y segura» bajo un rigor técnico y práctico, donde la adherencia a guías, procesos, procedimientos y protocolos es el sendero hacia las buenas prácticas del cuidado de enfermería. Por otro lado, la incorporación de técnicas y estrategias de comunicación asertiva y corporativa, en la operacionalización de instrumentos de supervisión y seguimiento de las acciones, generando un proceso sistemático, que puede ser seguido en el tiempo, evaluado de forma permanente, para establecer planes de mejora continuo del proceso de atención. Para llevar a cabo estas premisas, se instaure una estructura organizacional por funciones, para el desarrollo de un proceso sistemático y continuo, de los siguientes procesos misionales:

- Sesiones breves de seguridad de forma presencial con periodicidad mensual
- Procedimiento de entrega y recibo de turno con la implementación de las herramientas: Briefing y S.A.V.E.R (SCARE - FEPALDE, 2018)
- Supervisión de Ambientes de Trabajo por servicio con periodicidad mensual
- Plan de mejoramiento entorno a la calidad de los registros de la historia clínica por medio de la adherencia al procedimiento de notas y registros de enfermería.

Palabras clave: Atención de Enfermería, Alerta en Emergencia, Seguridad del Paciente, Humanización de la Atención.

Referencias Bibliográficas

1. Ley 911 de 2004, Diario Oficial No. 45.693 1 (2004).
https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf
2. Ministerio de salud y protección social. (2012). Plan decenal de salud pública 2012 - 2022.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>

3. Naciones Unidas. La Agenda para el Desarrollo Sostenible. Objetivos de Desarrollo Sostenible. 20220, un.org/sustainabledevelopment/es/
4. Quintero-Ramirez M. Modelo de atención en salud del cuidado de enfermería. In Hospital Departamental de Villavicencio ESE (pp. 1–30). 2020. HDV.
5. SCARE - FEPALDE. (2018). Promoviendo Cultura de Seguridad por medio de las estrategias BREAFIG y S.A.V.E.R.
6. Who. Reglamento Sanitario Internacional. Vol. Segunda Edición. World Health Organization.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43983/9789243580418_spa.pdf

INCERTIDUMBRE FRENTE A LA TOMA DE ENDOSCOPIA Y COLONOSCOPIA EN UNA IPS DE VILLAVICENCIO – META

Yury katherin Blandon Alvarez¹

Shirley Julieth Rodríguez Ortiz²

Amalia Priscila Peña Pita³

Doraly Muñoz Acuña⁴

Emilce Salamanca Ramos⁵

Resumen

La incertidumbre hace referencia a la dificultad para definir el significado de las situaciones relacionadas con las enfermedades o eventos. De igual manera durante vario tiempo se ha reconocido como una fuente significativa de estrés psicosocial en la trayectoria de una enfermedad. Además, se caracteriza por la percepción de las personas del significado ambiguo de los síntomas y otras experiencias que están relacionadas con una patología. La complejidad de este evento es oculta y los términos empleados para explicarla donde se presenta es de manera súbita o sorpresiva de lo que su futuro se mantendrá en términos de función, recurrencia y supervivencia. Para el psicólogo Paul K J., la incertidumbre en un estado el cual genera en los seres humanos alta ansiedad, miedo y angustia con un grado de inseguridad que se hace sentir vulnerable a lo desconocido. Es así que a través de la vida es necesario tomar decisiones y estar seguros de las consecuencias de estas, lo que hace, que de manera permanente el pensar en elegir lo correcto. Por lo tanto, la incertidumbre no solo se genera en momentos decisivos, sino que, aparecen momentos de vulnerabilidad. A nivel mundial, la llegada del coronavirus genero alto nivel de incertidumbre; ante esta situación autores prefieren el término "personalidad resistente" quienes la definen como la capacidad de adaptación, de la fuerza interior; lo que permite la recuperación de estas adversidades, situaciones o eventos. De igual manera afirman que el mundo está más sensible a cualquier situación del entorno, es decir a esa incertidumbre, por lo tanto, debe aprender a desarrollarse, salir y afrontar la situación.

^{1, 2} Universidad de los Llanos, Villavicencio, Colombia. Programa de enfermería, Facultad ciencias de la salud, Grupo de investigación GESI. Correo yury.blandon@unillanos.edu.co shirley.rodriguez@unillanos.edu.co

^{3, 4, 5} Universidad de los Llanos, Villavicencio, Colombia, Programa de enfermería, Facultad ciencias de la salud. Correo: priscila.pena@unillanos.edu.co dmunozacuna@unillanos.edu.co
esalamanca@unillanos.edu.co

Las personas que deben someterse a procedimientos invasivos con el fin de obtener un diagnóstico o seguimiento ante una enfermedad, constituyen una fuente generadora de miedo e incertidumbre ante las posibilidades de complicaciones o resultados del procedimiento; Adicional a esto la percepción de las personas sobre los posibles síntomas que manifiestan y las opiniones dadas por personas cercanas logran impactar de forma significativa la incertidumbre generada en la persona antes de la toma de los procedimientos endoscópicos. De igual manera, el nivel de incertidumbre se ha medido en pacientes con enfermedades crónicas donde mencionan que para disminuirla se debe contar con una base científica fundamentada en el procedimiento a realizar, con la finalidad de aclararle al paciente las dudas que le surgen acerca de cómo es el procedimiento, para que le fue ordenado, cuál es su duración y, si este, les genera algún tipo de incapacidad, adicional a la fundamentación científica. **Objetivo:** Identificar el nivel de incertidumbre en los pacientes previo a la toma de un procedimiento endoscópico en Instituciones prestadoras de servicios de salud privadas en Villavicencio. **Metodología:** Investigación con enfoque cuantitativo, estudio descriptivo, transversal. La población está conformada por todos pacientes mayores de edad que están programados para la toma de una endoscopia o colonoscopia en la IPS Privadas en Villavicencio. Estudio con tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia. El Instrumento utilizado es la Escala de Incertidumbre en la enfermedad de Merle Mishel, adaptada para procedimientos diagnósticos, en versión español y validada en la población colombiana en el año 2017, una encuesta de caracterización con variables sociodemográficas y variables de salud. Se tendrá en cuenta lo estipulado en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia respecto a estudios con seres humanos donde no se presenta riesgo a quienes participan. Además, se tendrá el Código de Ética de Enfermería (Ley 911 de 2004), teniendo en cuenta los principios de confidencialidad, veracidad y beneficencia y no maleficencia de referencia. **Resultados:** Investigación que se encuentra en desarrollo con resultados parciales de 100 encuestas que se iniciaron a aplicar en el mes de agosto y se finalizarán en el mes de octubre de 2022. Entre los resultados se encontró que los participantes están en un rango de edad entre los 42 a 53 años (26%), el 61% son de sexo femenino. El 35% tienen bachillerato incompleto, el 43% son casados, el 32% están empleados y son procedentes de Villavicencio. Respecto a las variables de salud el 50% manifiestan presentar estado de salud regular y que sigue igual al de hace un año. El procedimiento más realizado fue la endoscopia en un 63% y fue tomada por presentar úlcera gástrica en un 34%. Las variables del instrumento son Ambigüedad, Imprevisibilidad, Inconsistencia y la Complejidad, de acuerdo a estas variables se encontró que el 30% tuvieron nivel alto de incertidumbre, nivel moderado el 47% y nivel bajo el 23%.

Conclusiones: Emplear la escala en diferentes campos del actuar enfermería para la identificación de incertidumbre ante cualquier procedimiento diagnóstico con el propósito de optimizar el bienestar de los usuarios y fortalecer el cuidado con un sustento teórico y científico en los servicios intervenidos. **Recomendaciones:** Será de utilidad realizar las encuestas anteriormente descritas en los múltiples centros de atención en salud dispuestos para la comunidad con el fin de fomentar el fortalecimiento de un vínculo entre el paciente y la institución prestadora de salud que realiza los procedimientos para diagnóstico y/o tratamiento de enfermedades, para lograr lo anterior se deberá capacitar adecuadamente al talento humano de los centros de salud para que brinden un cuidado de calidad desde el ingreso del paciente hasta su salida después de realizado el procedimiento mediante procesos educativos que les permita conocer y comprender las necesidades humanas para dar una respuesta óptima antes las necesidades que sean expresadas.

Palabras claves: Incertidumbre; Endoscopia; colonoscopia; Enfermería; Enfermedad crónica.

Referencias Bibliográficas

1. Guan T, Santacroce SJ, Chen D, Song L. Illness uncertainty, coping, and quality of life among patients with prostate cancer. *Psycho-Oncology* [Internet]. 2020 Mar 13 [citado 27 febrero 2022]; 29(6):1019–25. <https://doi.org/10.1002/pon.5372>
2. Orom Heather, Biddle Caitlin, Waters Erika A, Kiviniemi, Marc T, Sosnowski Amanda N, Hay Jennifer L. Causes and consequences of uncertainty about illness risk perceptions. *J. Health Psychol.* [Internet]. 2020 [citado 27 febrero 2022]; 25(8):1030–42. <https://doi.org/10.1177/1359105317745966>
3. Delgado J. Los 3 tipos de incertidumbre que enfrentarás en la vida. *Rincón de la Psicología* [Internet]. 2020 [citado 27 febrero 2022]. Disponible en: <https://rinconpsicologia.com/tipos-de-incertidumbre/>
4. Blasco L. BBC News Mundo. Coronavirus. Entrevista con Laura Rojas-Marcos: “Estamos aprendiendo a gestionar la incertidumbre” mayo 29 2020 [Internet] [consultado mayo 12 2022] Disponible: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-52676383>
5. Hernández-Sampieri R. 2018. Metodología de la investigación. Sexta edición. México D:F Editorial Mc Graw Hill
6. Díaz-Moreno Y, Duran-de Villalobos MM, López-Silva N. 2019. Adaptación y validación de la escala de Mishel de incertidumbre frente a la enfermedad en procedimientos diagnósticos. *Ciencia y enfermería*, 25, 2.

IMPEDANCIA EN EL CUIDADO ENFERMERO FRENTE AL MANEJO DE LPP

Angélica Yohanna Prada Moncada¹
María Cristina Blanco Fuentes²
Eva Paola Gutiérrez Medina³

Resumen

Introducción: Las Lesiones Por Presión (LPP) son eventos adversos que ocurren frecuentemente tanto en el área intrahospitalaria como ambulatoria, donde el personal de enfermería juega un importante rol en la prevención, lo que demuestra la calidad del cuidado brindado al paciente, cuyo principal objetivo es garantizar el bienestar y confort del mismo. Los países con mayor prevalencia de este evento son Noruega (54%), Canadá (26%), Suecia (25%), Irlanda (16%), Dinamarca (15%), Jordania (12%), Italia (8.3%) y Nigeria con un 3.22% (1). Anualmente, en países como Estados Unidos alrededor de un millón de personas desarrollan LPP, donde aproximadamente 60.000 pacientes en fases agudas fallecen por complicaciones relacionadas a estas, siendo este indicador un reto para la enfermería actualmente. A nivel nacional, se presenta una incidencia de 7.7 a 26.9%, porcentaje que se asocia con mayor frecuencia a pacientes mayores de 70 años, sin embargo, entre el 5 a 8% se observa en pacientes jóvenes con compromiso medular. Se evidencia que las ciudades con mayor prevalencia son Medellín, Cartagena, Bogotá y Bucaramanga, donde a pesar de contar con instituciones prestadoras de servicios de salud de alta complejidad, siendo referentes nacionales, aún es necesario el estudio y la investigación que involucre este aspecto, con el fin de mejorar esta alta incidencia (2). A nivel local, actualmente se evidencia una tasa de LPP de 2%, porcentaje que mostró un incremento para el año 2020 debido al Covid-19, ya que, la inmovilidad, la inestabilidad hemodinámica y la perfusión reducida son condiciones que según la bibliografía, se asocian a un riesgo mayor en este tipo de pacientes.

¹ Universidad Francisco de Paula Santander, Cúcuta-Colombia, Asesoría académica/Clínica Medical Duarte, Gismed. Correo: angelicayohannapm@ufps.edu.co  [0000-0002-3993-0542](https://orcid.org/0000-0002-3993-0542)

² Universidad Francisco de Paula Santander, Cúcuta-Colombia. Docencia e investigación. Clínica Medical Duarte, Gismed. Correo: docencia.investigacion@clinicamedicalduarte.com

³ Universidad de Santander, Cúcuta-Colombia, Educación continuada/Clínica Medical Duarte, Gismed. Correo: coord.educacioncontinua@clinicamedicalduarte.com

Entre los factores de riesgo se encuentra la edad avanzada, pérdida de peso involuntaria, la inadecuada nutrición, debilidad, reducción de la actividad física, el uso de dispositivos como silla de ruedas, el deterioro cognitivo, dependencia o limitantes en la movilidad, el nulo reconocimiento de molestias a causa de la presión, entre otros. Igualmente, se recomienda tener en cuenta las condiciones específicas de cada paciente con estado de salud deteriorado o crítico, como su estado de perfusión, circulación y oxigenación (3). Este evento impacta física, económica y emocionalmente tanto al paciente como al núcleo familiar, afectando así la calidad de vida. Además de aumentar los costos en salud, debido a la estancia hospitalaria prolongada, la morbilidad asociada, el uso de insumos, materiales y recursos que se requieren para el manejo de estas lesiones. Entre las barreras que evidencia la literatura, se encuentran la falta de tiempo y personal, los equipos inadecuados, la complejidad o condición del paciente, la ausencia de guías para la prevención y la calidad de los lineamientos para llevar a cabo algunas intervenciones como el uso de apósitos profilácticos, la protección de prominencias óseas, la redistribución de peso mediante los cambios de posición, entre otras (4). Por lo cual, se desea determinar las barreras que presentan tanto el profesional como el técnico en enfermería, frente a la valoración del riesgo e intervención de la prevención de LPP.

Materiales y métodos: El presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, el cual fue aplicado al personal profesional y técnico en enfermería en una institución de alta complejidad en la ciudad de Cúcuta. La población estuvo constituida por 543 colaboradores del área asistencial de los servicios de hospitalización, unidad de cuidados intensivos (Adulto, Pediátrico y Neonatal), urgencias y hemodinamia, obteniendo una muestra de 223 técnicos y enfermeros.

Se estudiaron las variables sociodemográficas y las barreras hacia la prevención de las LPP mediante un cuestionario distribuido entre ocho de valoración del riesgo y siete de intervención, con un alfa de Cronbach de 0.72. El análisis de los datos se realizó mediante el programa Epi Info 7.2, el cual permitió obtener los resultados y realizar su respectivo análisis.

Resultados: Las barreras de valoración del riesgo identificadas con mayor frecuencia fueron: el paciente enfermo que no coopera en su movilización (52.46%), falta de personal para efectuar todas las medidas de prevención (43.94%), así mismo, aquellas con menor porcentaje fueron: incapacidad de valorar (14.79%) y la presencia de problemas con la herramienta de valoración

(17.48%). Por otra parte, en cuanto a las barreras para el desarrollo de intervenciones predominó la situación de inestabilidad del paciente (69.50%) y los problemas específicos del mismo (47.53%). En menor porcentaje, se obtuvo que la falta de ayudantes para realizar la movilización y de equipo, limitan la ejecución de la intervención.

Tal como lo informa Peko y Garza en su estudio, donde entre las medidas preventivas se tiene en cuenta la evaluación rutinaria de la piel, el alivio frecuente de los puntos de presión y el reposicionamiento; esto ayuda a reducir las presiones, las fuerzas de fricción y el cizallamiento en los tejidos blandos; no obstante, estas medidas requiere de mayor esfuerzo o apoyo cuando el paciente presenta un deterioro clínico grave o se encuentra en decúbito prono, situaciones frecuentes en el área de cuidados intensivos, que sumado a la anestesia, ventilación y uso de dispositivos invasivos, disminuye su capacidad de movilidad espontánea y manifestación de presión o dolor (5,6).

Dado lo anterior, se requiere un cuidado frecuente y estandarizado de la piel en este tipo de pacientes que demanda mayor número de personas y tiempo. Sin embargo, este se puede ver afectado con algunas problemáticas actuales del personal de enfermería, como lo describe la Política de Talento Humano de Enfermería (Res. 755 de 2022), donde la asignación progresiva de funciones de carácter administrativo y la sobrecarga laboral en relación al gran volumen de pacientes a los que se les debe brindar cuidado, conducen a la delegación forzada de responsabilidades y agotamiento, comprometiendo la seguridad del mismo. De tal forma, se concluye que el personal de enfermería reconoce que el paciente clínicamente enfermo que no coopera para su movilización, al igual que la falta de personal para efectuar todas las medidas preventivas; los problemas específicos o el estado clínico inestable de los pacientes, representan una mayor barrera para la valoración del riesgo y el desarrollo de intervenciones, tales como los cambios de posición, lubricación de la piel, colocación de apósitos para la prevención de lesiones, entre otras. Se recomienda que las instituciones capaciten periódicamente tanto al personal como a los usuarios, ya que el cuidado y autocuidado es una herramienta fundamental para la prevención de este evento adverso, que de una u otra manera sólo aporta aspectos negativos en la salud de las personas. Así mismo, la disponibilidad de equipos y el número adecuado en la relación enfermero/paciente debe estar directamente proporcionado, garantizando de esta manera la calidad del cuidado brindado y por ende el bienestar del paciente.

Palabras clave: Lesiones por presión; Barrera; Riesgo; Intervención; Cuidado de enfermería; Prevención; Impedancia; Seguridad del paciente.

Referencias Bibliográficas:

1. Etafa, W. Argaw, Z. Gemechu, E. Melese, B. Nurses' attitude and perceived barriers to pressure ulcer prevention. Rev. BMC nursing. [On line]. 2018 [Consulted June 3, 2022]. Available in: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12912-018-0282-2.pdf>
2. Castiblanco-Montanez RA, Agude-lo-Turriago AM, Salas-Pérez JY, Pérez-Pérez M, Guzmán-Ruiz MY. Caracterización de lesiones de piel en una institución de salud en Bogotá. 2022; 19(2):50-60. <https://doi.org/10.22463/17949831.3213>
3. Santamaría-Peláez M, González-Bernal J, González-Santos J, Soto-Cámara R. Fragilidad y úlceras por presión en personas mayores institucionalizadas. Revista INFAD De Psicología. [Internet]. 2020. [Consultado 8 julio 2022]; 1 (2): 81–88. Disponible en: <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1948>
4. Medina-Jiménez AP, Ortiz-Peña FA. Factores contributivos determinantes en lesiones por presión (LPP) en pacientes atendidos en Cuidados Intensivos durante el primer semestre 2021 en la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja (E.S.E. HUSRT). [Internet]. 2021. [Consultado 23 agosto 2022]. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/37706/2021aidamedinafrankyortiz.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Garza Hernández R, Meléndez Méndez M. Concepción F, Huerta MÁ, González Salinas J. F, Castañeda-Hidalgo H., et al. Conocimiento, actitud y barreras en enfermeras hacia las medidas de prevención de úlceras por presión. Rev. Cienc. enferm. [Internet]. 2017. [Consultado 19 mayo 2022] ; 23(3): 47-58. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532017000300047
6. Peko I, Barakat Johnson M, Gefen A. Protecting prone positioned patients from facial pressure ulcers using prophylactic dressings: A timely biomechanical analysis in the context of the COVID-19 pandemic. Rev. International Wound Journal. [On line]. 2020. [Consulted 11 July 2022]; 17 (6): 1595-1606. Available in: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/iwj.13435>

SIGNIFICADO DEL CUIDAR DE SI EN PACIENTES CON DIÁLISIS PERITONEAL

*Haidy Rocio Oviedo Cordoba¹
Ani Evies Ojeda²*

Resumen

La enfermedad renal crónica es una enfermedad silenciosa que no presenta signos y síntomas previos, generalmente su manifestación surge cuando la patología ha avanzado en el organismo; por ello se considera como un problema de salud pública a nivel mundial debido al crecimiento exponencial representado en la alta incidencia y prevalencia en los últimos años¹, representando la severidad de una situación que desde las enfermedades pre existentes potencializan su crecimiento. En Colombia, ha sido estimada como una patología de alto costo por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, por el impacto económico que representa y sobre todo por los cambios que genera en la calidad de vida de la persona y su familia, los procesos de aceptación, afrontamiento y adaptación, no solo a los procedimientos y tratamientos sustitutivos renales, sino también a los hábitos de vida. Por otra parte el crecimiento en el número de pacientes con enfermedad renal es un fenómeno común que afecta los diferentes hemisferios; en Colombia el ultimo reporte contempla el periodo de junio del 2019 a junio del 2020, en el cual se encuentran 152.364 casos nuevos² de los cuales el promedio de edad fue de 62 años y el 56% de éstos casos corresponden a mujeres, así mismo el análisis para las entidades territoriales que reportaron el mayor número de casos con TRR por cada 100.000 habitantes, fueron Bogotá, D.C. n = 8.085, Antioquia n = 6.576 y el el Valle del Cauca reportó la prevalencia de n = 5.577².

Objetivo general de este estudio se basó en construir una aproximación teórica de naturaleza epistemológica, ontológica y axiológica, acerca del cuidar de si de las personas con Enfermedad Renal en tratamiento con Diálisis peritoneal.

¹ Universidad del Magdalena, Santa Marta, Colombia, Facultad de ciencias de la salud, Programa de Enfermería, Grupo de Investigación Gicce. Correo: hoviedo@unimagdalena.edu.co

² Universidad de Carabobo, Valencia- Venezuela. Facultad de Ciencias de la Salud Escuela de Enfermería. Correo: ani18380@hotmail.com  [0000-0001-8535-0488](https://orcid.org/0000-0001-8535-0488)

Metodología: Este estudio se inscribe en la perspectiva cualitativa, bajo un enfoque fenomenológico y apoyado en el método de Spiegelberg, a través de sus seis fases permitió abordar el fenómeno de estudio, permitiendo hacer una descripción inicial de manera libre sin utilizar categorizaciones, seguido de las opiniones de los sujetos del estudio, como también de los agentes externos, resaltando la búsqueda de múltiples perspectivas. La Fenomenología de las apariencias constituye la tercera fase, en ella el investigador intenta captar las estructuras del fenómeno y sus relaciones; es por ello que en esta fase surgen los registros realizados en las matrices de categorías que permiten obtener información del fenómeno. La cuarta fase Constitución Fenomenológica básicamente el investigador profundiza la estructura, centrándose en el significado que tiene para los sujetos del estudio el fenómeno estudiado; en la quinta fase se interpretó el significado del fenómeno en este caso del cuidar de si en pacientes en diálisis peritoneal, suspendiendo todo juicio, y por último la sexta fase se interpretaron los hallazgos encontrados en las entrevistas realizadas a cada uno de los informantes llegando así a la fase de la Fenomenología Hermenéutica.

El significado se construyó a partir de las entrevistas a seis (6) personas que viven con la Enfermedad Renal Crónica en tratamiento sustitutivo renal de diálisis peritoneal considerándose los informantes clave, participan también los agentes externos, que para este estudio se consideraron los cuidadores familiares y como cuidadoras formales las enfermeras de una Clínica Renal en Santa Marta, Colombia, quienes libremente desde su perspectiva aportaron la información necesaria previa obtención del consentimiento informado. Como técnica de recolección de información se utilizó la entrevista a profundidad, teniendo se encuenta las consideraciones éticas para la investigación en seres humanos contemplada en la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud ³, se diligencio el formato de consentimiento informado previa explicación del proyecto siendo así su participación voluntaria, garantizando los principios de privacidad y confidencialidad utilizando para ello pseudónimos al hacer la transcripción de las entrevistas.

Resultados: Entre las contribuciones teóricas se interpreta el cuidar de si como fenómeno ontológico que exige al paciente cambios en la manera de sentir, actuar y pensar, dados a partir del aprendizaje de acciones protectoras de salud para evitar complicaciones y mantenerse en la terapia. Las epistemes derivadas de los significados expresados por los participantes del estudio fueron: sentimientos y emociones con el diagnóstico y tratamiento, acciones protectoras de salud, conocimiento de sí mismo, valores personales relacionados con el cuidado, y la adaptación y afrontamiento para el cuidado, todos ellos permitieron develar el cuidar de si como un acto consciente de autonomía, libertad, responsabilidad y la autoestima, como respuesta a sentirse bien.



Conclusion:

El significado de cuidar de sí para el paciente en tratamiento de diálisis peritoneal se construye a partir de los valores y del conocimiento de sí mismo, representando el significado axiológico y epistemológico, con lo cual pueden adaptarse y adoptar las acciones protectoras de la salud, que incluye cumplir las indicaciones médicas, la buena alimentación, realizar los recambios oportunamente, hacer ejercicio, su higiene personal, limpiar el orificio de salida del catéter, apropiándose de esta manera de su cuidado, utilizando así estrategias que maneja la persona en la medida que asume y acepta su realidad, experimentando los cambios que le exige la terapia misma y que van relacionados con su calidad de vida, el bienestar, el equilibrio. Así mismo, la construcción ontológica se define en cada una de las acciones que realiza ya sea por sí mismo o con ayuda de otros en pos de lograr un bienestar físico, emocional y espiritual, por ello la autonomía, responsabilidad y libertad se suman al autoconocimiento con los cuales se construye el cuidar de sí manifestado con expresiones de sobrevivencia, superación, esperanza, autonomía, e independencia.

Palabras clave: Enfermedad renal; Dialisis Peritoneal; Cuidado humano; cuidar de sí.

Referencias Bibliográficas:

1. Lopera M. La enfermedad renal crónica en Colombia: necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2016; 15(30): 212-233. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyys15-30.erc>
2. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Cuenta de Alto Costo: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación de la enfermedad renal crónica la hipertensión arterial y diabetes mellitus en Colombia 2020.. [Internet marzo 31 2021], Bogotá: Ministerio de Salud y protección social; <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/situacion-de-la-enfermedad-renal-cronica-la-hipertension-arterial-y-diabetes-mellitus-en-colombia-2020/>
3. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 8430 de 1993. 1993 p. 12. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
4. Arias M et al. La investigación cualitativa: un acto creativo por la enfermería. av.enferm. [Internet]. 2014 July [cited 2021 Oct 12]; 32(2): 280-291. Available from: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v32n2.46232>
5. Vignale, Silvana. Cuidado de sí y cuidado del otro. Aportes desde Michael Foucault para pensar relaciones entre la subjetividad y la educación. Contrastes. [revista en la Internet] 2012. [citado 2022 Jun 20]; Vol. XXVII. Disponible en <https://www.uma.es/contrastes/pdfs/017/Contrastes-XXVII-17.pdf>
6. Michael Foucault. Estudio sobre las culturas contemporáneas. Vol XXI, num 42, nov 2015.p.p.85-108. Colima, México. Consultado el 1 de abril 2022 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo02?id=31642649005>
7. Waldow, Vera Regina. Cuidado integral: Cuidando de sí, del otro, del todo. Rev Paraninfo Digital, 2012; 15. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n15/002po.php>

BIENESTAR ESPIRITUAL DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DURANTE EL AISLAMIENTO SOCIAL OBLIGATORIO EN PANDEMIA POR SARS-COV-2

María Luisa Molano Pirazán¹
Diana Marcela Rengifo Arias²
Laura Elvira Piedrahita Sandoval³

Resumen

El Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio, fue una medida gubernamental decretada, que surgió de urgencia y para frenar la propagación de la enfermedad producida por el SARS-CoV-2(1), situación que generó el cese de actividades académicas presenciales, enviando a sus hogares a aproximadamente 1.513.715 estudiantes vinculados a la formación universitaria (2). La situación antes descrita, generó en una de las Escuela de Enfermería del Occidente Colombiano, la movilización pedagógica hacia la enseñanza presencial asistida por la tecnología, lo cual implicó un verdadero desafío de índole pedagógico, tecnológico y relacional que impactó inevitablemente en las actividades formativas y en el logro de competencias sociales e interrelaciones, las cuales son fortalecidas durante la formación profesional (3). Así mismo, muchos estudiantes han tenido que enfrentar grandes dificultades, que se ha manifestado en una constante incertidumbre sobre su capacidad para poder hacer frente a la situación, aumentando la tensión emocional y el nivel de estrés,, posiblemente relacionado con el costo que implica “la pérdida de contacto social y de las rutinas de socialización que forman parte de la experiencia cotidiana de un estudiante de educación superior”(2); lo señalado repercute en la salud integral del ser humano (dimensión mental, corporal, espiritual y social) y pueden desencadenar respuestas que son la evidencia de la afección del estado salud (4). De acuerdo con lo antes descrito, se precisó la necesidad de determinar los niveles y los componentes que integran el bienestar espiritual, de los y las estudiantes de una escuela de enfermería del occidente colombiano, durante el periodo de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio, que amerito la reorganización, resignificación de

¹ Universidad del Valle, Cali-Colombia, Facultad de Salud/Escuela de Enfermería, Grupo de investigación Cuidado de Enfermería, Correo: molano.maria@correounivalle.edu.co  [0000-0003-3931-3779](https://orcid.org/0000-0003-3931-3779)

² Universidad del Valle, Cali-Colombia, Facultad de Salud/Escuela de Enfermería, Grupo de investigación PROMESA, Correo: diana.marcela.rengifo@correounivalle.edu.co  [0000-0002-3956-1505](https://orcid.org/0000-0002-3956-1505)

³ Universidad del Valle, Cali-Colombia, Facultad de Salud/Escuela de Enfermería, Grupo de investigación Cuidado de Enfermería, Correo: laura.piedrahita@correounivalle.edu.co  [0000-0003-4316-0090](https://orcid.org/0000-0003-4316-0090)

su cotidianidad estudiantil y los procesos de aprendizaje a los cuales estaban habituados antes de la situación epidemiológica; teniendo como constructo de bienestar espiritual, el desarrollado por Fisher, definido como la afirmación de la vida en una relación con Dios, consigo mismo, con la comunidad y el medio ambiente que fomenta y celebra la plenitud.

Este autor desarrolló el instrumento SHALON, que incluye dos grandes conceptos, el primero, Armonía Espiritual el cual hace referencia al estado de bienestar espiritual que está en coherencia con la apreciación de los valores y propósitos de vida y el segundo concepto, Disonancia espiritual, que se define, como la diferencia manifiesta entre las experiencias ideales y aquellas vividas en los dominios personal, comunal, ambiental y trascendental (5).

Objetivo: Determinar el bienestar espiritual de estudiantes de enfermería en una universidad pública del occidente colombiano durante el aislamiento social obligatorio en pandemia por SARS-COV-2.

Métodos: Enfoque cuantitativo, descriptivo, exploratorio, transversal; población conformada por estudiantes matriculados en una Escuela de Enfermería del occidente colombiano (N=161), la muestra se calculó con fórmula para población finita ($n=114$ estudiante); a través de muestreo aleatorio estratificado se seleccionó los participantes, la recolección de la información, fue mediante el instrumento SHALOM-3; este instrumento incluye tres componentes, la Evaluación de la Salud espiritual (A), de la orientación de Vida (B) y de la percepción del enfermero sobre la ayuda dada a las personas bajo su cuidado (C); develados a través de 20 ítems correspondientes y agrupados en los cuatro dominios por medio de tres preguntas a ser respondidas con escala tipo Likert de 1 (muy poco) hasta 5 (muchísimo). Este instrumento cuenta con propiedades psicométricas de validez y confiabilidad en el idioma inglés, resultado del trabajo sistemático y riguroso de confiabilidad (Alfa de Cronbach) y validez (constructo, discriminante, la independencia concurrente, predictiva y factorial)(6). El Alfa de Cronbach de los dominios: personal, comunal, ambiental y trascendental, es de, 0.81, 0.82, 0.86 e 0.95 respectivamente. El instrumento presentó validez facial predictiva y factorial)(6). El Alfa de Cronbach de los dominios: personal, comunal, ambiental y trascendental, es de, 0.81, 0.82, 0.86 e 0.95 respectivamente. El instrumento presentó validez facial, de contenido y constructo en el idioma español, lo que muestra la utilidad en el contexto hispanohablante colombiano para determinar el Bienestar Espiritual de las personas (7). El estudio contó con el aval Comité de Ética de la Facultad de Salud.

Resultados: 85% (97) correspondieron al género femenino, solteros 93% (106), edad promedio de 22 años, 7 estudiantes respondieron tener un hijo, en un rango de 1 a 4 años, religión católica 66,5% (175), el 43% procedentes del departamento del Valle, seguido de un 29% del departamento de Nariño. En la estimación de la Disonancia Espiritual, se observó que el dominio Trascendental tuvo el mayor porcentaje de disonancia con 34,2% y con menor porcentaje fue el Comunal con 16,7%, altos porcentajes en los niveles de armonía se identificaron en el dominio personal (82%) y comunal (70%); en los dominios trascendental (24%) y ambiental (22%) se encontraron respuestas en la escala Moderado. Las estrategias que fomentaron el bienestar espiritual en los estudiantes durante el aislamiento fueron, estar feliz, familia, ayudar a los demás, mejoramiento personal, tiempo para relajarse y música.

Conclusiones: Estos resultados, permiten tener un panorama para el seguimiento y acompañamiento de los estudiantes en los aspectos en los cuales presentaron disonancia durante el Aislamiento Social Preventivo Obligatorio en pandemia SARS-COV-2 a fin de propender por su salud integral y bienestar.

Palabras clave: Bienestar espiritual; Estudiantes; Aislamiento; SARS-CoV-2

Referencias Bibliográficas:

1. Gobierno de Colombia. Acciones tomadas por el Gobierno - Aislamiento preventivo [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 22]. Available from: <https://coronaviruscolombia.gov.co/Covid19/acciones/acciones-de-aislamiento-preventivo.html>
2. Pizarro A, Yucuma D, García J, Cuestas A. COVID-19 Acciones globales frente al cierre de escuelas durante una pandemia. ResearchGate [Internet]. 2020;(March):29. Available from: <https://uniandes.edu.co/es/noticias/educacion/recomendaciones-frente-al-cierre-de-escuelas-por-la-pandemia>
3. Puraivan E, Vargas ML, Ferrada C, Riquelme F, Godoy TL. Revista de la Educación Superior Análisis de emociones en estudiantes de primer ciclo universitario , en el contexto del Covid-19 . Un estudio de caso Introducción. 2022;51:53–68.
4. Lucchetti G, Góes LG, Amaral SG, Ganadjian GT, Andrade I, Almeida PO de A, et al. Spirituality, religiosity and the mental health consequences of social isolation during Covid-19 pandemic. Int J Soc Psychiatry. 2021;67(6):672–9.
5. Fajardo-Ramos E, Henao-Castaño AM. Spiritual well-being of nursing students bem-estar espiritual de alunos de enfermagem. Cult los Cuid. 2019;23(54):23–31.
6. Gomez R, Fisher JW. Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. Pers Individ Dif [Internet]. 2003 Dec [cited 2015 Sep 11];35(8):1975–91. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019188690300045X>
7. Henao Henao, A; Molano-Pirazán, ML; Fuentes, Al; Gómez, O; Diaz, L. P. (2016). Shalom una herramienta válida para medir el cuidado espiritual. In UN (Ed.), Experiencias de formación, investigación y práctica en el cuidado de enfermería. (1st ed., p. 352).

INMERSIÓN EN LA COMUNIDAD WAYUU DEL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA

Peter Alexander Mejia Velasco¹

Juliana Gabriela Nizo Ávila²

Diana Kattia Pacheco Conde³

Resumen

La Corporación Tepiapa en conjunto con la Asociación Colombiana Estudiantil de Enfermería (ACOEEN), la Asociación Colombiana Médica Estudiantil (ACOME), la Asociación Colombiana Estudiantil de Nutrición y Dietética (ACENDI) y la Asociación Colombiana de Estudiantes de Fisioterapia (ACEFIT), realizaron entre el 2 y el 7 de julio con la comunidad Wayuu de La Guajira una inmersión de atención en salud con enfoque interdisciplinar. Los espacios destinados para realizar las intervenciones fueron las rancherías de Cangrejito, Hirtu y San Martín Puloy. La Junta Directiva de la ACOEEN en sesión ordinaria del 2 de junio, delegó como parte del equipo que representó a la Asociación en el territorio a Peter Alexander Mejia Velasco (Secretario General), Juliana Gabriela Nizo Ávila (Coordinadora Comité De Identidad y Liderazgo) y Diana Kattia Pacheco Conde (Coordinadora Regional Norte), los cuales fueron coordinados y apoyados por Leandro Guarín Muñoz (Vicepresidente).

Las diferentes actividades que se desarrollaron estuvieron en el enfoque de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, tales como:

- Sesiones educativas en lactancia materna.
- Sesiones educativas en detección temprana de cáncer de cuello uterino y de mama.
- Sesiones educativas en autoexamen testicular.
- Sesiones educativas en planificación familiar, y anticoncepción.
- Sesiones educativas en salud mental.

¹ Universidad Francisco de Paula Santander, San José de Cúcuta - Colombia, Programa de enfermería, Semillero de Investigación rumbo al conocimiento (SEIRCO), secretario de la Asociación Colombiana de estudiantes de enfermería. Correo: peteralexandermeve@ufps.edu.co  [0000-0002-6182-8384](https://orcid.org/0000-0002-6182-8384)

² Universidad de La Sabana, Chía, Cundinamarca - Colombia, Facultad de Enfermería y Rehabilitación, programa de enfermería, Proyecto internacional ERASMUS+ ACE: Aprendizaje Centrado en el Estudiante, Coordinadora del comité de identidad y liderazgo de la Asociación Colombiana de Enfermería. Correo: juliananiav@unisabana.edu.co  [0000-0003-2006-141X](https://orcid.org/0000-0003-2006-141X)

³ Universidad de sucre, Sincelejo – Colombia, Programa de enfermería, Coordinadora de la regional Norte de la Asociación Colombiana de estudiantes de Enfermería. Correo: dianakattia14@gmail.com  [0000-0002-6521-9439](https://orcid.org/0000-0002-6521-9439)

- Valoración de crecimiento y desarrollo al infante.
- Valoración de salud sexual y reproductiva.
- Valoración de autocuidado.
- Tamizaje de riesgo cardiovascular y metabólico.
- Entre otros.

➤ **Las razones que motivaron la intervención efectuada**

La enfermería abarca el cuidado autónomo y colaborativo de personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos y en todos los entornos. Partiendo desde este concepto, una de las cosas que me motivaron a realizar dicha actividad, fue el hecho de obtener la experiencia en cuanto a la atención de una comunidad con ese ámbito cultural, en el cual quería asumir los retos en cuanto a cómo brindar una atención con calidad en ausencia de insumos clínicos y demás. Así mismo poner a prueba mis destrezas para el manejo de las diferentes situaciones que se vivieron durante la inmersión, como el hecho de dormir en chinchorros, cambiar las comida habituales, no poder tener acceso a un sanitario y poder bañarme, así como al servicio eléctrico dado a que no se contaba en la ranchería con dicho servicio. Otras de las cosas que también me alentaron, fue poder tener la oportunidad de realizar un trabajo multidisciplinario como lo fue con los estudiantes de medicina, nutrición y fisioterapeutas, lo cual nos brindó un acercamiento a la realidad que se basa en la atención de pacientes. Y por último el poder asumir un rol de liderazgo, el cual se vio evidenciado durante toda la inmersión.

➤ **Detección de hallazgos relevantes en el diagnóstico de la comunidad Wayuu de La Guajira.**

A pesar de ser una comunidad que carece de servicios públicos (Agua potable, Luz, Gas, internet) logramos evidenciar una unión en cuanto a los habitantes de la comunidad de San Martín Puloy y un estilo de vida que para dicha comunidad es buena, ahora bien, entrando en materia de condiciones de salud, se evidenció una deficiencia en conocimientos de la promoción y mantenimiento de la salud, dado a que se encontraron varios casos de Desnutrición, infecciones de diferentes focos (Vaginales, Intestinales, Cutáneas), afecciones respiratorias y musculares, logramos identificar que también existía un incorrecto manejo de los medicamentos, dado a que los usaban sin prescripción y no cumplían los planes terapéuticos, en donde observamos que estos debían ser acoplados a su modo de llevar el tiempo, dado a que ellos no manejan horas, sino se guiaban por el sol y solo tenían la mañana, tarde y noche.

Entonces los tratamientos que establecimos durante la atención fueron prescritos bajo estos parámetros, así mismo se hizo énfasis en la prevención de diarrea e infecciones intestinales, donde a la población menor de edad se le brindó en primera línea la administración de desparasitantes y medidas educativas donde se vio la necesidad del uso de una traductora ya que la mayoría de la población no manejaba el español. Otra de las acciones que se llevaron a cabo, fue la promoción de las enfermedades de transmisión sexual en la cual nos enfocamos en la población femenina dado a la incidencia de infecciones vaginales, y por las conductas sexuales que tenía dicha población. Ya la atención con base a su nutrición fue acoplada a los alimentos de la zona y a los cuales ellos tenían acceso.

➤ **Adicionalmente las características del contexto en los que se ubican dicha comunidad (rancherías de Cangrejito, Hirtu y San Martín Puloy).**

Hablando de manera personal, con base a la experiencia que tuve con la comunidad de San Martín Puloy, puedo mencionar que es una comunidad ubicada en una zona rural del municipio de Manaure, teniendo a larga distancia la zona urbana. En cuanto a sus condiciones básicas, es una comunidad que no cuenta con los servicios básicos tales como el agua potable, servicio eléctrico, alcantarillado, telefonía e internet, gas natural, esto dado a que si adquirirían dichos servicios perderían la esencia Wayuu, así lo refirió uno de los líderes de la comunidad, así mismo nos comentaban que hace años contaban con una amplia zona de cultivo y un gran número de chivos, que históricamente era reconocida por esto, pero al pasar de los años y por influencia de los líderes políticos se fue perdiendo. Las condiciones asépticas eran complejas, dado a que las deposiciones y orina eran realizadas en el campo y el cual era su habitad como tal. Las condiciones alimentarias eran deficientes, dado a que para suplir el alimento de un día lo hacían con un litro de chicha (maíz molido en agua), el cual cumplía el papel de los tres alimentos diarios. En cuanto al aspecto laboral, algunas mujeres recibían el sustento económico mediante la realización de manualidades (bolsos, vestidos, tejidos a mano) y algunos hombres tenían trabajos varios en la ciudad. Con base a lo anterior, se podría decir que, si lo miramos desde nuestra posición, serían condiciones precarias, pero desde la posición de dicha comunidad es un estilo de vida normal, y eso mismo nos lo recalco José el director de Tepiapa.

Palabras clave: Inmersión ;Comunidad; Cultura; Cuidado; Wayuu.

Referencias Bibliográficas:

Informe VP-22-019. Asociación colombiana de estudiantes de enfermería ACOEEN

LESIONES POR PRESIÓN, UN RETO PARA ENFERMERÍA

Adriana Gutiérrez Pereira¹

Resumen

La piel es el órgano más grande del cuerpo humano, dentro de las funciones de la piel pueden mencionarse la de protección frente a agentes físicos, químicos, mecánicos y biológicos; la función de comunicación; homeostática; endocrina; inmunológica; reparadora; de absorción y excreción; así como reservorio de sangre. Las lesiones asociadas a la dependencia se dan como resultado de la pérdida de forma permanente o transitoria la autonomía y capacidad de la persona para realizar acciones de autocuidado y actividades básicas de la vida diaria. Se trata de complicaciones propias de pacientes críticos o crónicos en postración o con limitaciones en la movilidad, en los cuales intervienen aspectos etiológicos inherentes a la persona, al cuidado de la piel, así como al uso de dispositivos médicos.

Dentro de estas lesiones se encuentran las asociadas a la humedad, la fricción y a la presión, si bien uno solo de estos factores es suficiente para generar lesiones en piel, es común que se presenten como resultado multicausal. Las LPP pueden ser las más preocupantes por su incidencia, alta morbilidad, compromiso de la calidad de vida, riesgo de mortalidad asociada a complicaciones como infección, impacto en los costos en salud, afectaciones psicológicas y el impacto para familiares y cuidadores, entre aspectos.

El Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas GNEAUPP, define las LPP y cizalla como “una lesión localizada en la piel y/o tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con las fuerzas de cizalla. Ocasionalmente, también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos.

En Colombia, según estudio de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional; el 68% de lesiones por presión se da en hombres, 64% en instituciones públicas, el 44% en el primer nivel, el 65% de la información proviene de personas afiliadas al régimen subsidiado de Salud.

¹ Enfermera Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga – Colombia. Representante de Acceso Institucional para Santanderes, EuroEtika. Correo: agutierrez@euroetika.com  [0000-0002-4217-2885](https://orcid.org/0000-0002-4217-2885)

La causa principal en el 98% de los casos es la presión, seguido por cizalla, humedad e incontinencia. Se destaca el escaso uso de superficies especiales para el manejo de la presión; el 43% no utiliza escalas para medir el riesgo.

En 2014 se publicó la guía de prevención y tratamiento de las LPP avalada por las asociaciones Americana, Europea y del Pacífico (NPUAP, EPUAP, PPIA). En el documento se determinan 6 categorías en función de la severidad de las LPP, que se establecen en base al plano de afectación de los tejidos cutáneos:

CATEGORIA I: Eritema no blanqueable.

CATEGORIA II: Pérdida parcial del grosor de la dermis que se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho rosado, sin esfacelos. También se puede presentar como una ampolla / flictena y/o úlcera brillante o seca sin esfacelos ni hematomas.

CATEGORIA III: Pérdida del grosor total de la dermis. La grasa subcutánea puede estar visible, pero ni hueso, tendón o músculo están expuestos. Puede tener tunelizaciones y excavaciones bajo los bordes.

CATEGORIA IV: Pérdida de tejidos completa con hueso, tendón o músculo expuestos. A menudo tiene tunelizaciones y excavaciones bajo los bordes.

No Estadiable: Profundidad desconocida: Pérdida completa de tejido en la que la base de la úlcera está cubierta por esfacelos y/o escara.

Sospecha de Lesión de Tejidos Profundos LTP: Profundidad desconocida.

En consensos de expertos y soportados en la experiencia de instituciones con certificación de alta calidad en Colombia, se han identificado algunas acciones inseguras durante el cuidado de la persona que están relacionadas con la aparición de lesiones por presión, estas son:

- Evaluación incorrecta del paciente con riesgo por inmovilización prolongada.
- Realizar mala higiene al paciente.
- Posicionamiento inadecuado del paciente (paciente mal posicionado, sin los aditamentos necesarios o con cambios de posición sin horario establecido).
- Paciente con inmovilización inadecuada (por cizallamiento o fricción producidos por la inmovilización o por aditamentos adicionales mal situados se generan escaras).

- No aplicar sustancias hidratantes o aplicar sustancias inadecuadas durante la higiene del paciente.
- Realización de masajes de forma inadecuada sobre prominencias óseas.
- Falta de valoración permanente de las condiciones de la piel del paciente con alto riesgo de escaras.

Así mismo se describen prácticas seguras que han demostrado ser eficaces en evitar la aparición de LPP:

- Utilizar un equipo multidisciplinario para el desarrollo de un plan individualizado de atención basado en factores intrínsecos y extrínsecos de riesgo de LPP y datos de la puntuación de riesgo.
- El abordaje de la prevención en la aparición de LPP en pacientes hospitalizados por parte del equipo interdisciplinario ha demostrado ser efectivo en referencia al adecuado estado nutricional.
- El mantenimiento de la movilidad.
- La higiene corporal del paciente.
- Planes de cuidados estandarizados o individualizados.
- La identificación temprana del riesgo.
- Educación al paciente y su familia.
- Creación de un protocolo y/o monitoría de la adherencia al protocolo de manejo de pacientes de riesgo, al igual que la supervisión frecuente de los pacientes de mayor riesgo.

En Colombia se cuenta con tecnologías de alta calidad en el manejo de avanzado de heridas que son un herramienta fundamental en el cuidado de la piel y la atención de las lesiones por presión; en este caso se presentan los productos de la línea Fitostimoline cuyo principio activo es el extracto acuoso de *Triticum Vulgare* que ha demostrado científicamente acelerar el proceso de cicatrización hasta siete veces, gracias a las bioestimulinas o fracciones oligosacáridas ST 98 y K>1000 presentes en los productos, en especial Fitostimoline Idrogel (desbridante autolítico, combate infecciones en lecho de la herida y biofilm, y estimula la regeneración de tejido); Fitostimoline crema y gasas (para granular y epitelizar). Otros productos como Fitostimoline Limpiador con Bardana (Syndet), Topicrem (úrea 2% + glicerina 10%), nos ayudan con los cuidados generales de la piel.

Las acciones del equipo de Enfermería, grupo interdisciplinario de atención al paciente, cuidadores y familiares; son fundamentales en prevención y manejo de LPP y otras lesiones asociadas a la dependencia. Evitar las acciones inseguras y promover las prácticas seguras en los servicios institucionalizados y en el cuidado domiciliario, han demostrado impacto positivo en la disminución del riesgo de aparición y complicaciones asociadas a dependencia. Conocer y manejar adecuadamente las tecnologías avanzadas para curaciones es importante para mejorar los procedimientos y lograr respuestas más eficientes en beneficio de la calidad de vida de los pacientes y la optimización de los recursos.

Palabras clave: Lesione por presión; Lesiones asociadas a Dependencia; Heridas; Cicatrización; Triticum Vulgare.

Referencias Bibliográficas:

1. Paniagua Asencio, ML. Lesiones relacionadas con la dependencia: prevención, clasificación y categorización. Documento clínico 2020. Paniagua-2020 -LRD -Prevención-clasificación-y-categorización - Ciências Fisiológicas - 2 (studenta.com).
2. García Fernandez FP; Soldevilla Ágredda JJ; Pancorbo Hidalgo PL. Documento técnico N° II. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas GNEAUPP. Clasificación – categorización de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia. 3ª Edición. Noviembre 2021. Documento nº02 Categorización_3Ed
3. González-Consuegra RV, Cardona-Mazo DM, Murcia-Trujillo PA, Matiz-Vera GD. Estudio de prevalencia de úlceras por presión en Colombia: Informe preliminar. rev.fac.med. 2014;62. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3.43004>
4. Arnaldo Esteban M, Fontserre Candell E, Rodríguez Cambler M, Rueda López J. Monografía: Clasificación de las lesiones por presión. [Internet]. Álava: HeridasenRed; 2021 [citado agosto 2022]. Disponible en: <https://heridasenred.com/clasificacion-de-las-lesiones-por-presion/>
5. Vásquez Vélez, DC; Agudelo L., CP; Molina Wilches, AP. Prevención úlceras por presión. Paquetes instruccionales. Guía Técnica Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Ministerio de salud. Colombia. 2020 <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-ulceras-por-presion.pdf>

SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL SERVICIO DE URGENCIAS EN UNA INSTITUCIÓN DE PRIMER NIVEL EN CÚCUTA-NORTE DE SANTANDER CON BASE A LA ESCALA NOC DESDE LA PERSPECTIVA DE KATHERINE KOLCABA

Natalia Michell Cortina Huertas¹
Cristian David Paternina Doria²
María Patricia Pérez Martínez³
Yenifer Natalia Solano Puerto⁴

Resumen

Introducción: El servicio de Urgencias corresponde a la principal puerta de entrada del paciente, es decir, es su primer contacto con el servicio sanitario. Esta área se caracteriza por recibir casos de vital importancia, ya que, los pacientes que frecuentan esta unidad lo hacen porque necesitan suplir una necesidad que pone en riesgo su integridad. Los sistemas de salud consideran a la satisfacción del paciente como un indicador de la calidad del servicio y para enfermería viene a constituirse en el resultado importante y de valor incuestionable del cuidado, está relacionada con el bienestar del paciente porque promueve una óptima participación del paciente en el cuidado de su salud. Quienes acuden a un centro hospitalario, lo hacen con la esperanza de que sea atendida y resuelta su necesidad. Por este motivo, la calidad concibe un concepto inherente en salud, pues identifica aspectos de interés para evaluar los servicios cómo: lograr minimizar el riesgo en el paciente, profesionales de alto nivel, uso eficiente y eficaz de los recursos y conservar la satisfacción del paciente. El personal de Enfermería, es el primer contacto que tiene el paciente al llegar al servicio, por tal motivo, debe ser capaz de suplir las necesidades y proporcionar confort en el paciente.

Sin embargo, existen diferentes factores causantes para que la prestación del servicio no sea oportuna, como los largos tiempos de espera, la alta demanda que supera la capacidad de los hospitales y la sobrecarga laboral del personal, lo cual disminuye la satisfacción del paciente.

Es por esto que bajo la experiencia de enfermera jefe en una unidad de demencia Katherine Kolcaba, empezó a teorizar acerca de la comodidad o confort. Fue realizando su investigación y a la realización de su doctorado sustentó su trabajo buscando con ello desarrollar una teoría y demostrarla. Kolcaba aprendió que la definición original de comodidad era “reconfortar enormemente”. Esta definición ofrecía una maravillosa justificación para que las enfermeras conforten a los pacientes, porque los pacientes estarían mejor y las enfermeras se sentirían más satisfechas. Publicó un análisis del concepto del confort, elaboró un diagrama recogiendo los aspectos de la comodidad y utilizó la comodidad como objetivo del cuidado logrando así contextualizar la comodidad en una teoría intermedia y la demostró en un estudio de intervención. Se describe en la teoría que la comodidad era el centro de la enfermería y de la medicina, ya que a través de ella se llegaba a la recuperación. Así mismo en la teoría se resalta algunos metaparadigmas, como lo son:

- Enfermería: incluye la valoración de las necesidades de la comodidad, el diseño de las intervenciones de comodidad para satisfacer esas necesidades y la revaloración de la comodidad después de la implantación de dichas medidas, en comparación con una situación anterior.
- Paciente: Los receptores del cuidado deben ser individuos, familias, instituciones o comunidades que necesiten cuidados de salud.
- Entorno: El entorno es cualquier aspecto del paciente, la familia o las instituciones que la enfermera, los familiares o la institución pueden manipular para mejorar el confort.
- Salud: La salud es el funcionamiento óptimo del paciente, familia, profesional de la salud o comunidad, según la definición del paciente o grupo.

Del mismo modo, Katharine Kolcaba propone una clasificación taxonómica bajo contextos que permiten alcanzar un estado de confort en el paciente, dichos contextos se relacionan con el NOC satisfacción de los cuidados de enfermería:

- Contexto Físico: perteneciente a las sensaciones del cuerpo, los indicadores que se relacionan en la taxonomía NOC son: el alivio de los síntomas de la enfermedad, atención a la comodidad durante el tratamiento, entre otros.
- Contexto Ambiental: incluye el entorno, las condiciones y las influencias externas, los indicadores que se encuentran en la taxonomía NOC son: la limpieza del entorno, disponibilidad de enfermeras y material necesario para los cuidados, entre otros.

- Contexto Social: perteneciente a las relaciones interpersonales, familiares y sociales. Los indicadores que se encuentran en la taxonomía NOC son: interés por la familia, amabilidad del personal, el personal se presenta, el personal escucha al paciente, el personal se toma tiempo de comunicarse con el paciente, entre otros. **Objetivo:** Determinar la satisfacción de los pacientes con la atención de Enfermería en el servicio de urgencias de una institución de primer nivel en Cúcuta-Norte de Santander con base a la escala NOC desde la perspectiva de Katherine Kolcaba. Materiales y métodos Investigación de tipo cuantitativa descriptivo de corte transversal. Cuantitativo porque se centró en los aspectos observables susceptibles a cuantificación utilizando métodos estadísticos o matemáticos; Descriptivo porque partimos de una pregunta problema, se buscó resolverla mediante la aplicación de un instrumento estandarizado, teniendo en cuenta algunos criterios de inclusión y exclusión para seguidamente analizar los datos obtenidos y Transversal porque se realizó en un tiempo determinado el cual se establece para el mes de mayo del presente año. Para este caso se aplicó una escala Likert teniendo en cuenta la taxonomía NOC que incorpora terminología y criterios estandarizados para describir y obtener resultados como consecuencia de la realización de intervenciones enfermeras con el fin de evaluar la satisfacción frente a la atención que está recibiendo el usuario. Se obtiene un muestreo probabilístico aleatorizado debido a que es seleccionado un grupo de usuarios que ingresan al servicio de urgencias en el mes de mayo del 2022 durante la jornada de la mañana en una institución de primer nivel de atención para la elección de la población objeto. **Resultados:** Al relacionar los cuidados de enfermería brindados en el servicio de urgencias de una institución de primer nivel con la satisfacción que perciben los usuarios al recibir dicha atención se encuentra que la variable que predomina o que más satisface la necesidad del paciente es la pertinencia ya que se cuenta con los materiales y el personal necesario para satisfacer la necesidad del paciente y con ello alcanzar un estado de salud óptimo lo cual se ve referido en el cuestionario aplicado en el servicio en estudio donde se obtuvo que el 83% de los entrevistados están entre completamente satisfechos y muy satisfechos. **Discusión:** Los datos encontrados en estudios previos, realizados en distintas partes del mundo, han arrojado datos similares a los nuestros debido que los ítems que aportaron mayor relevancia al total del cuestionario son aquellos que se relacionan con la calidad humana y la calidad de la atención, por lo cual al evaluar la satisfacción es este aspecto en el que se debe hacer mayor énfasis y debe diferenciarse de las escalas para evaluar la calidad del servicio prestado.

Conclusiones: se concluye que los usuarios que asisten al servicio de urgencias de la institución de primer nivel de la ciudad de Cúcuta se encuentran en un 78% muy satisfechos y completamente satisfechos con la atención prestada además a la realización de la investigación se pudo concluir que el personal de enfermería no solo debe centrarse en el confort físico o el alivio de los síntomas, sino que también deberá tomarse el tiempo de brindar apoyo emocional, presentarse a los pacientes, tener más disposición para resolver dudas de manera clara y comprensible, tomarse el tiempo para escuchar al paciente para que con ello la atención sea más eficaz y se brinde mayor calidad en los servicios.

Palabras clave: Atención; Enfermería; Confort; Urgencia; Salud; Calidad.

Referencias Bibliográficas

1. Silva P, PL, VB F, RIB O, SRR C. Triage in an adult emergency service: patient satisfaction. Revista Da Escola De Enfermagem da USP. 2016; 50(3).
2. Cano CD, Acevedo M, Valencia J, Gallego K, all e. Factores que inciden en la calidad del servicio de urgencias en la Clínica Sagrado Corazón de Medellín. Revista CIES. 2018; 9(02).
3. Ortiz RM, Muñoz S, Martín del Campo D, all e. Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios. Revista Panamericana de Salud Publica. 2003; 13(4).
4. Arteta-Poveda L, Palacio K. Dimensiones para medición de la satisfacción del paciente en centros de urgencia. Revista de Salud Publica. 2018; 20(05).
5. Castelo Rivas W, Castelo Rivas A, Rodriguez J. Satisfacción de pacientes con atención médica en emergencias. Revista Cubana de Enfermería. 2016; 32(3).
6. Trujillo Rojas A, Cardona Baron J, Morales Lujan M. Percepción de calidad en la atención de los usuarios atendidos en el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl De Remedios Antioquia durante el segundo trimestre del año 2020. Trabajo de Grado. 2020.

EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA COMO UNA EXPERIENCIA DEL SABER DISCIPLINAR

María Cristina Blanco Fuentes¹
Eva Paola Gutiérrez Medina²
Angélica Yohanna Prada Moncada³

Resumen

Enfermería reconocida actualmente como ciencia, arte y disciplina profesional, necesita utilizar una forma de proceder para llevar a cabo el cuidado que presta a sus pacientes, y se caracteriza por dar respuesta a una serie de situaciones de salud que pueden ser problemáticas para las personas. Esta forma de proceder, encaminada a solucionar o minimizar los posibles problemas de la vida cotidiana relacionada con la salud, no es otra que una actuación ordenada y sistemática, en todas las acciones que lleva a cabo, esto es la aplicación del método de resolución de problemas ante las posibles situaciones que puedan presentarse, sobre todo de los que precisen que se cumplan ciertas condiciones de dificultad y/o complejidad. En enfermería, en mayor o menor medida, se establece, que para llevar a cabo aquellas funciones que son propias de la disciplina, es necesario ordenar y estructurar las actividades que hacen posible el análisis y solución de las mismas, lo cual se logra mediante la aplicación del método científico, denominado Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

El PAE es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera. Es el camino que asegura la atención de alta calidad para la persona que necesita los cuidados de salud que le permitan alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de su estado o condición clínica.

¹ Universidad Francisco de Paula Santander, Cúcuta-Colombia, Asesoría académica/Clínica Medical Duarte, Gismed. Correo: angelicayohannapm@ufps.edu.co^{ID} [0000-0002-3993-0542](tel:0000-0002-3993-0542)

² Universidad Francisco de Paula Santander, Cúcuta-Colombia. Docencia e investigación. Clínica Medical Duarte, Gismed. Correo: docencia.investigacion@clinicamedicalduarte.com

³ Universidad de Santander, Cúcuta-Colombia, Educación continuada/Clínica Medical Duarte, Gismed. Correo: coord.educacioncontinua@clinicamedicalduarte.com

Para el desarrollo y aplicación adecuada del PAE, es indispensable tener en cuenta las bases de conocimiento de la disciplina de enfermería y las diferentes teorías que la soportan y fundamentan. Este conocimiento es clasificado y estructurado según su grado de abstracción, la estructura del conocimiento en orden decreciente puede ser definida como: metaparadigma, filosofía, modelos conceptuales, teorías e indicadores empíricos.

En la Clínica Medical Duarte, el modelo de cuidado está compuesto por la filosofía y conceptos de Virginia Henderson y la metodología se realiza a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), siendo este un modelo el cual se basa en las necesidades básicas humanas. Su teoría integra los principios fisiológicos y psicológicos a su concepto de enfermería. Más que un modelo, se considera como una filosofía, parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello. Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo.

El modelo describe que las actividades que la enfermera realiza para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Henderson denomina Cuidados Básicos de Enfermería, y se aplican a través de un plan de cuidados, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

De acuerdo con lo descrito anteriormente, el presente artículo pretende exponer la propuesta ejecutada actualmente, en una clínica de alta complejidad de la ciudad de Cúcuta, Clínica Medical Duarte, en lo relacionado con el Proceso de Atención de Enfermería, cuyo modelo de cuidado está basado en la filosofía y conceptos de Virginia Henderson.

A continuación se describen las fases del proceso de atención de enfermería que se encuentra en proceso de implementación de manera sistematizada:

1. **Fase de valoración de enfermería:** 14 necesidades básicas.
2. **Fase de diagnóstico de Enfermería (NANDA):** de acuerdo con la valoración integral realizada y la priorización de la necesidad más afectada en el paciente, se plantea el diagnóstico de enfermería. (Diagnósticos relacionados con la necesidad de respirar).

3. Fase de Planteamiento de Objetivos del Cuidado de Enfermería (NOC): según el diagnóstico de enfermería planteado, se despliegan objetivos esperados en el paciente y se selecciona el mas adecuado.

4. Fase de Planteamiento de Intervenciones de Enfermería (NIC): de acuerdo con el diagnóstico de enfermería planteado, se describen las intervenciones y sus respectivas actividades, al final del turno, el enfermero resalta las actividades realizadas y las pendientes.

5. Fase de Evaluación del PAE: fase final, el enfermero describe que porcentaje de cumplimiento alcanzó, que actividades quedaron pendientes, y permite además describir las observaciones que considere necesarias según el contexto de la situación propia del paciente a cargo.

Por último, vale la pena recalcar la importancia y el gran aporte que ha brindado el avance tecnológico en el mundo, como el uso de las TIC's, donde el quehacer del enfermero también se beneficia permitiendo de esta manera simplificar procesos, reducir tiempos, garantizar la eficacia y efectividad en el planteamiento de las actividades, fortaleciendo la relación enfermero/paciente, permitiéndole brindar un cuidado mas personalizado e individual, un abordaje holístico, garantizando la calidad en la atención y fortaleciendo la humanización en el cuidado.

El proyecto de sistematización del PAE planteado en la Clínica Medical Duarte, liderado por el Departamento de Enfermería y el área de Docencia e Investigación, actualmente se encuentra en la realización de la respectiva prueba piloto, con el fin de culminar el proceso e iniciar su estandarización en la totalidad de los servicios asistenciales, donde los enfermeros profesionales serán los responsables del planteamiento, seguimiento, ejecución y evaluación, permitiendo de esta manera sistematizar y organizar el cuidado y centrarlo en la satisfacción de las necesidades básicas del paciente y su familia. Además, la utilización de teorías de enfermería permitirán al enfermero sustentar científicamente la práctica, pues busca fortalecer el desarrollo disciplinar de la profesión y garantiza la individualidad de cada paciente teniendo en cuenta factores individuales, familiares y sociales, de esta manera permite identificar y priorizar necesidades de atención, haciendo del cuidado de enfermería una labor desarrollada de manera científica, técnica y humanizada, cumpliendo de esta manera con el gran eslogan institucional *Trabajamos con sentido humano*.

Palabras clave: Proceso de Atención de Enfermería; Disciplina; Modelo de cuidado; Necesidades básicas; Valoración; Diagnóstico de enfermería; Objetivo de cuidado; Intervención de enfermería; Evaluación.

Referencias Bibliográficas

1. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Instituto Nacional de Educación en Enfermería. Proceso de atención de enfermería PAE. Rev. Rev. Salud Pública Paraguay. 2013; Vol. 3 N° 1; Enero-Julio 2013. p. 41-48. [Consultado 9 agosto 2022]; Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964686/41-48.pdf>
2. Riopelle L et. al. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1999.
3. Hernández Marín, Cristina. El modelo de Virginia Henderson en la práctica de enfermería. Universidad de Valladolid, facultad de enfermería. 2015.
4. Zarate RA, La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index Enferm [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2012 Nov. 15] ; 13(44-45): 42-46. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962004000100009>

PANEL DE EXPERTOS

Panel de expertos XIII Encuentro internacional de Cuidado. “Construyendo el saber de enfermería desde el cuidado: 2002 2022”.

El Panel de expertos del **XIII Encuentro internacional de Cuidado. “Construyendo el saber de enfermería desde el cuidado: 2002 2022”**, se constituye en una oportunidad, para proponer estrategias para el cuidado humano, de una manera sensible en el contexto global actual. De otra parte, se busca reconocer los elementos que permiten identificar los desafíos que agregan valor a los cuidados de la profesión.

El propósito del panel de expertos es contribuir a una mejor comprensión de los procesos de cuidado, sobre la base de dos preguntas, orientadoras

1. ¿Cómo cuidar al ser humano de una manera sensible frente a los desafíos de la práctica, un contexto de salud global? .
2. ¿Cómo lograr a partir de estos desafíos, involucrar elementos que permitan agregar valor a los procesos de cuidado en la profesión de enfermería?

A partir de la identificación de estas preguntas, se busca reconocer:

1. Desafíos y sensibilidad.
2. Valor agregado del cuidado.
3. Contexto global.

El panel de expertos de la presente versión del encuentro internacional de cuidado, está conformado por los siguientes panelistas invitados internacionales:

Doctoranda EYDA IVETH ESCUDERO ABREGO Docente Investigadora Universidad de Panamá. Hospital Dr. Arnulfo Arias Madrid.

Doctora MARÍA DEL PILAR HILARIÓN MADARIAGA Instituto Universitario Avedis Donabedian /Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) / Fundació Avedis Donabedian.

Mg. HÉCTOR RAMÓN ROSSO DÍAZ Caritas Coach – Senior Scholar Caring Science Director WCSI Latín-Ibero-América -Faculty Associate.

Doctor ALLAN GERARDO RODRÍGUEZ ARTAVIA. PhD Bioética Universidad de Costa Rica. Director, Hospital San Vicente de Paul de Heredia, CCSS.

La moderación del panel, estuvo a cargo de la docente directora del grupo GICE, enfermera GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL PhD en Bioética.

Metodología para el desarrollo del panel:

Se realizaron 2 sesiones de preguntas orientadoras a cada uno de los expertos, en las cuales tuvieron a su haber 10 minutos para dar respuesta a las cuestiones que integraban el panel. En la primera ronda se respondió a la primera pregunta: ¿cómo cuidar al ser humano de una manera sensible frente a los desafíos de la práctica en un contexto de salud global?

Desarrollo del panel:

En su orden, las respuestas fueron Eyda Yvette Escudero, Doctoranda de la Universidad de Panamá: Para la profesora Eyda, ha ocurrido un cambio en el concepto de salud internacional se ha transitado a salud global esto implica un cambio en el paradigma desde el enfoque de la internacionalización. Dado que la salud global que tiene que ver con la globalización, pero a su vez se integra con la transferencia de procesos que dentro de los cuales destaca:

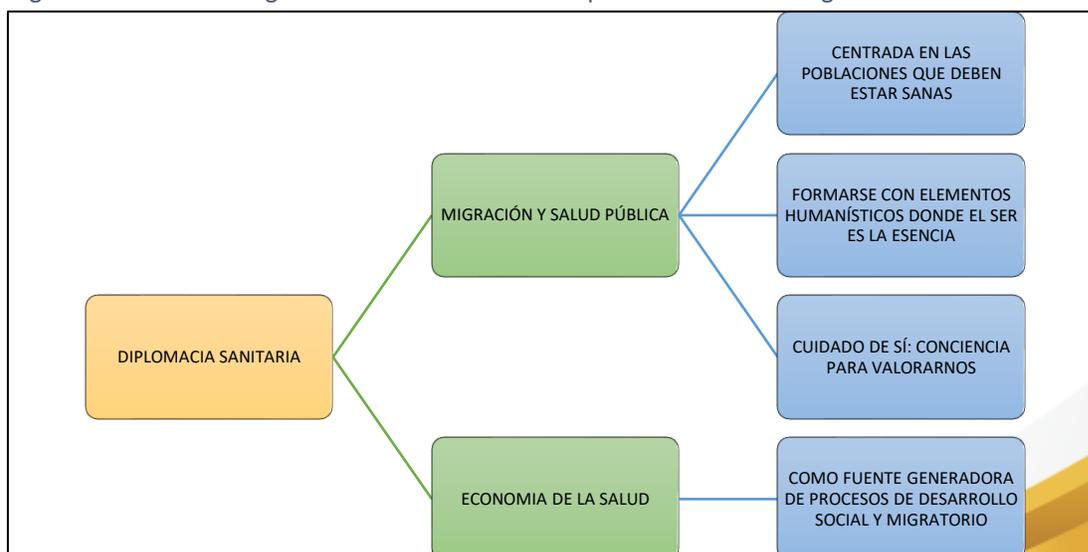
- La migración,
- La comercialización.

En este sentido la globalización aceleró los procesos en materia de salud, en un mundo cada vez más cambiante y con fronteras en expansión. ¿Hay que preguntarnos qué pasa cuando los procesos migratorios?, ¿qué pasa para el capital humano de un país cuando se emigra? Y es bueno preguntar, ¿qué ocurre en ese país cuando él que migra es el enfermero como personal de salud?, ¿cómo logra el país que pierde este recurso, recuperar su capital humano, humano en salud? ¿cómo se repone o restituye, un país de esta pérdida de profesionales cuidadores?, se agregaría a las palabras de la invitada, ¿se han cuantificado estos impactos?.

Es por estos fenómenos, que la enfermería debe tener competencias para asumir un rol protagónico: (de cuidador, abogacía, activista, investigador y gestor entre otros) para contribuir al defensa de los intereses de salud en las poblaciones que cuida, y esto se logra mediante la adquisición de conocimientos, como fuente de saber para el cuidado y como elemento de poder (porque él conocimiento empodera), en este paradigma es parte esencial la salud familiar y comunitaria, en el control de las enfermedades transmisibles, prevalentes en el contexto de salud global.

Sostiene que es competencia para el cuidado comprender al ser humano, desde su unicidad, para ello es importante cambiar la perspectiva desde el modelo biomédico por una nueva conceptualización enfocada al mantenimiento de la salud, a través de prácticas que permitan estilos de vida saludable. Emerge en este caso los siguientes conceptos: (Ver figura N° 1)

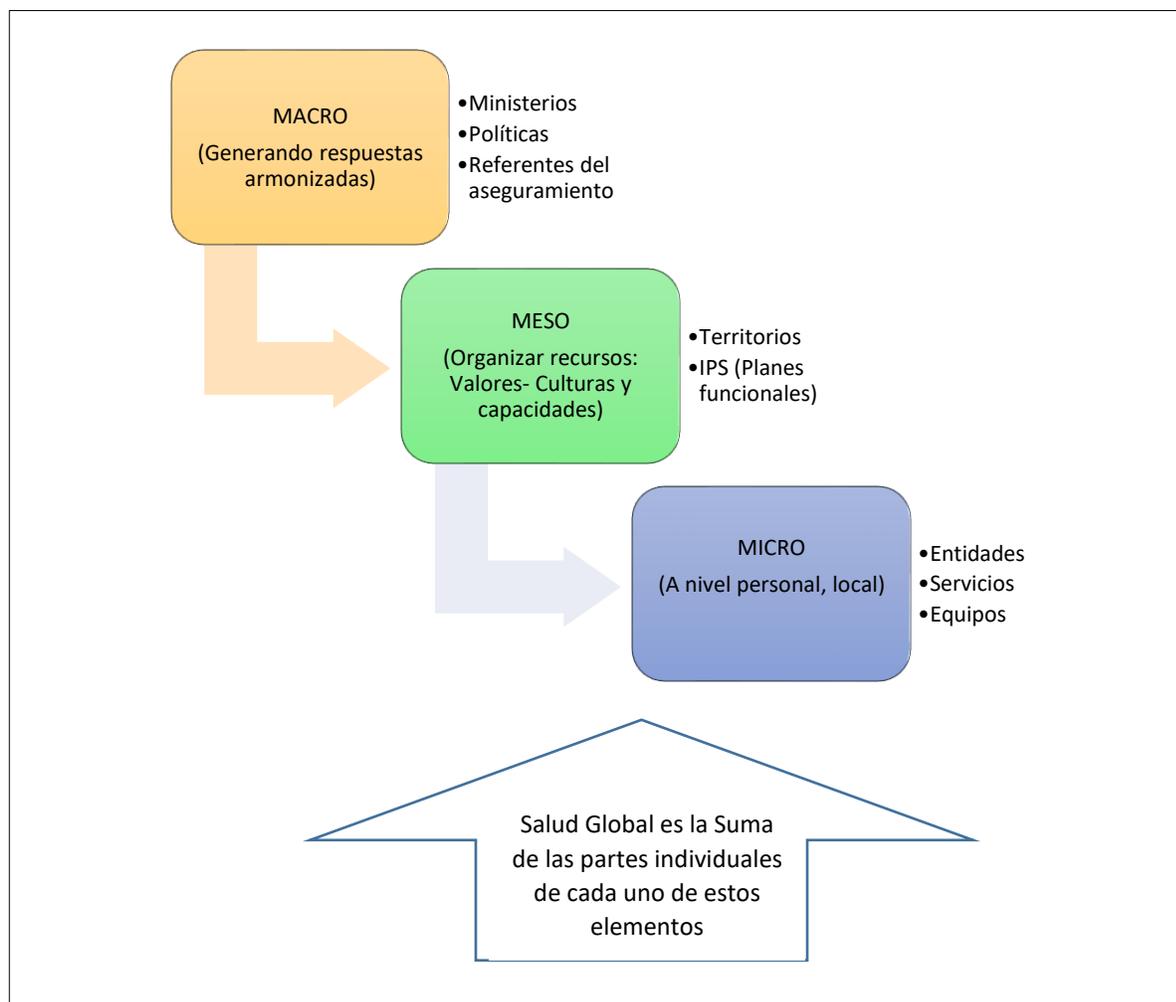
Figura 1 Elementos integradores en los desafíos de la práctica ante la salud global



Todo lo anterior está permeado por las TIC, como fuente importante para la expansión y desarrollo del cuidado. Para que se pueda llegar a poblaciones rurales y poblaciones urbanas, procesos en los cuales las TIC son la clave. Finalmente no se debe olvidar, que el corazón de enfermería son las maneras y enfoques en los que se entiende, cómo se puede brindar la educación a la población y cómo cuidar con un sentido más humano, se requiere cambiar las formas de interacción por una acción cuidadora que transforme los procesos de cuidados.

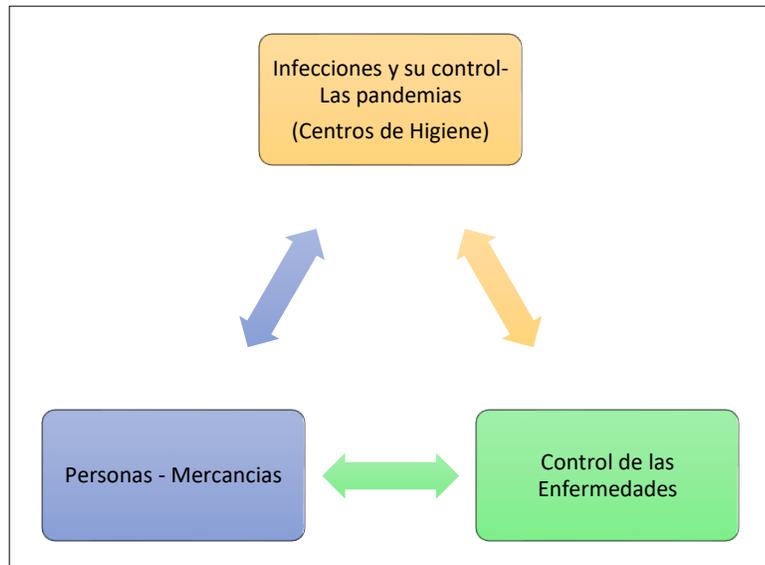
Para la Doctora Pilar Hilarión, subdirectora de la Fundación Avedis Donabedian, se requieren de tres tipos de abordajes (Figura 2):

Figura 2. Dimensiones que integran los abordajes en la salud global



Para comprender la Salud Global, habría que plantear una relación entre las políticas públicas y dar respuesta a la pregunta: ¿Cómo lo estamos haciendo?, pero la profesora Hilarión nos permite comprender ¿Que incluye la salud global?: (Figura 3)

Figura 3. Áreas que integra la salud global



Retos de la Salud Global

- I. Uno de los retos de la salud global son las pandemias, y los aprendizajes que se deben consolidar en torno a esta ¿La forma cómo nos hemos organizado para aprender?. Cuyos desafíos, son los cambios generacionales; ¿cómo hacer para que las nuevas generaciones, tengan elementos que les permitan nuevos aprendizajes, cuando estas enfrenten las crisis? Así mismo se debe pensar en cómo se va relacionando la dimensión comunitaria desde los servicios.
- II. Enfermedades NO Transmisibles, ¿Como se van a reenfocar las costumbres- estilos de vida, principalmente para enfrentar el riesgo cardiovascular? Se debería pensar en establecer un panorama de riesgos basados en alertas de envejecimiento activo desde la infancia (basados en los primeros 1000 días de vida del ser humano) si estos son de calidad o por el contrario, no lo son. La resiliencia estaría en hacer un buen inicio de vida, en la forma cómo nos adaptamos.

Adicionalmente están las alertas en salud mental (pandemia N° 1 en discapacidad en Europa). Tenemos un agravante y es que en Colombia, esta alerta de Salud Mental y Discapacidad NO se reconoce, esto genera nuevos retos como lo es contrarrestar el aumento de suicidios, en Colombia, la primera causa de salud mental es el intento de suicidio.

Otro elemento es el aumento de las violencias / los conflictos / los miedos. Este ejercicio del miedo en el contexto colombiano es el responsable del fenómeno migratorio y movilidad humana, a expensas del conflicto armado, producto del ejercicio de poder de los actores armados.

El cambio climático: generador de fenómenos como cambios de temperaturas por el calentamiento global, sequías y escases de agua, genera también migración y desplazamiento de poblaciones, que sin agua no pueden sobrevivir. Aspecto que incide en los indicadores de salud, saneamiento básico y sostenibilidad ambiental, en dónde emerge el “Derecho al agua potable saludable” como una necesidad, aspecto que genera en masa nuevas formas de bioterrorismo global.

III. ¿Qué hacer?

1. Identificar poblaciones de riesgo – vulnerables (valorando impactos en determinadas zonas) – Proponer una mirada de vulneración social – proactiva que permita anticiparse.
2. Elaboración de Mapas de Activos para poder dar respuesta frente a un desastre, pandemia o catástrofe, de tal manera que se puedan generar logísticas para el manejo de suministros con criterios de corresponsabilidad.
3. Contribución a los ODS (Objetivos de Desarrollo Sostenible), esto involucra los niveles: Macro – Meso – Micro generando alianzas para ayudar.
4. Atención Integrada: Vertical – Horizontal de manera global, es decir, pensar en un modelo de salud global integral, en coordinación con comunidades, voluntariados.
5. Invertir en el Talento Humano, en su cualificación y capacitación.
6. Invertir en TIC (no de manera burocrática), pensado en un sistema alternativo que sea basado en una ingeniería de registro. (Esto debido a que la atención virtual, llegó para quedarse). Está por construirse todo un camino para la generación de habilidades para estas atenciones, mediante procesos de investigación colaborativa. Esto nos lleva a un elemento adicional, como lo es la Salud Global cuando no funcione el internet y el teléfono; aspecto que deberá de contemplar sistemas de simulacros.
7. Apoyo a quienes están cuidando, implica invertir en familias y comunidades que cuidan para contrarrestar sobrecargas
8. Practicas de Alta Resolución oportuna, (para no desperdiciar tiempos), incluye mecanismos de participación y compromiso.

Para el Magister Science Héctor Ramón Rosso Díaz, Director WCSI Latín-Ibero-América, -Ibero-América, plantea que como ser humano debemos estar preparados para cuidar distinto con amor. (Si no nos apoyamos y cuidamos, no podemos generar buenos cuidados).

El amor es una fuente importante de sanación. Este no apertura y hace posible que pasemos de situaciones complejas para ver el camino y sus opciones.

Lo instrumental, no lo es todo, de nada nos sirve ser los más expertos realizando determinados procedimientos, si no hacemos un cuidado con amor y con aprecio, esto es muy importante.

Destaca el invitado que compartir historias auténticas que permitan que el cuidado se exprese permite iniciar el cuidado por uno mismo, integrando los componentes (mental, físico y espiritual de las personas).

Se debe seguir hablando de esto, para darnos cuenta que esto existe, que lo trascendente, es importante, no se trata únicamente de hablarlo desde la perspectiva de la religión. El contacto físico con la energía superior, el contacto espiritual, implica una trascendencia importante con el ser, con el otro, dependiendo del conjunto de las creencias de las personas.

El Autocuidado no debe confundirse solo, con enseñar a hacer, el autocuidado es ser diferente, hablar del cuidado de uno mismo en sus tres esferas: (Figura 4)

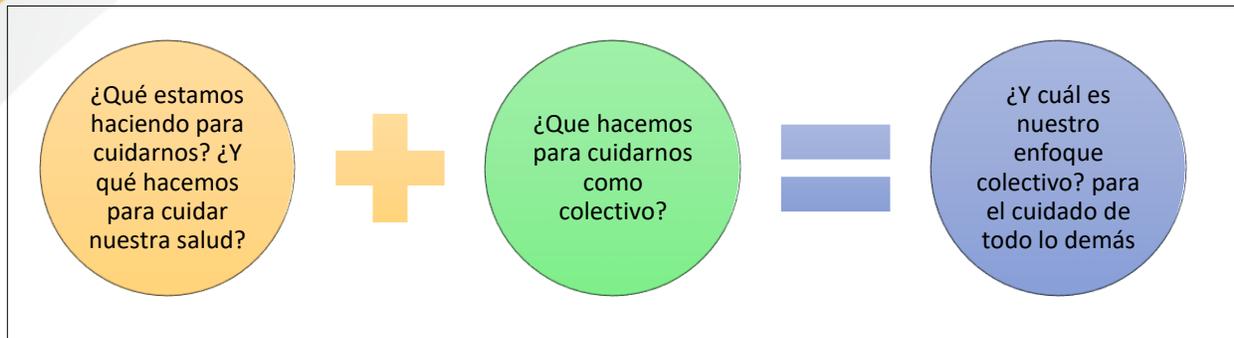


Figura 4. Esferas del autocuidado

¿Estamos enfocados más a lo humano o Nos centramos más en lo instrumental?

La epistemología, lo hermenéutico es importante. Pero la lo cotidiano tiene importancia y también vale, porque lo necesitamos. Es importante empezar a implementar un cuidado basado en la escucha para llegar al momento del cuidado basado transpersonal e ir más allá del ser. Debemos seguir como grupo, como comunidad social para hacer crecer, el modelo de cuidado, para esto debemos hablar y comunicarnos porque es la esencia de este cuidado.

El doctor **ALLAN GERARDO RODRÍGUEZ ARTAVIA de la Universidad de Costa Rica. Director, Hospital San Vicente de Paul de Heredia, CCSS**. Considera que la salud global es necesaria y surge desde la construcción, debe surgir de cuestiones desde lo local, para ampliarse a lo global. Para ello, debemos tener en cuenta :

Cambio climático - Desigualdades - Desafíos desde enfermería:

1. No olvidar, por quién trabajas y por quien estamos aquí:

- El objetivo son las personas, sin ellas no hay enfermería.
- El norte es la atención de las necesidades del paciente.

2. Trabajo en equipo, aislados no podemos con iniciativas, no es suficiente pero si no hablamos entre nosotros, no es suficiente, debemos interactuar unidos para la construcción conjunta y colaborativa, así podremos salir adelante.

- El conocimiento es para compartirlo,
- El conocimiento es para construir.

Esto es lo que le otorga el crecimiento a la disciplina y la profesión.

3. Mantener procesos de investigación, reforzar:

- ↓ El impacto y el significado de la enfermería.
- ↓ Económicamente tiene incidencia la enfermería.
- ↓ Construcción de indicadores: De experiencia desde las personas. Diagnosticar numéricamente más allá e incluir lo humano. Implica tener en cuenta la experiencia desde las personas.

4. Hay que considerar que la salud no se construye en las paredes de un hospital. La salud se construye afuera, en la calle, en la Comunidad.

- ↓ El enfermero- Comunidad
- ↓ Realizan procesos comunitarios y
- ↓ Tiene como foco la prevención y la promoción.

5. No tenemos que quedarnos en los espacios pequeños. El cuidado directo es la clave, pero también debemos trabajar desde las políticas desde los espacios de decisión en enfermería. Empoderarnos y gestionar la salud en otras esferas más allá del cuidado directo.

6. Es posible creer, dar pasos, construir un sueño para todos.

Sobre la segunda pregunta: ¿Cómo lograr a partir de estos desafíos, involucrar elementos que permitan agregar valor a los procesos de cuidado en la profesión de enfermería? Los panelistas expusieron:

La Doctoranda Eyda Ivett Escudero, sostiene que el valor del amor es supremamente importante. Los enfermeros debemos identificar lo que somos. Amar más allá de las diferencias. Esto nos genera una reflexión interior.

¿Cuál es el tiempo que dedicamos a nuestra familia, nuestros hijos? Nuestros momentos importantes. He logrado ser amado. Esos son cuestionamientos que surgen y me cuestionan sobre la forma, como práctico con los míos el cuidado. Cuando estoy con la familia, como son esos cuidados. Debemos entrar en nuestro interior para ser mejores personas, para ayudar a las personas, ese es nuestro Fin. El rencor es un sentimiento, que daña nuestras interacciones con el otro, por lo que no debemos permitir que este dañe estas interacciones.

Como enfermeros, ¿cómo interactuamos desde la enfermería?:

- Mediante el cuidado
- Cuando hago algún tipo de labor

¿Pero cómo lo hacemos? ¿Hacemos una labor beneficiante o simplemente mecanicista? Por ejemplo, cuando hago tele cuidado ¿cómo lo hago? ¿Cómo hacemos las cosas cada uno nosotros?

En el en el tele cuidado para hacerlo de manera formal, la estructura del este tipo de cuidado pasa por varios aspectos e incluso filtros, el usuario, los familiares participan mucho más en este tipo de interacción. Conversar, comunicarse de manera independiente es una nueva opción que tiene el paciente.

Los protocolos de tele cuidado para enfermería deben incluir aspectos importantes como el valor de las interacciones desde el amor, y lograr avanzar en el establecimiento de verdaderos procesos, que privilegien la atención basada en la interacción humana, aún en escenarios como lo son aquellos mediados por tecnologías de la información.

Para la doctora Pilar Hilarión, la reflexión es muy sencilla, ella sostiene algo que es muy valioso enfermería representa el 60% de los equipos de salud en el mundo. Esto da cuenta del valor de lo que somos dentro de los sistemas de salud en el mundo, lo cual no nos debe permitir aislar a trabajar aisladamente. Pero debemos hacernos algunas reflexiones muy importantes.

El PAE (PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS), no debe ser solo para enfermería, ni tampoco un lenguaje en clave, este debe trascender y debe permitir el trabajo interprofesional, en la siguiente figura 5, vemos el impacto de la comunicación y la interacción en enfermería:

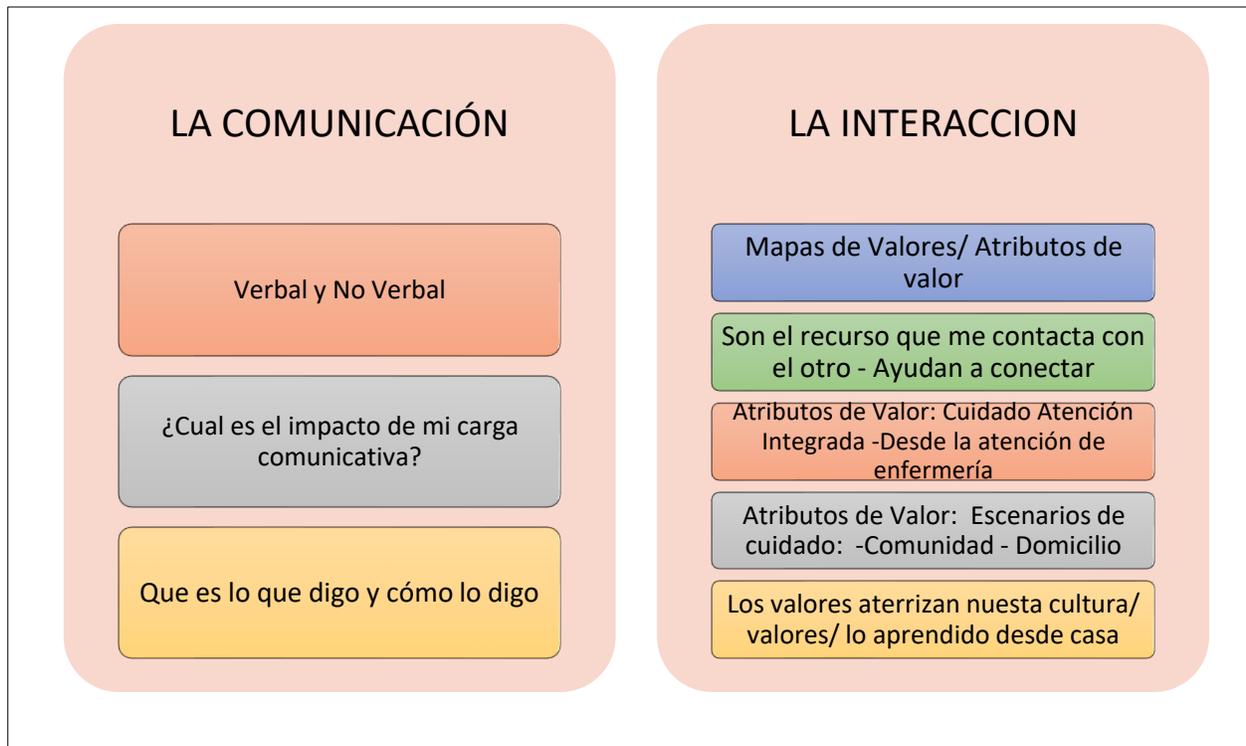


Figura 5 Impacto de la comunicación e interacción en enfermería

Para que las cosas pasen debemos considerar que los documentos no son elementos continuos que se mantienen en el tiempo, por eso es necesario emprender procesos de manera diferente, figura 6:

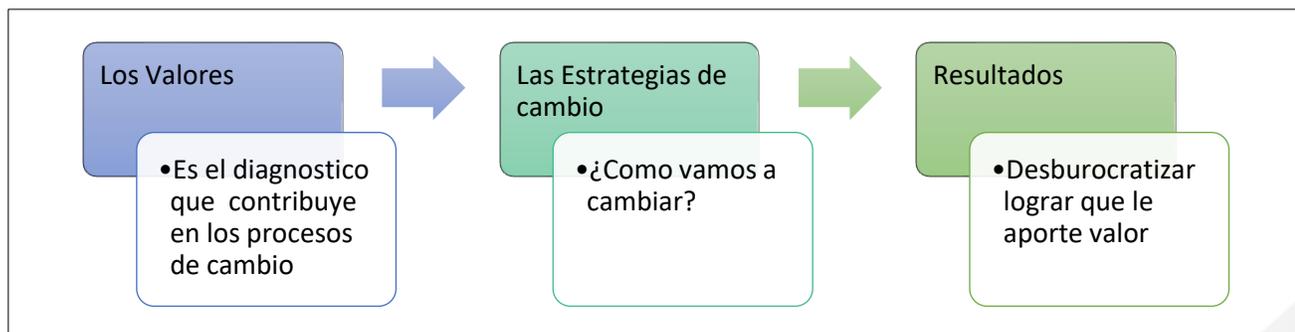


Figura 6 Formas de generar los cambios en enfermería

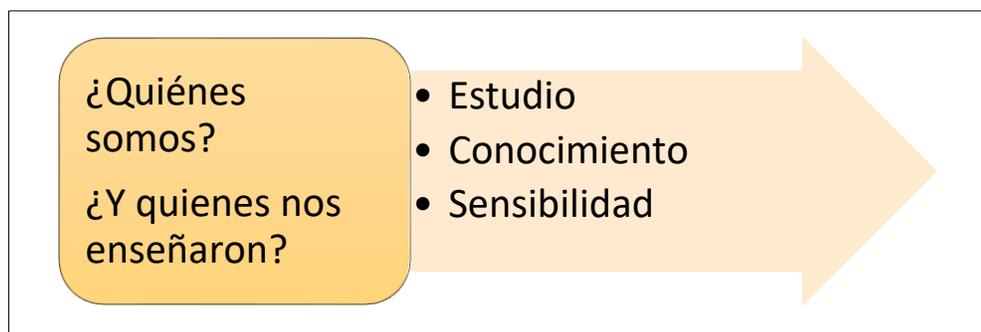
Finaliza su intervención advirtiéndolo “cuidado con los ladrones de tiempo (devolver el tiempo de enfermería al lado del paciente de la persona, mediante contactos significativos que aporten valor.

El Magíster Héctor Rosso, la respuesta a la pregunta, la enfoca en lograr ver cómo nos impacta, el alejamiento de la teoría de la práctica. Si somos enfermeros, avanzamos en el conocimiento con las teorías aplicadas en los usuarios, o miramos a ver cómo comenzamos nuevos modelos adaptados a la realidad.

Los modelos de Latinoamérica deben empezar a emerger. Ustedes, los estudiantes, son futuros teóricos de enfermería. La doctora Watson sostiene que en Latinoamérica está el futuro de la enfermería. Cree firmemente en esa fuerza renovadora que tiene el continente. “Nos hemos alejado de nuestras costumbres, de nuestros ancestros, de nuestras raíces”. En su caso personal, la teoría le ha servido como guía para avanzar, como una forma de crecer en enfermería y de aplicarla en su vida personal.

Finaliza el panel de expertos con la respuesta del Doctor Allan Rodríguez, él considera que la complejidad por las posibilidades de la salud y la forma para llegar a esto, ¿Parte de cuestionarnos y parte de preguntar ver figura 7:

Figura 7 Complejidad en enfermería y sus posibilidades



El estudio, el conocimiento, le otorga una sensibilidad importante a enfermería. Liderar en la enfermería como punta de lanza en la atención en salud.

¿Qué tenemos que hacer?:

- ➔ Tenemos que intentarlo.
- ➔ Tenemos que atrevernos
- ➔ Tenemos que plantearlo

Para perseverar / perseverar, no podemos seguir haciendo lo mismo. La Accesibilidad como reto de la salud global. Tanto desde el punto de vista geográfico como cultural, y de contenido. Profesionales con una visión clara, sin olvidar el abordaje urbano- rural.

MODALIDAD PÓSTER

EXPERIENCIA PROFESIONAL AMBULATORIA: CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE IPS CLÍNICAL HOUSE AÑO 2021-2022

Ginna Paola Ortegón Leal¹
Ingrid Tatiana Lobo Ortiz²
Miriam Inés Guerrero Ferrer³

Objetivo: Describir la experiencia profesional ambulatoria: promoción de la cultura de seguridad del paciente IPS Clinical House año 2021-2022.

Introducción: La IPS Clinical House, es una institución de prestación de servicios de salud de baja y mediana complejidad en atención domiciliaria, hospitalización extensiva en casa, consulta externa, apoyo diagnóstico, con un modelo de atención integral, talento humano idóneo que promueve una atención segura, oportuna, eficiente, eficaz y humanizada a los pacientes y sus familias, fundada en el año 2014 en la ciudad de Cúcuta. Uno de los pilares fundamentales de la institución es la de garantizar una atención segura a los clientes internos y externos, por lo cual ha sido una actividad constante y un compromiso desde la fundación de la institución prestadora de servicios de salud (IPS), fortalecer el programa de seguridad del paciente, no solo por cumplir un requisito normativo, sino por ofrecer un servicio con calidad y una excelente experiencia de atención a los usuarios y sus familias.

Metodología: La metodología empleada para identificar el nivel de cultura de seguridad del paciente y los aspectos con mejoras y falencias en relación a la misma, consistió en aplicar la versión española del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture, el cual ha sido validado en numerosos países e idiomas y presenta prioridades psicométricas probadas y fiables para medir aspectos relativos a la cultura de seguridad de los pacientes (4).

Resultados: Aplicación del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture: se aplicó en la institución en el mes de noviembre de 2021, contando con la participación de 103 funcionarios de áreas tanto administrativas como asistenciales, se evidenció que la sección de: incidentes reportados presentó un nivel muy bajo de adherencia, registrado de la siguiente forma: En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de incidentes ha usted llenado y enviado?. Para esta pregunta se denota que el 81,4% de la población no realizó ningún reporte de incidentes durante el año anterior, el 12,7% realizó entre uno y dos reportes, el 3.9% de 3 a 5 reportes.

1. Enfermera Especialista. IPS Clinical House, Cúcuta, Colombia. Correo: ginnaortegonleal@gmail.com
2. Enfermera. IPS Clinical House, Cúcuta, Colombia. Correo: tatianaloboortiz@gmail.com
3. Enfermera Especialista. IPS Clinical House, Cúcuta, Colombia. Correo: gerenciaips2015@gmail.com

Este resultado negativo en cuanto a los reportes de incidentes por parte de los diferentes colaboradores de la institución, generó un plan de mejora por parte del programa de seguridad del paciente, el cual se basó en la revisión del paquete instruccional: la seguridad del paciente y la atención segura.

Conclusiones

La cultura de seguridad del paciente se fortaleció posterior a la aplicación de las estrategias que indica el paquete instruccional de la guía de buenas prácticas para la seguridad del paciente: “seguridad del paciente y la atención segura”.

Es necesario la aplicación anual del instrumento: Hospital Survey on Patient Safety Culture, con el objetivo de medir la cultura de seguridad del paciente e incentivar nuevas estrategias que permitan la adherencia del personal a los paquetes instruccionales y las practicas seguras.

Continuar con revisión y aplicación de la metodología AMFE en cada uno de los servicios de la institución con el objetivo principal de generar barreras que prevengan la ocurrencia de incidentes y eventos adversos durante la atención de los pacientes en cada uno de las etapas del proceso.

Bibliografía

1. Ministerio de la Protección social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia. Bogotá, D.C., Noviembre de 2008. P.p. 217. [Consultado 31 agosto 2022]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf)
2. Burbano-Sandoval AJ. medición de la percepción de cultura de seguridad del paciente en una IPS de primer nivel en Bogotá, Colombia [especialización gerencia de la calidad en servicios de salud]. pontificia universidad javeriana; 2018.
3. Ministerio de la Protección social. Seguridad del paciente, cultura de seguridad del paciente [Consultado 31 agosto 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>
4. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes_1.pdf
5. Paquete instruccional de la guía de buenas prácticas para la seguridad del paciente “seguridad del paciente y la atención segura” disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

NIVELES DE ESTRÉS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA QUE ASISTEN A PRÁCTICAS CLÍNICAS DE URGENCIAS Y CUIDADO CRÍTICO

Silvia Liliana Ruiz Roa¹
Sandra Milena Martínez Rojas²
Dianne Sofía Gonzáles Escobar³

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles han impactado de manera creciente la salud de las personas en todo el mundo en los últimos treinta años. A pesar de los significativos avances en el manejo y estratificación del riesgo de desarrollar enfermedades crónicas como las cardio-cerebrovasculares y mentales, la búsqueda de factores de riesgo no convencionales que puedan convertirse en nuevos objetivos terapéuticos se ha fortalecido en todas las disciplinas, incluyendo la enfermería.

Durante este periodo, el estrés psicosocial o mental, se ha consolidado como un importante factor implicado con el deterioro de la salud física y mental, implicándose fisiopatológicamente en el desarrollo de enfermedades crónicas, incluso en adultos jóvenes, donde las experiencias familiares, laborales y académicas habituales de esta etapa del curso de vida, son consideradas los principales contribuyentes de la presencia de esta sensación en este grupo poblacional.

El estrés académico es un aspecto que repercute de manera directa sobre la sensación de bienestar de los jóvenes cursando la educación superior, no siendo ajenos los estudiantes de enfermería, para quienes el desarrollo de prácticas en escenarios clínicos en su proceso formativo, genera ansiedad y estrés consecuencia de los desafíos que se presentan para la adquisición de competencias para el cuidado.

¹ Enfermera. Magister Enfermería. Doctora en Enfermería. Docente Programa de Enfermería. Grupo de Investigación en Salud Pública - GISP. Universidad Francisco de Paula Santander. Cúcuta, Colombia. Correo: silvialilianarr@ufps.edu.co  [0000-0002-4649-0944](https://orcid.org/0000-0002-4649-0944)

² Enfermera. Magister Enfermería. Docente Programa de Enfermería. Grupo de Investigación Cuidado de Enfermería - GICE. Universidad Francisco de Paula Santander. Cúcuta, Colombia. Correo: sandramilenamr@ufps.edu.co  [0000-0003-1447-6862](https://orcid.org/0000-0003-1447-6862)

³ Enfermera. Magister Enfermería. Docente Programa de Enfermería. Grupo de Investigación Cuidado de Enfermería - GICE. Universidad Francisco de Paula Santander. Cúcuta, Colombia. Correo: diannegonzales@ufps.edu.co  [0000-0002-8760-1743](https://orcid.org/0000-0002-8760-1743)

La interacción con los espacios clínicos de aprendizaje aporta emociones intensas e indeseables para el estudiante de enfermería, tales como sensación de desconexión con la teoría, fragilidad en las relaciones con compañeros y docentes, así como temor de perjudicar la salud del sujeto de cuidado o realizar inadecuadamente sus funciones, consolidando vivencias estresantes para los estudiantes durante el desarrollo de sus prácticas formativas. El objetivo del presente trabajo fue cuantificar los estresores que perciben los estudiantes de enfermería después de asistir a prácticas clínicas en urgencias y cuidado intensivo.

Materiales y métodos

Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, realizado en 106 (94,64%) estudiantes de enfermería que asistieron a prácticas clínicas formativas en servicios de urgencias y de cuidado intensivo durante el año 2021.

Fue empleando el instrumento KEZKAK de Zupiria, con indicadores de alta consistencia (Alpha 0,95) y previamente validado en Colombia. Este cuestionario está compuesto por 41 ítems, cada uno con cuatro opciones de respuesta tipo Likert, agrupados en nueve factores que consolidan situaciones estresoras que enfrentan los estudiantes de enfermería al realizar sus prácticas clínicas, así : 1) falta de competencia; 2) contacto con el sufrimiento; 3) relación con tutores y compañeros; 4) impotencia e incertidumbre; 5) no controlar la relación con el enfermo; 6) implicación emocional; 7) dañarse la relación con el enfermo; 8) el enfermo busca una relación íntima, y por último; 9) sobrecarga.

Los resultados son presentados empleando medidas de tendencia central, frecuencias absolutas y relativas. Para el desarrollo de la investigación, se contó con el aval del comité de ética en investigación de la Universidad Francisco de Paula Santander (CEI-FACUSALUD 09-2021), respaldando la participación de los estudiantes con la firma del consentimiento informado, no se presenta conflicto de interés por las autoras.

Resultados

La mayoría de los estudiantes estudiados son de género femenino (82; 77,36%), estado civil soltero (102; 96,23%), con edades inferiores o iguales a los 22 años (90; 84,91%). Respecto a los estresores percibidos por los estudiantes de enfermería, en general, la asistencia a prácticas en servicios de urgencias y cuidado intensivo tiene un poder estresor moderado (38; 35,85%) y alto para ellos (57; 53,77%), siendo los factores falta de competencia (76; 71,70%), impotencia e incertidumbre (72; 67,92%) y controlar la relación con el enfermo

(58; 54,72%) los que tuvieron el mayor poder estresor. Los factores que generan un poder estresor moderado fueron: contacto con el sufrimiento (45; 42,45%), relación con tutores y compañeros (61; 57,55%) e implicación emocional (57; 53,77%).

Discusión

Fue identificado el nivel estresor que los estudiantes de enfermería experimentan al concluir sus prácticas clínicas formativas en escenarios de urgencias y cuidado intensivo. Los estudiantes valorados eran predominantemente del género femenino, con edades y estado civil en correspondencia con estudios que cuantifican la misma variable en escenarios nacionales e internacionales, estableciendo un perfil demográfico común de los estudiantes de enfermería en los diferentes territorios. Altas percepciones de estrés relacionadas con el desarrollo de prácticas clínicas formativas es una constante en los estudiantes de enfermería del presente estudio y de diversos escenarios a nivel internacional. Las situaciones agrupadas en los factores: falta de competencia, impotencia e incertidumbre y controlar la relación con el enfermo, se han consolidado como las mayores generadoras de estrés en estudiantes de enfermería de diversas universidades del orden público y privado en Colombia.

Conclusión

Los estudiantes de enfermería evidencian que las situaciones relacionadas con la falta de competencia para el cuidado, la sensación de impotencia e incertidumbre junto con la incapacidad para controlar la relación con el sujeto de cuidado, son las generadoras de los mayores niveles de estrés. Los hallazgos del presente estudio ponen en evidencia un panorama que debe considerarse para fortalecer al interior de los procesos teórico-prácticos de formación en enfermería, a través de los cuales, se priorice una transición con la suficiente orientación y apoyo para los estudiantes.

Palabras clave: Prácticas clínicas; Estudiantes de enfermería; Estrés psicológico; Percepción; Ansiedad

Referencias Bibliográficas:

1. Arias-Mosquera LY, Montoya-Gallo LI, Villegas-Henao AF, Rodríguez-Vázquez MA. Estresores en las prácticas clínicas de los estudiantes de enfermería de una universidad pública en Colombia. *Investg. Enferm. Imagen Desarrollo*, 2018; 20(1). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie20-1.epce>

2. Enríquez MC, Chavarria KM. Estresores percibidos por los estudiantes de enfermería durante las prácticas clínicas. Diferencias entre programas educativos. *Index Enferm*, 2019; 28(1-2). Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000100017
3. Ertanir B, Rietz C, Graf U, Kassis, W. A Cross-National Validation of the Shortened Version of the Adolescent Stress Questionnaire (ASQ-S) Among Adolescents from Switzerland, Germany, and Greece. *Frontiers in Psychology*, 2021; 12, 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.619493>
4. González M, Lana A, Zurrón P, Valcárcel Y, Fernández A. Nursing Students' Experiences of Clinical Practices in Emergency and Intensive Care Units. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2020; 17(16), 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165686>
5. McKerrow I, Carney P, Caretta H, Furnari M, Miller A. Trends in medical students' stress, physical, and emotional health through training. *Medical Education Online*, 2020; 25(1), 1-8. <https://doi.org/10.1080/10872981.2019.1709278>
6. Ruidiaz-Gómez KS, Peinado-Valencia LP, Osorio-Contreras LV. Estrés en estudiantes de enfermería que realizan prácticas clínicas en una institución universitaria de Cartagena-Colombia, 2019. *Arch Med*, 20(2), 437-448. <https://doi.org/10.30554/archmed.20.2.3674>

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PRESIÓN SANGUÍNEA ALTA, PRESENTES EN PROFESORES DE LA CIUDAD DE CÚCUTA, COLOMBIA

*Mónica Peñaloza García*¹

Introducción

Según datos de la OMS, existen alrededor de 1280 millones de personas en el mundo en edades de 30 a 79 años con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA), el cual es considerado factor de riesgo para la aparición de eventos cardio cerebro vasculares en países con ingresos medios y bajos (1); casi la mitad no saben que son hipertensos y apenas el 20% de aquellos diagnosticados en tratamiento, logra controlar sus cifras tensionales (2). Algunos autores mencionan que los factores asociados a HTA son de carácter no modificable como la edad, el sexo, la raza y herencia; y modificable, como el estilo de vida en el que se incluye la alimentación, actividad física, manejo del estrés, sueño y consumo de tóxicos como el alcohol y el cigarrillo, etc (3,4); sin embargo, en la literatura actual se habla de factores de riesgo principales como los niveles de colesterol y glucosa elevados, la obesidad y el sobrepeso, el tabaquismo, el sedentarismo, el sexo, la edad y los antecedentes familiares de enfermedad; y, secundarios o contribuyentes que incluye el estrés, las hormonas, consumo de medicamentos, sustancias psicoactivas, alcohol, lo cual predispone para la enfermedad cardio vascular que se puede manifestar con presión arterial alta, enfermedad coronaria o valvular, accidente cerebro vascular, arritmias, entre otras (5,6). En Enfermería, Pender ubica estos factores dentro de la conducta previa y las características personales biopsicosociales heredadas y adquiridas, que influyen en las creencias, el afecto y la promulgación de conductas de promoción de la salud y podrían tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de ocurrencia de eventos cardio cerebro vasculares como consecuencia de un estilo de vida poco saludable. (7) Estos factores de riesgo deben ser considerados en el contexto de la existencia de la hipertensión arterial para prevenir la aparición de complicaciones en una población de docentes que, por sus condiciones de trabajo, podrían exponerse a agentes que no han reconocido como de peligro para su salud.

¹ Enfermera. Magister en Enfermería. Universidad Francisco de Paula Santander, Cúcuta-Colombia, Dpto. Atención Clínica y Rehabilitación en Salud, Grupo de Investigación en Cuidado de Enfermería, Correo: monicapg7@ufps.edu.co  [0000-0001-8297-7146](https://orcid.org/0000-0001-8297-7146)

Objetivo

Identificar los factores de riesgo asociados a la presión sanguínea alta, presentes en profesores de la ciudad de Cúcuta, Colombia.

Método

Estudio no experimental, cuantitativo, descriptivo y transversal con muestra de 162 profesores adscritos al Magisterio de Norte de Santander y 148 docentes de una universidad pública, con diagnóstico de hipertensión arterial, residentes en la ciudad de Cúcuta, mayores de 30 años, que desearan participar en el desarrollo de la investigación y aprobaran el consentimiento informado, teniendo en cuenta una probabilidad de ocurrencia del 50%, un 95% de confianza y un error de estimación del 0,05. Se aplicó un Instrumento creado por la autora a la luz del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, que describe las variables específicas del individuo referidas como Factores Personales en 7 ítems de características sociodemográficas y otras de interés (como edad, sexo, estrato socioeconómico, estado civil, raza, creencia religiosa y escolaridad), donde se debía seleccionar una única opción de respuesta; y Conducta Previa Relacionada, donde se indaga el riesgo coronario y cerebro vascular evidenciado en antecedentes personales y familiares de enfermedad (como diabetes mellitus, dislipidemia, hipotiroidismo, hipertiroidismo, menopausia, hipertensión arterial, infarto de miocardio, derrame cerebral, enfermedad renal, sobrepeso u obesidad, depresión - trastorno ánimo, cáncer y fibrilación auricular), y su estado de salud actual en relación con su estilo de vida (como sedentarismo, ingesta de alimentos salados, condimentos y grasos, niveles de estrés, consumo de tabaco, alcohol o drogas, sueño, dolor crónico y colesterol, triglicéridos y glucosa actuales; este instrumento de identificación de factores de riesgo cuenta con validez de apariencia por expertos y una consistencia interna en un 0.74 por alfa de Cronbach. Los datos se procesaron en SPSS versión 23 en español.

Resultados

En relación con los docentes de magisterio, los factores personales revelaron que un 71% tiene 51 años o más, el 61% es de sexo femenino, el 56% se encuentra en estratos 2 y 3, un 73% es casado o está en unión libre, un 72% se considera de raza mestiza, el 98% tiene creencia religiosa cristiana y un 68% tienen postgrado. Su conducta previa relacionada exhibe que un 64% tiene antecedentes familiares de hipertensión, diabetes y obesidad;

en relación con el estilo de vida, el 70% admite ser sedentario, un 23% consume sal y condimentos y un 32% grasas, un 52% maneja niveles altos de estrés, un 25% reconoce consumir tabaco, alcohol o drogas, el 65% duerme entre 8 y 10 horas y un 30% manifiesta algún dolor crónico; actualmente, un 73% tiene sobrepeso u obesidad y un 29% reporta tener dislipidemia e hiperglicemia.

Por otro lado, en profesores universitarios, los factores personales identificados mostraron que el 60% tiene más de 51 años, el 69% es masculino; el 46% es de estrato socioeconómico 2 y 3, un 82% está casado o en unión libre, un 92% se reconoce de raza mestiza, el 88% tiene creencia religiosa cristiana y el 100% tiene algún postgrado (especialización, maestría o doctorado). En relación con la conducta previa relacionada, un 96% tiene antecedentes familiares de hipertensión, diabetes y sobrepeso u obesidad; su estilo de vida evidencia el 70% que admite ser sedentario, un 44% consume sal y condimentos y un 45% grasas, un 85% maneja niveles altos de estrés, un 49% reconoce consumir alcohol, tabaco o drogas, el 72% duerme entre 5 a 8 horas y un 22% tiene algún tipo de dolor crónico; actualmente, un 78% está en sobrepeso u obesidad, un 48% reporta niveles altos de colesterol, triglicéridos y glucosa.

Conclusiones

Se identificaron los factores personales de riesgo asociados a la presión sanguínea alta en profesores de la ciudad de Cúcuta, Colombia con similitudes entre ambos grupos. Sin embargo, en los docentes universitarios los factores de riesgo modificables tienen una mayor proporción frente a los presentes en los profesores de Magisterio. En cuanto a los factores de riesgo no modificables, se destacaron patologías crónicas de herencia familiar en primer grado de consanguinidad. Así mismo, en los factores de riesgo modificables sobresalió que las personas no realizan ejercicio vigoroso, se encuentran expuestos al estrés, duermen menos de 8 horas, consumen de alcohol o tabaco y mantienen una alimentación poco cardio saludable; se reporta también obesidad, dislipidemia e hiperglicemia, lo cual aumenta el riesgo de padecer enfermedades cardio cerebro vasculares, y la presencia de dolor articular, cefalea y epigastralgia en el ejercicio de su profesión, lo cual amerita campañas de prevención en las instituciones educativas.

Palabras clave: Factores de riesgo; Hipertensión; Docentes.

Referencias:

1. Hidalgo-ParraEA. Factores de riesgo y manifestaciones clínicas de la hipertensión arterial: Artículo de revisión bibliográfica. Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud GESTAR [Internet]. 2019 [citado 15 de julio de 2022]; 2(4), 27-36. Recuperado a partir de: <http://journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/7/8>
2. Rivera Ledesma E, Junco Arévalo JV, Martínez MF, Fornaris Hernández A, Ledesma Santiago RM, Afonso Pereda Y. Caracterización clínica-epidemiológica de la hipertensión arterial. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2019 [citado 15 de julio de 2022]; 35(3). Recuperado a partir de: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v35n3/1561-3038-mgi-35-03-e807.pdf>
3. Macías-Hernández JC, Alcantar-Carrillo OE, AlcantarMC, Kasten-MongesMJ, Cambero-GonzálezEG. Factores de riesgo para Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus Tipo 2 en el personal docente de uno de los Departamentos del Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Salud Jalisco [Internet]. 2018 [citado 15 de julio de 2022]; 4(2), 81-90. Recuperado a partir de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2017/sj172c.pdf>
4. Ganoza Yupanqui ML, Carrillo RiscoKV. Factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en docentes de una universidad pública. [Trabajo de grado en Internet]. [Perú]. Universidad Nacional de Trujillo; 2022 [citado Julio 15 de 2022]. Recuperado a partir de: <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/19229/Carrillo%20Risco%20Karen%20Vanessa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. ReyesS, OyolaM, Valderrama O. Programa educativo nutricional sobre factores de riesgo cardiometabólico en docentes universitarios. Revista chilena de nutrición [Internet]. 2021 [citado 15 de julio de 2022]; 48(6), 832-837. Recuperado a partir de: <https://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v48n6/0717-7518-rchnut-48-06-0832.pdf>
6. Balcázar-Rueda E, GerónimoE, Vicente-RuizMA, Hernández-Chávez L. Factores de riesgo cardiovascular en docentes universitarios de ciencias de la salud. Salud Quintana Roo [Internet]. 2022 [citado 15 de julio de 2022]; 10(37), 7-12. Recuperado a partir de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salquintanaroo/sqr-2017/sqr1737b.pdf>
7. Alligood MR, Tomey AM. Modelos y teorías en enfermería. Elsevier Health Sciences; 2018. 809p.

IMPACTO DEL PROCESO DE REORIENTACIÓN ESTRATÉGICA EN EL GRUPO DE INVESTIGACIÓN (CUIDADO DE ENFERMERÍA) GICE DE LA UFPS 2018- 2022

Gloria Omaira Bautista Espinel¹

Resumen

El presente trabajo es fruto de una experiencia colectiva desarrollada al interior del grupo de Investigación Cuidado de Enfermería (GICE), en el marco del trabajo de re definición estratégica desarrollado en 2018, y su impacto a la fecha. **OBJETIVO:** Describir el proceso de reorientación estratégica adelantado por el grupo GICE, conducente al reenfoque de su actividad investigativa desde la perspectiva del modelo estratégico Océanos Azules (OA) (1). **JUSTIFICACIÓN:** En el mes de octubre de 2002, un grupo de docentes del programa de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander (UFPS), asumen el desafío de fundar el grupo de investigación Cuidado de Enfermería, se cumplen 20 años desde su constitución ante Colciencias, (MinCiencias (2), en el presente). En 2018, los integrantes de GICE enfrentaban el reto de mejorar su categorización ante esta entidad, por lo que se propusieron realizar, un proceso de direccionamiento estratégico, más allá del clásico pensamiento basado en la producción científica y de compararse con los otros, (base del modelo de categorización y estratégico existente), de tal forma que bajo el nuevo enfoque se pensara en una manera diferente de producir resultados de Investigación. **METODOLOGIA:** abordaje desde la Investigación Acción Participativa (IAP) como eje, para el desarrollo de un pensar reflexivo y crítico desde la realidad del grupo, conducente a participar y producir conocimiento colectivo, mediante la formulación de un horizonte de trabajo a futuro. La IAP posibilita poner los instrumentos de la ciencia y de la educación, al servicio de la construcción de un conocimiento colectivo y científico (3), que ayude a fortalecer una organización y su capacidad de participación; en este caso de los investigadores del grupo GICE. Tomando como base el direccionamiento del modelo estratégico de los océanos azules (1) (OA), para el desarrollo de una hoja de ruta en el componente de investigación. Las etapas del proceso fueron: i) Generación de conocimiento colectivo sobre el sistema CvLAC (4) (Currículum Vitae Latinoamericano y del Caribe), GrupLac (4) (Grupo Latinoamérica y del Caribe), los requerimientos durante cada periodo de observación, estructura del grupo y sus integrantes, aportes y análisis a la línea de investigación existente, (integrada por una Sublínea no visible dentro del sistema investigativo).

¹ Universidad Francisco de Paula Santander, Cúcuta-Colombia, Facultad de Ciencias de la Salud/Programa de Enfermería, Grupo de Cuidado de Enfermería GICE. Correo: gloriabautista@ufps.edu.co  [0000-0002-0551-4110](https://orcid.org/0000-0002-0551-4110)

iii) Definición de la premisa de trabajo: ¿qué pasaría si reenfocáramos los resultados?, seguido de tres inputs importantes: Impactos en la Clasificación de GICE, Impactos en la producción y lanzamiento. iv) Definición de principios necesarios para la formulación y para la ejecución, posteriormente, con la problemática y las preguntas; las respuestas demandaban del conocimiento científico que orientara la acción conjunta, sobre las bases de los 6 principios de la estrategia OA (1). v) Se elaboró el lienzo estratégico, bajo el modelo Canvas (5). vi) Perfilamiento de los ámbitos de innovación e investigación pertinentes, mediante la herramienta IKIGAI (6). vii) Pensar los ámbitos de innovación se realizó mediante estrategias de visualización. viii) Finalmente, se elaboraron propuestas para definir líneas de investigación pertinentes, para ese escenario estratégico identificado. **RESULTADOS:** En el componente estratégico se destaca la reconfiguración de los aspectos relacionados con la identidad del grupo, al reformularse su misión, visión, objetivos y plan de trabajo. Se identificaron los retos en torno al cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS), además de los desafíos que implicaban La Política Nacional de Ciencia Tecnología e Innovación. Se diseñaron cinco nuevas líneas de investigación y se tomó la decisión de cerrar la línea existente. Dentro de los procesos de evaluación en las convocatorias de Minciencias, el perfil de los integrantes ha evolucionado, en la medida que la cualificación y producción de los mismos se fortalece. En este sentido en enero de 2018 se tenían dos investigadores junior, dos investigadores estudiantes de doctorado, tres integrantes vinculados con maestría, y un investigador vinculado con pregrado. En la actualidad y de acuerdo a los resultados de la última clasificación en Minciencias, se tienen los siguientes perfiles: un investigador asociado, dos investigadores junior, tres investigadores estudiantes de doctorado, cuatro Integrantes vinculados con maestría, y un integrante estudiante de maestría. Aspecto que ha contribuido en la producción del grupo. A continuación, se presentan los resultados más relevantes por ítems, teniendo en cuenta que se cruzará la información de la siguiente manera: a) información desde la creación del grupo, 2002 a 2017; es decir 15 años y b) La producción a partir del direccionamiento estratégico desde 2018 a 2021, es decir 4 años. Los resultados más relevantes son: publicación de artículos en revistas indexadas por año (pasó de 41 artículos, es decir; 2,7 artículos /año, a 19 artículos es decir; 4,7 artículos/año). Libros resultado de Investigación: pasó de 1 a 3 libros. Documentos de Trabajo (Working Papers) paso de 1 a 5 documentos. Otras publicaciones divulgativas; con una relación de 0 a 4. Libros de divulgación y/o Compilación de divulgación: de 0 a 1. Informes técnicos pasó de 2 a 5. Regulaciones y Normas se pasó de 5 a 6 normativas. Como nuevas tipologías de productos, que antes no se habían obtenido, (ya sea porque no existían en el sistema de categorización, o porque no se tenían disponibles) se destaca: el diseño de un proceso o procedimiento de Innovación: con un signo distintivo registrado.

El desarrollo de dos procesos de apropiación social del conocimiento para el fortalecimiento o solución de asuntos de interés social. La conformación de dos espacios de participación ciudadana. En materia de generación de contenidos virtuales se identificaron 5 productos. De otra parte, en Trabajos dirigidos/tutorías se mantuvo una relación de 112 trabajos que equivalen a 7.4 trabajos/ año, a: 28 trabajos que corresponden a 7 trabajos/ año, (sobresale que en los últimos 4 años hay 4 direcciones de trabajos de maestría, en comparación con una dirección de maestría, adelantada antes de 2018). CONCLUSIONES: El proceso de rediseño en la orientación estratégica se cumplió de forma amplia, gracias a la receptividad de los integrantes de GICE y a sus aportes, fue posible repensarse y cambiar la visión de trabajo, donde fue clave la estrategia de los océanos azules. Lo anterior, abrió el panorama de interés de sus integrantes y les permitió la participación en nuevos procesos, como lo han sido; vinculación a nuevas redes de investigación, realización de alianzas con grupos de otras universidades, otras disciplinas y programas, los proyectos cofinanciados; le permiten al grupo generar nuevos apoyos desde los elementos tecnológicos y la visibilidad nacional e internacional. El cambio implicó la modificación de muchos aspectos del status quo, la mejora fue percibida como útil por cada uno de los miembros del grupo, la innovación ha estado siempre presente en la impronta de GICE, (al trabajar en escenarios que antes no se habían abordado). Adicionalmente se han mejorado y adaptado los productos y procesos del grupo, para hacer las cosas diferentes y asumir nuevas formas de gestión, donde la competencia no está afuera, ni se mira como un obstáculo; (sino como una oportunidad, para realizar alianzas), se ha creado un nuevo esquema de valor, en el cual, las ventajas y beneficios están en las ideas.

Palabras clave: Estrategias ; Grupos de Investigación; Innovación Organizacional; Gestión de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud; Investigación.

Referencias Bibliográficas

1. Kim WC, Mauborgne R. 2010 La estrategia del océano azul. Bogotá: Colombia. Editorial Norma. Verticales de bolsillo.
2. Minciencias. Plataforma SCIENTI - Colombia [Internet]. Aplicativos para ingreso y actualización de información. GrupLac en Línea. 2019
3. Sirvent MT y Rigal L. Investigación acción participativa. Proyecto Páramo Andino [Internet]. Monsalve Moreno; 04-2012 [citado el 4 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/catalog/resGet.php?resId=56482>
4. Vicerrectoría de Investigación. FAQ CvLAC - GrupLAC [Internet]. Universidad de Pamplona. 2009 [citado el 4 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home_10/recursos/general/pag_contenido/26082009/faq_cvlac_gruplac.jsp
5. Li R, Song H, Su S. Study on business model of virtual power plant based on osterwalder business model canvas. En: 2019 IEEE 3rd International Electrical and Energy Conference (CIEEC). IEEE; 2019.

EFECTO DEL PLAN ADAPTARTE SOBRE LA COMPETENCIA DE CUIDADO DE PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO DURANTE LA TRANSICIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO AL HOGAR

*Zury Ornella Carreño Leiva¹
Gloria Carvajal Carrascal²*

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son enfermedades de larga duración y progresión lenta, incluyen las enfermedades isquémicas cardiovasculares (EIC), responsables de 17,7 millones de fallecimientos, y se ha demostrado que pueden prevenirse mediante el tratamiento oportuno, control de factores de riesgo y el fortalecimiento del conocimiento de la enfermedad en dichos pacientes.

Las complicaciones de la EIC como el IAM pueden llegar a un cuadro clínico severo con inestabilidad hemodinámica que requieren de hospitalización para un cuidado especializado, lo que conlleva a que el paciente experimente cambios frecuentes en el estado de salud acompañados de múltiples transiciones entre los entornos de hospitalización y el egreso, siendo pertinente indicar que la transición del egreso hospitalario es un proceso vulnerable o crítico, lo que convierte a esta población en alto riesgo.

La literatura revisada evidencia que los pacientes con enfermedad cardiovascular incluida el IAM y/o sus cuidadores familiares presentan desconocimiento sobre la enfermedad de base, su tratamiento, signos de alarma e inadecuado seguimiento del régimen terapéutico, entre otros, en consecuencia, los pacientes no pueden satisfacer sus propias necesidades de autocuidado.

El objetivo del presente trabajo fue determinar el efecto del Plan Adaptarte comparado con la intervención habitual sobre la competencia de cuidado de pacientes con infarto agudo de miocardio durante la transición de la Unidad de Cuidado Intensivo al hogar en una institución de tercer nivel de atención de la ciudad de Cúcuta.

¹ Facultad de Enfermería y Rehabilitación, Programa de Maestría en Enfermería. Candidata a Maestría en Enfermería Universidad de la Sabana. Correo: zurycalle@unisabana.edu.co  [0000-0002-7767-9563](https://orcid.org/0000-0002-7767-9563)

² Facultad de Enfermería y Rehabilitación, Decana Programa de Enfermería. Grupo de Investigación Cuidado de Enfermería Unisabana, Universidad La sabana. gloria.carvajal@unisabana.edu.co  [0000-0001-8244-2731](https://orcid.org/0000-0001-8244-2731)

Materiales y métodos

Estudio Cuantitativo, con un diseño cuasi experimental, pre prueba - pos prueba, con grupos experimental y de comparación. Fue empleado el instrumento Encuesta de caracterización para el cuidado de la diada persona con enfermedad crónica- cuidador familiar con pruebas psicométricas en español y para Colombia, y el Instrumento CUIDAR - Competencia para el cuidado en el hogar con indicadores de alta consistencia (Alpha 0.97) que se mantiene en la versión abreviada, compuesto por 20 ítems, cada uno con cuatro opciones de respuesta tipo Likert, agrupados en 6 dimensiones así, C (conocimiento), U (unicidad), I (instrumental), D (disfrute), A (anticipación), R (relaciones sociales) .

Los resultados se procesaron estadísticas descriptivas con medidas de tendencia central y de dispersión y distribución de frecuencias con porcentajes. Para el análisis intra grupo e inter grupo de las diferentes mediciones se llevó a cabo mediante una prueba no paramétrica para muestras dependientes y para muestras independientes.

Para el desarrollo de la investigación, se contó con el aval del Subcomisión de Investigación y Ética de la Universidad de La Sabana (10-2021) y el comité de Investigación de la institución de salud, y el consentimiento informado firmado de la participación de los pacientes.

Resultados

Respecto a las características sociodemográficas más comunes tenemos la edad media de los participantes fue de 66,30 (DE8,5) para el grupo comparación y de 61,34 (DE11,5) para el grupo experimental, la mayoría era sexo masculino (61%), con diagnósticos secundarios de HTA y DM, pertenecientes al estrato 1-2. Además, la mayoría de los pacientes tenían un nivel de educación secundaria o inferior (79%), solo un (4,5%) contaba con estudios superiores.

Los resultados de este estudio muestran que la competencia de cuidado en el grupo comparación en las tres mediciones pretest, en el alta y seguimiento está en nivel medio, al revisar las dimensiones se evidencia conocimiento e instrumental en nivel bajo, unicidad, disfrute y anticipación nivel medio y relación social nivel alto. En el momento del alta podría considerar que hubo un leve aumento en el puntaje de la dimensión conocimiento, pero sigue estando en nivel bajo, al igual que en el seguimiento después de recibir la intervención habitual.

En el grupo experimental la competencia de cuidado en el pretest muestra un nivel bajo, al revisar las dimensiones se evidencia conocimiento, instrumental y anticipación nivel bajo, unicidad, disfrute y relación social nivel medio. En el momento del alta se encontró una competencia en nivel medio, donde las dimensiones conocimiento, unicidad, instrumental y anticipación están en nivel medio, disfrute y relación social nivel alto. En el seguimiento a 30 días evidencia un nivel de competencia alto donde se encuentran todas las dimensiones de la competencia de cuidado en niveles medio-alto, evidenciando un incremento en las dimensiones de la competencia después de recibir el plan cuidarte mostrando la importancia al acompañamiento del paciente desde su ingreso hasta el alta hospitalaria con posterior seguimiento al hogar.

En el análisis intragrupo en el grupo comparación se evidenció un cambio en los resultados aplicados en diferentes tiempos, lo cual muestra que hay una diferencia significativa en la dimensión de conocimiento después de la aplicación de la intervención habitual sin embargo se mantiene en nivel bajo en los tres tiempos de medición.

En el grupo experimental se evidencia un cambio positivo en los resultados aplicados en diferentes tiempos, lo cual muestra que hay una diferencia significativa después de la aplicación de la intervención educativa Plan Cuidarte en el momento del alta hospitalaria, habiendo un incremento en todas las dimensiones de la competencia de cuidado de manera directa e indirecta.

En el análisis inter grupo se evidencia que la competencia de cuidado aplicada durante el proceso del alta hospitalaria de los pacientes con IAM tanto en el grupo experimental como en el grupo comparación, se evidencia un cambio en los resultados en los diferentes momentos. Sin embargo, en el grupo experimental se logra visualizar que el plan cuidarte mejora significativamente la competencia de cuidado de los pacientes con IAM al egreso hospitalario, sin embargo, en el grupo comparación esta competencia final no muestra cambios evolutivos si no que se mantiene con el mismo nivel de competencia durante los tres momentos.

Discusión

En el grupo comparación se evidenció un cambio en los resultados después de la intervención habitual, en la dimensión de Conocimiento hay una diferencia significativa ($p < 0,05$), pero al revisar la dimensión los resultados oscilan en nivel bajo en los tres tiempos de medición.

En las otras dimensiones no se observó un cambio significativo, lo cual podría indicar que la intervención habitual no impacta significativamente en la competencia de cuidado en el alta hospitalaria. En el grupo experimental se evidencia un cambio positivo en los resultados aplicados en diferentes tiempos, lo cual muestra que hay una diferencia significativa ($p < 0.05$) después de la aplicación de la intervención educativa Plan Cuidarte. Con los resultados arrojados se podría indicar que el plan cuidarte mejora significativamente la competencia de cuidado de los pacientes con IAM al egreso hospitalario. Al realizar las comparaciones intra grupo e inter grupo de la competencia de cuidado en el hogar se observó de manera general, que el puntaje en relación con la competencia de cuidado fue mejor en el grupo que recibió la intervención Plan cuidarte en comparación con el grupo que recibió la intervención habitual ($p < 0.05$).

Conclusión

El nivel de competencia de cuidado en el grupo experimental después de haber recibido la intervención “Plan Cuidarte”, mostró un aumento significativo en relación con el grupo de comparación. La evidencia muestra, que, si se hace un plan de alta hospitalaria estandarizado que incluya educación y seguimiento implementado desde el ingreso hospitalario puede mejorar el control de los factores de riesgo y disminuir las complicaciones y de esta manera permitir la adherencia a las practicas saludables recomendadas.

Palabras clave: Cuidador familiar; Enfermedad crónica; Conocimiento; Alta del paciente; Cuidado Transicional; Infarto de miocardio; Educación del Paciente.

Referencias Bibliográficas:

1. Baglietto-Hernández JM, Mateos-Bear JA, Nava-Sánchez JP, Rodríguez-García P, Rodríguez-Weber F. Nivel de conocimiento en hipertensión arterial en pacientes con esta enfermedad de la Ciudad de México. *Lev Knowl high blood Press patients with this Dis Mex City* [Internet]. 2020 Jan;36(1):1–14. Available from: <http://10.0.94.181/mim.v36i1.2844>
2. McMartin K. Discharge planning in chronic conditions: An evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser* [Internet]. 2013;13(4):1–72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3804053/pdf/ohtas-13-72.pdf>
3. Mohammadpour A, Rahmati Sharghi N, Khosravan S, Alami A, Akhond M. The effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem’s self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial. *J Clin Nurs*. 2015 Jun;24(11–12):1686–92.
4. Carrillo-gonzález GM, Sánchez-herrera B, Barrera-ortiz L, Chaparro-Díaz OL. Carga del cuidado de la enfermedad crónica no transmisible. *Aquichan* [Internet]. 2013;13((2)):247–60. Available from: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2395>

INTERVENCIÓN BASADA EN EL APOYO A LAS MADRES, SOBRE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE SU HIJO CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA

Maiter Julicza Alarcón Guerrero
María Elisa Moreno Ferguson

Resumen

Las cardiopatías congénitas tienen una alta prevalencia a nivel mundial con un incremento el 10% entre el 2010 y el 2017 (Liu et al., 2019). En América latina y el Caribe constituyen la segunda causa de muerte en menores de cinco años y en Colombia según el programa de Vigilancia de Defectos Congénitos de Bogotá y Cali la prevalencia es de 190,10 por 10.000 nacidos vivos (6)

Para los padres de estos niños es difícil asimilar esta situación, sobre todo para las madres quienes experimentan mayor estrés, ansiedad y depresión, porque se sienten impedidas para ejercer su rol durante la hospitalización, sienten inseguridad y desconfianza con el personal de salud, injusticia, ira, culpabilidad y negación de la condición de salud de su hijo (5).

Los servicios de salud en su rutina de atención se enfocan en la atención del niño con cardiopatía congénita, más no en las madres; que requieren atención para reducir la ansiedad y el estrés que les genera esta situación. El estudio realizado por (2) revela que la ansiedad y el estrés materno repercuten negativamente en la recuperación del niño, en su desarrollo cuando se altera la diada madre/hijo y el contacto piel a piel, de allí la importancia de reconocerlas como sujeto de cuidado (3). La teoría de adaptación a los eventos de la vida de Roy (2014) constituye un referente teórico para analizar este proceso en las madres.

El propósito de este estudio fue describir el nivel de ansiedad y estrés de las madres durante el proceso de hospitalización de su hijo con diagnóstico de cardiopatía congénita en una unidad de cuidado intensivo pediátrico.

1. Universidad de La Sabana, Bogotá – Colombia, Estudiante, Maestría en Enfermería, Correo Electrónico: maiteralgu@unisabana.edu.co
2. Universidad de La Sabana, Bogotá – Colombia, Directora y tutora, Maestría en Enfermería, Correo Electrónico: mariae.moreno@unisabana.edu.co

Método: Estudio cuantitativo descriptivo longitudinal. La muestra estuvo constituida por 35 madres atendidas en una clínica de 4to nivel de la ciudad de Floridablanca., donde se describen las características sociodemográficas y se determina el estado de ansiedad y los factores de estrés parental de las madres antes y después de recibir el cuidado convencional, controlando el grado de estrés parental. La intervención convencional consiste en brindarles información concisa sobre el estado de salud del niño, se informa rápidamente las normas de ingreso al servicio, el cuidado se centra en el paciente y la madre solo acompaña al bebe ejerciendo su rol en momentos precisos, espacios y momentos limitados para dialogar sobre su estado mental/emocional, sus preocupaciones, sus inquietudes respecto al futuro y pronostico del niño, en el curso de 5 días se evalúa si hay modificaciones en su estado de ansiedad y estrés.

Resultados: Las madres encuestadas están entre los 18 y 41 años de edad, el mayor porcentaje de ellas alcanzaron un nivel de escolaridad como bachiller, conviven con sus parejas en unión libre conformando su núcleo familiar con 1 o 2 hijos en promedio, se ocupan del hogar y en cada vivienda conviven con aproximadamente 4 personas, son de estrato social 1 (bajo-bajo), Durante el proceso de hospitalización de su hijo, el 62.9% de las madres se encuentra sin la compañía de un familiar o amigo. Respecto al nivel de ansiedad estado-rasgo se encontró que el 71.4% de ellas tenía un alto estado de ansiedad y un 65.7% se encuentran en estado rasgo. Después de la intervención habitual en este grupo control aproximadamente un 13% de madres que se captaron disminuyeron su nivel alto de ansiedad a medio.

Discusión: Los resultados obtenidos de la escala de estresores parentales muestran que en cada dimensión y en términos generales las madres modificaron significativamente el nivel de estrés con la aplicación de la intervención habitual durante el manejo hospitalario de su hijo, y a pesar de ser un manejo convencional donde la información es limitada y las madres son visualizadas en un segundo plano en el cuidado integral, se observa un cambio positivo, por ello la importancia de diseñar estrategias e intervenciones que permitan incluirlas durante el proceso de hospitalización de los niños para brindarles apoyo continua. Los generadores de estrés identificados por medio del modelo de estrés parental de la UCI pediátrica cardiovascular no son modificables entre ellos el rasgo de ansiedad, o no se modifican fácilmente como la apariencia/comportamiento del niño, imágenes y sonidos de la unidad, otros factores estresantes como la experiencia de la alteración del rol de las madres es algo que se puede cambiar (2)

Según Roy (2014) Las intervenciones que se centran en la promoción del rol de los padres favorecen una transición efectiva del rol o efectividad del rol. De tal forma que disminuir la separación madre-hijo, el cuidado piel con piel, el tiempo privado en familia y enseñar como brindar atención en el contexto de un entorno de cuidados intensivos es fundamental para promover la adaptación y prevenir los síntomas de salud mental asociados como la ansiedad y el estrés, al tener un bebé con cardiopatía (2).

La ansiedad de los padres no se limita al período perioperatorio; esto puede continuar incluso después del alta hospitalaria. La información, la educación y el asesoramiento de los padres tuvieron un impacto positivo en la reducción del estrés y la ansiedad y en la mejora del estado de ánimo (1)

Conclusión: Los resultados de este estudio muestran la importancia de diseñar intervenciones de enfermería enfocadas para reducir la ansiedad en las madres de niños con cardiopatía congénita hospitalizados.

Palabras clave: Cardiopatía congénita; estrés; ansiedad; afrontamiento; Madres

Referencias Bibliográficas

1. Kumar A, Das S, Chauhan S, Kiran U, Satapathy S. Perioperative Anxiety and Stress in Children Undergoing Congenital Cardiac Surgery and Their Parents: Effect of Brief Intervention—A Randomized Control Trial. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*. 2019; 33(5), 1244–1250. <https://doi.org/10.1053/j.jvca.2018.08.187>
2. Lisanti Amy J, Kumar A, Quinn R, Chittams JL, Medoff-Cooper B, Demianczyk AC. Role alteration predicts anxiety and depressive symptoms in parents of infants with congenital heart disease: A pilot study. *Cardiology in the Young*, 2021; 31(11), 1842. <https://doi.org/10.1017/S1047951121001037>
3. Navarro-Tapia S, Ramírez M, Clavería C, Molina Y. Validation of “The Parental Stressor Scale Infant Hospitalization modified, to Spanish” in a pediatric intensive care unit. *Revista Chilena de Pediatría*, 2019; 90(4), 399–410. <https://doi.org/10.32641/rchped.v90i4.1020>
4. Lisanti Amy J, Vittner D, Medoff-Cooper B, Fogel J, Wernovsky G, Butler S. Individualized Family-Centered Developmental Care: An Essential Model to Address the Unique Needs of Infants with Congenital Heart Disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2019; 34(1), 85–93. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000546>
5. Sood E, Karpyn A, Demianczyk AC, Ryan J, Delaplane EA, Neely T, Kazak AE. Mothers and Fathers Experience Stress of Congenital Heart Disease Differently. *Pediatric Critical Care Medicine*, 1. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001528>
6. Zarante I, Carreño-Martínez AC, Ibañez LM, Gracia G, Blandón E, Pérez G, Hurtado-Villa P. Description and results of birth defects surveillance and follow-up programs in Bogotá and Cali, Colombia, 2002–2019. *American Journal of Medical Genetics, Part C: Seminars in Medical Genetics*, 2021; 187(3), 312–321. <https://doi.org/10.1002/ajmg.c.31880>

SATISFACCIÓN PERCIBIDA EN PUÉRPERAS ADOLESCENTES FRENTE AL CUIDADO HUMANIZADO BRINDADO POR ENFERMERIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEÓZ DE LA CIUDAD DE CÚCUTA EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2022.

Robinson Damián Paez Collantes¹
Yordy Dario Caicedo Jaimes²
Henyy Elizabeth Ramirez Arias³
Jenny Vanessa Yarpaz Tobar⁴
Ana Cristina Santafe Cote⁵

Resumen

La humanización en la atención de los servicios de salud hace referencia a la importancia de la concientización de los profesionales de salud y sensibilización a la atención de todos los pacientes, donde se suplan las necesidades físicas, emocionales y sociales. Esto se ha convertido en un pilar fundamental para la enfermería, por ende, las instituciones prestadoras de servicios de salud deben poseer personal que provean atención humanizada y considerar, en un sentido global, a usuarios de salud como seres humanos.

Según la Organización Mundial de la Salud en su objetivo de desarrollo sostenible, menciona que los cuidados preparto y post parto deben ser realizados por personal de salud capacitado, humanizado y que promueva la buena atención y el servicio de calidad. El puerperio es una etapa de vital importancia para la mujer y su entorno.

Durante este período se producen numerosos cambios a los que las mujeres, apoyados por sus familias y el personal de salud, tienen que hacer frente, para satisfacer sus necesidades propias y las del recién nacido.

¹ Pamplona, Cúcuta-Colombia. Docente del programa de enfermería. Universidad de Pamplona. Grupo de Investigación El cuidar. Semillero de investigación semillas del cuidar. Correo: robinson.paezrodc1@unipamplona.edu.co

^{2 3 4} Pamplona, Cúcuta-Colombia, Estudiantes del programa de enfermería. Universidad de Pamplona. Grupo de Investigación El cuidar. Semillero de investigación semillas del cuidar. Correo: yordy.caicedo@unipamplona.edu.co Henyy.ramirez@unipamplona.edu.co jenny.yarpaz@unipamplona.edu.do ana.santafe@unipamplona.edu.co

Esperan por parte de enfermería conocimientos, habilidades y experiencias para ayudarlas a encontrar soluciones a sus problemas de salud con calidez, calidad y resolutiveidad.

Objetivo

Determinar la satisfacción percibida en puérperas adolescentes frente al cuidado humanizado brindado por enfermería en el hospital universitario Erasmo Meóz durante el primer semestre del año 2022.

Material y métodos

Estudio de tipo cuantitativo, de naturaleza descriptiva de corte transversal, se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia dado que de acuerdo a los criterios de inclusión las puérperas adolescentes son las que únicamente pueden formar parte del estudio y que fueron seleccionadas en los turnos de las mañanas, quienes se encontraban dentro de las 12 a 24 horas post parto y edades de 14 a 17 años. Se aplicó el instrumento de satisfacción Percibida por la Puérpera, diseñado por Jesús L.M., Pinedo J.E. y Tello C.M, sometido a la aplicación del Coeficiente de correlación de Pearson. El nivel de validez fue de 80% y con una confiabilidad del 78% con la aplicación del Coeficiente Alfa de Crombach.

El instrumento conformado por tres variables sociodemográficas: edad, lugar de procedencia y nivel de escolaridad, el tipo de escala de respuesta que maneja el instrumento es likert con opción de respuesta sí o no, organizado por 4 variables: cuidado cálido, cuidado oportuno, cuidado continuo, cuidado seguro, con un total de 26 ítems.

- **Cuidado cálido:** es un sinónimo de cordialidad y afecto humano hacia la paciente, ya que las acciones que evidencian trato amable, y empático mejorando la relación enfermera paciente conformado por 10 ítems.
- **Cuidado oportuno:** este se desarrolla cuando se cumple con los procesos según protocolo; como por ejemplo que responde con rapidez al llamado del paciente, le informa a la paciente sobre sus resultados y se tiene en cuenta en los cuidados el entorno de la paciente conformado por 05 ítems.
- **Cuidado continuo:** serán aquellas acciones, desarrolladas dentro de las 12 horas de trabajo según protocolo, guías de enfermería e indicación médica en los horarios previstos. También incluye acciones a tener en cuenta durante el alta conformado por 04 ítems.

Cuidado seguro: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología basadas en evidencias científicamente probadas que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias conformado por 07 ítems.

Consideraciones éticas

Para la realización del estudio de investigación se contó con la autorización de la institución, se solicitó el consentimiento informado del sujeto de estudio, así mismo la información suministrada es de carácter anónimo y no divulgado más que para fines de la investigación. En el presente estudio se consideró los siguientes principios éticos: No Maleficencia, respeto a la Dignidad Humana, autonomía y justicia.

Resultados

El 57% de las puérperas adolescentes tenían 17 años, el 76% es población migrante de Venezuela y el 61% la escolaridad es secundaria incompleta, la educación en salud sexual y reproductiva en población adolescente es un pilar fundamental en la sexualidad de esta población ya que como se evidencia en las características sociodemográficas la secundaria incompleta es el más alto porcentaje encaminado por la deserción escolar lo cual puede dejar muchas brechas en el conocimiento sobre la sexualidad en las adolescentes puérperas. Respecto a la satisfacción percibida en puérperas adolescentes frente al cuidado humanizado brindado por enfermería las 4 dimensiones evaluadas arrojaron los siguientes datos: cuidado cálido (84%) y afectado con relación a la explicación, ambiente y simpatía respectivamente, por parte de la enfermera. Por lo tanto, se observa que no se está presentando un cuidado cálido total y recomienda trabajar dichos aspectos para mejorar la calidez ofrecida por el servicio prestado por enfermería.

Cuidado oportuno (54.6%) dado que las puérperas adolescentes determinaron que la enfermera no acude oportunamente al llamado y que no se preocupa por brindar un ambiente con clima amigable, además, que la enfermera no pregunta sobre la frecuente y características de las deposiciones y orina. Cuidado continuo (69.2%) el 45% de las puérperas determinan que la enfermera no pregunta por sus metas, un 20% percibe que la enfermera no brinda la orientación necesaria para el cuidado en el hogar, y alrededor de un 30% sostiene que la enfermera no interactúa con ellas. Cuidado seguro (64.8%) el 40% está de acuerdo con que la enfermera no los apoya en el traslado a servicios higiénicos, casi la mitad manifiesta que la enfermera no les explica los efectos del medicamento que administra, además que cerca al 30% dice que la enfermera no interactúa con los pacientes para disminuir su dolor.

Conclusión

De acuerdo con los objetivos planteados los perfiles de la población corresponden a 17 años, con secundaria incompleta y de procedencia venezolana, por lo que brindar un cuidado integral y humanizado permite reducir riesgos en su puerperio tardío. La satisfacción del cuidado humanizado de enfermería percibido por las puérperas adolescentes se obtuvo mediante: cuidado cálido el 84%, oportuno 54,6%, continuo 62,2%, seguro 64,8. Lo anterior, evidencia que hay un cuidado humanizado brindado por el profesional de enfermería, pero que se debe buscar estrategias que mejoren los cuidados teniendo en cuenta que la puérpera adolescente experimenta modificaciones anatómicas, funcionales, emocionales y familiares, ante las cuales debe adaptarse para responder satisfactoriamente a las necesidades de cuidado y lograr una adecuada recuperación y adaptación.

Palabras clave: Puérpera; Adolescencia; Cuidado humanizado; Enfermería.

Referencias Bibliográficas

1. Correa Zambrano ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. Rev Cuid [Internet]. 2016 Jan [cited 2022 Mayo 03] ; 7(1): 1210-1218. Available from: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>
2. Jesús LM, Pinedo JE, Tello CM. Cuidado humanizado de enfermería y nivel de satisfacción percibida en puérperas adolescentes atendidas en el Hospital Regional Loreto, 2016. [cited 2022 mayo 03]; <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/486>
3. Medicina FD. Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015". [cited 2022 mayo 03]; <https://hdl.handle.net/20.500.12672/4278>
4. Cueva Venegas KZ, Peláez Soto FY. Factores sociodemográficos y percepción de las puérperas sobre el cuidado humanizado brindado por la enfermera. Hospital Belén de Trujillo - 2019. [cited 2022 mayo 03]. <https://hdl.handle.net/20.500.12759/5840>

ANEXOS

(Galería fotográfica)



Universidad Francisco
de Paula Santander
Vigilada Mineducación





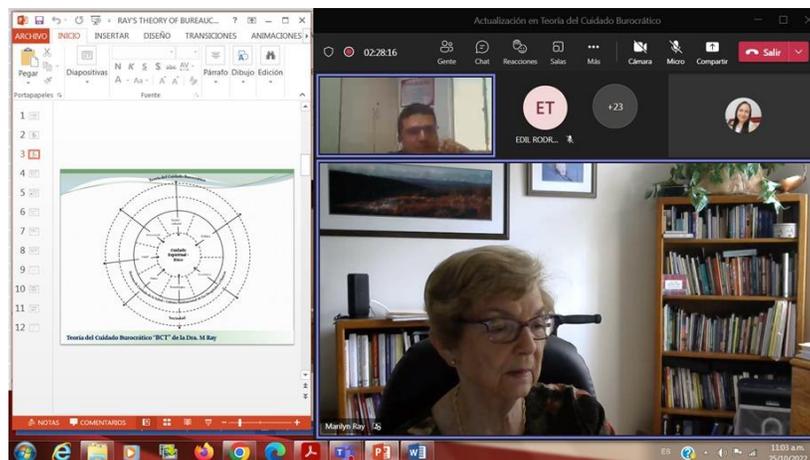
Universidad Francisco
de Paula Santander
Vigilada Mineducación





Universidad Francisco
de Paula Santander
Vigilada Mineducación







Universidad Francisco
de Paula Santander
Vigilada Mineducación





Universidad Francisco
de Paula Santander
Vigilada Mineducación





Universidad Francisco
de Paula Santander
Vigilada Mineducación





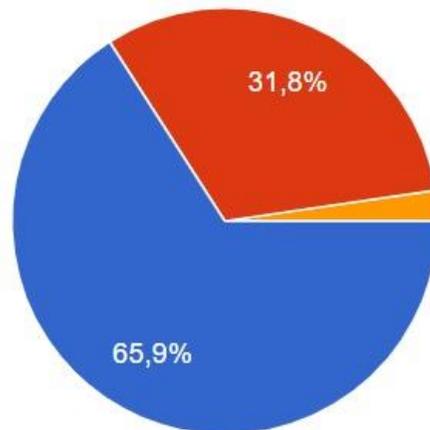
Universidad Francisco
de Paula Santander
Vigilada Mineducación



CALIFICACIÓN GLOBAL DEL EVENTO

De forma general calificaría el evento como:

129 respuestas



- Excelente
- Bueno
- Regular
- Deficiente