

Actualizaciones en **ENFERMERÍA**



Fundación
Santa Fe de Bogotá

Vol. 21, No. 1, Año 2019
ISSN 2389-8674 (en línea)



5

Percepción sobre el trasplante uterino de mujeres que asisten a una institución de salud de IV nivel

11

Las estrategias educativas permiten al cuidador la prevención de lesiones por presión en el adulto mayor

18

Hablemos práctica avanzada en enfermería, desde la perspectiva canadiense

27

Allegro Colombia,
la música como compañera de vida

DIRECTORA DE ENFERMERÍA

Sandra Marcela Cortés Gómez
Fundación Santa Fe de Bogotá

EDITORIA

Luz Estella Aragón Pinto
Coordinadora de Gestión del conocimiento y salud poblacional
Dirección Enfermería - Fundación Santa Fe de Bogotá

COMITÉ EDITORIAL

Luisa Fernanda Núñez Rivera, Enf. Magister (C)
Fundación Santa Fe de Bogotá

Sonia Echeverri, Enf. Magister
Fundación Conocimiento

Vera Cecilia Nuñez Ricardo, Enf. PhD (C)
Fundación Santa Fe de Bogotá

Blanca Stella Vanegas Morales, Enf. Magister
Fundación Santa Fe de Bogotá

Daniel Gonzalo Eslava, PhD
Fundación Universitaria del Área Andina

María Claudia Duque Enf. PhD
Pontificia Universidad Javeriana

Claudia Ariza Olarte, Enf. PhD
Pontificia Universidad Javeriana

Johana Botero Giraldo, Enf. Magister
Canadá

Lina Patricia Villabona Silva, Enf. Especialista
Fundación Santa Fe de Bogotá

Luisa Maria Luengas Ramirez, Enf. PhD
Fundación Santa Fe de Bogotá

PARES ACADÉMICOS

Sonia Dabeida Cárdenas Rubiano
Enfermera - Docente
Universidad de la Sabana
Bogotá

Lizzeth Ballesteros
Jefe Asistente del superior inmediato, unidad de readaptación
Hôpital Anna- Laberge, Châteaugay,
Canadá.

Mariona Rius Dorca
Médico Especialista Ginecología y Obstetricia
Hospital Clinic de Barcelona
España

Yudy Andrea Rojas Castañeda
Jefe Departamento de Enfermería
Fundación Cardio Infantil IC
Bogotá

ACTUALIZACIONES EN ENFERMERÍA ISSN 2389-8674 (En línea) se publica en ediciones especiales para Colombia y Latinoamérica, © 1998 por la Fundación Santa Fe de Bogotá. Derechos reservados. La Institución se reserva todos los derechos, inclusive los de traducción. Se prohíbe la reproducción y reimpresión, total o parcial de los artículos sin el permiso previo del editor bajo las sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento, comprendidas las reprografía y el tratamiento informativo, y la distribución de ejemplares de ella, mediante alquiler o préstamo público.

Publicación de la Fundación Santa Fe de Bogotá calle 119 No. 7-75, Teléfono: 571-603 03 03 extensión 5129, 5408. Bogotá, D.C., Colombia.

E-mail: actual.enferm@fsfb.org.co / Visite: <http://www.fsfb.org.co>

Corrección de estilo y traducción: Subdirección de Estudios Clínicos, Fundación Santa Fe de Bogotá

Diagramación: Media For Health

ENFERMERÍA, EL ARTE MULTIDISCIPLINAR

La enfermería como arte del cuidado, se caracteriza no solamente del cuidado holístico del paciente en estado crítico u hospitalario, la evaluación de su estado general, el cuidado del mismo y sus familias; sino por la capacidad de desarrollarnos en diferentes áreas que permitan el crecimiento de la profesión en busca del bienestar de la población en general.

Si bien el arte de la enfermería es el cuidado, sus profesionales gracias a las múltiples posibilidades de crecimiento científico y profesional, pueden desarrollarse en áreas como la docencia, la gestión y la investigación, y especializarse en áreas de cuidado específico como el cuidado en general de heridas, cuidado de la mujer en estado de gestación, parto y postparto, entre otras. También, tienen la capacidad de hacer un acompañamiento completo, tanto físico como mental debido a sus competencias y habilidades morales y científicas.

El reto que tenemos como profesionales en enfermería es tener la capacidad de adaptación y estructuración de los cuidados orientándolos hacia las diferentes culturas, de manera creativa y sensible; de ahí que se generen cuidados de preservación de la salud y bienestar, centrados en las necesidades evidentes de las personas.

Actualmente, a pesar de los grandes esfuerzos profesionales, las capacidades y competencias que tienen los profesionales de enfermería, aún se debe trabajar fuertemente en su identidad profesional y el ejercicio en el campo de práctica avanzada, que esto permita no solo un acceso más oportuno a los servicios de salud en busca del bienestar de la población, sino gracias a las formaciones que actualmente las enfermeras tienen, sean reconocidas en su ejercicio profesional; es necesario trabajar para que la población y el mundo reconozcan nuestra importante labor, nuestro gran bagaje profesional y nuestras amplias competencias, las cuales nos permiten tener el arte de cuidar, evaluar el estado de salud físico y mental de la persona, con la capacidad de trabajar de forma multidisciplinaria con el equipo médico, todos con alta formación académica teórico- práctica, con roles diferentes, pero con el mismo objetivo: **el bienestar y cuidado de la población.**



Johana Botero

*Enfermera Magíster en Enfermería, docente de enfermería Cégep de Saint Hyacinthe, Jefe de equipo en la clínica de cuidado en el CLSC des Maskoutaines – CISSS de la Montérégie- Est; Supervisora de prácticas clínica Université de Sherbrooke, Mentora inmigrantes profesionales para Espace carrière et Forum 2020, asociada en asesoramiento migratorio, CI CANADÁ agencia de migración; miembro grupo editorial Revista Actualizaciones en Enfermería.



Fundación
Santa Fe de Bogotá

TRABAJOS ORIGINALES

REVISIONES

NARRATIVA

CUIDADO Y CULTURA

CONTENIDO

5

Percepción sobre el trasplante uterino de mujeres que asisten a una institución de salud de IV nivel

11

Las estrategias educativas permiten al cuidador la prevención de lesiones por presión en el adulto mayor

18

Hablemos de práctica avanzada en enfermería, desde la perspectiva canadiense

25

Venna, una experiencia de cuidado diferente

27

Allegro Colombia, la música como compañera de vida

PERCEPCIÓN SOBRE EL TRASPLANTE UTERINO

DE MUJERES QUE ASISTEN A UNA INSTITUCION DE SALUD DE IV NIVEL



Andrea Carolina Ladino Ladino ¹
Sandra Milena Morales Calderón ²
Lina Marcela Vergara Jiménez ³

RESUMEN

Objetivo: Determinar la percepción del trasplante uterino en mujeres que consultaron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá en el periodo comprendido entre el 8 de marzo al 25 de mayo del año 2017.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo de corte transversal, en el cual se analizaron 246 cuestionarios que cumplieron con los criterios de inclusión.

Resultados: El 54,1% de las mujeres consideraron que el trasplante uterino es un método ideal para lograr la maternidad, en las mujeres con infertilidad absoluta por factor uterino, el 99,1% consideraron el trasplante uterino como un logro positivo. El 56,5% donarían su útero posterior al fallecimiento y el 79,3% se practicaría un trasplante uterino.

Conclusiones: Los resultados demuestran que el trasplante uterino es bien recibido por las participantes en este estudio, por lo tanto, el apoyo poblacional frente a dicha técnica puede considerarse efectivo en un enfoque prospectivo.

ABSTRACT

Objective: To determine the perception of uterine transplantation in women who consulted the gynecology and obstetrics service of the University Hospital Santa Fe Foundation of Bogotá in the period between March 8 to May 25 of the year 2017.

Methodology: Observational, descriptive, cross-sectional study, in which 246 questionnaires were analyzed who included the inclusion criteria.

Results: 54.1% of the women considered that the uterine transplant is an ideal method to achieve the maternity in the women with absolute infertility by a fetal factor, 99.1% considered the uterine transplant as a positive achievement. 56.5% would donate their uterus after death and 79.3% would undergo a uterine transplant.

Conclusions: The results show that the uterine transplant is a procedure well received by the participants in this study, therefore, the population support against this procedure can be considered effective in a prospective approach.

Palabras clave: Trasplante uterino (TU), infertilidad absoluta por factor uterino (AUFI), técnicas de reproducción asistida (TRA), gestación.

¹ Enfermera Universidad Nacional de Colombia, enfermera Fundación Santa Fe de Bogotá, estudiante maestría en salud sexual y reproductiva Universidad El Bosque, especialista en cuidado crítico con énfasis en neonatos Universidad de la Sabana. Correo electrónico: aladino@unbosque.edu.co

² Enfermera Universidad de Cundinamarca, enfermera Fundación Santa Fe de Bogotá, estudiante maestría en salud sexual y reproductiva Universidad El Bosque. Correo electrónico: smoralesc@unbosque.edu.co

³ Enfermera Universidad de Antioquia, docente Universidad del Sinú seccional Cartagena, estudiante maestría en salud sexual y reproductiva Universidad El Bosque. Correo electrónico: lvergaraj@unbosque.edu.co

Introducción

El trasplante uterino (TU) es una técnica de reproducción asistida (TRA), innovadora, que consiste en transferir el útero de una donante viva o fallecida a otra mujer con el fin de lograr una gestación a feliz término (1). Este procedimiento apunta a mejorar la calidad de vida de las mujeres que padecen infertilidad absoluta por factor uterino (AUFI) que anhelan experimentar una gestación en su propio ser.

Datos estadísticos a nivel mundial revelan que aproximadamente 1 de cada 500 mujeres sufre AUFI (2). Europa aloja alrededor de 200.000 mujeres con este padecimiento (3), el Reino Unido, entre 12.000 y 15.000 (4), Japón entre 60.000 y 70.000 (5) y Estados Unidos alrededor de 1.200.000 (6).

Los datos presentados indican una problemática social que ha cautivado el interés de cientos de científicos en el ámbito internacional, como es el caso del Doctor Brannstrom, Ginecólogo Sueco, pionero en la técnica de TU y ejecutor de los primeros procedimientos exitosos. Hasta mayo del año 2017 se han reportado 26 TU en todo el mundo, 9 de ellos con resultados favorables, 8 en Suecia y el más reciente reportado en Estados Unidos. En Sur América, el único proyecto ejecutado se ha realizado en Brasil (7).

Actualmente, las mujeres con AUFI solo cuentan con dos opciones para ser madres, la subrogación gestacional y la adopción; la primera conlleva implícitos ciertos dilemas éticos, legales, culturales, religiosos y sociales (5). La segunda opción, implica procesos extenuantes, múltiples requisitos y exhaustivas evaluaciones a nivel familiar con el objetivo de asegurar un óptimo resultado para las partes implicadas, tanto adoptantes como adoptado, lo cual genera en la pareja altos niveles de ansiedad por el temor a un resultado no favorable para los mismos (8).

En Colombia, la adopción está legalmente constituida, mientras que la subrogación gestacional no se encuentra reglamentada, en la actualidad, solo existe un proyecto de ley para regular dicho fenómeno (9).

Por estas razones el TU se convierte en una muy buena oportunidad para las mujeres con AUFI. En Colombia, el 11% de las mujeres manifiesta tener problemas de infertilidad (10); con referencia a AUFI no se encuentra evidencia en la literatura acerca de estos datos estadísticos en el territorio nacional.

Teniendo en cuenta estos planteamientos y siendo consecuentes con el objetivo de abordar integralmente al ser humano por medio de varias estrategias como el empoderamiento de los derechos sexuales y reproductivos, se crea la necesidad de dar a conocer a las mujeres la TRA como método innovador.

Procedimientos como el TU requieren del apoyo poblacional para ser implementados, por esta razón es fundamental determinar cuál es la percepción sobre el TU de las mujeres que asisten al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá. En el presente estudio se analizaron los datos de una encuesta a las mujeres que acudieron al servicio en el periodo comprendido entre el 8 de marzo al 25 de mayo del año 2017.

Materiales y métodos

Muestra: Se realizó el cálculo del tamaño de muestra para proporción poblacional a través de Epidat 3.1, usando los siguientes parámetros: población desconocida, prevalencia de respuesta positiva a TU como TRA de 80% de acuerdo a lo reportado por Wennberg en 2016 (11), se usó un nivel de confianza del 95%, precisión del 5 % y efecto de diseño de 1, para un total de 246 encuestas. No se calculó porcentaje de pérdidas debido a que no se pensó en realizar seguimiento a las encuestadas y se captó el tamaño de muestra de manera consecutiva.

Como criterios de inclusión se consideraron las mujeres entre 18 y 60 años y como criterios de exclusión mujeres sin útero y mujeres que no aceptaran diligenciar la encuesta.

Intervenciones: Al contar con el aval técnico y ético del Comité de Ética de la institución, se realizó una prueba piloto entre el 8 al 11 de marzo del año 2017 a 60 mujeres que asistieron al Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, al Departamento de Ginecología y obstetricia (25% del tamaño de la muestra aproximadamente). Posteriormente, se realizó modificaciones al cuestionario con el fin de obtener datos específicos que respondieran a los objetivos planteados y facilitar el proceso de análisis de resultados.

Al obtener la aprobación de las modificaciones por parte del comité de ética, se aplicó la encuesta en la sala de espera de cada sección del departamento de Ginecoobstetricia en el periodo comprendido entre el 10 al 25 de mayo del año 2017.

Preguntas: Las preguntas se desarrollaron sobre la base de la literatura referente al TU. La encuesta contenía un encabezado con información importante para la comprensión del estudio, constó de 25 preguntas, se incluyeron datos de edad, número de hijos, área de atención, estado civil, nivel educativo, estrato socioeconómico, creencias religiosas, ocupación, estado de embarazo, conocimiento sobre TU, opinión sobre el TU exitoso logrado en Suecia, posibilidad de ser donante o receptor de útero, motivos para donar o no el útero, elección de donantes y receptores de útero en primera y segunda instancia, motivos para no ser receptor de útero, disposición para asumir los riesgos de un TU, y método ideal para la maternidad en las mujeres con AUFI.

Control de sesgos: Con el fin de controlar el sesgo de selección se incluyeron la totalidad de las mujeres que consultaron al departamento de Ginecología y Obstetricia que cumplían con los criterios de inclusión. El control de sesgos de medición se realizó con la implementación de una prueba piloto para medir el nivel de comprensión de la encuesta por parte de las mujeres consultadas.

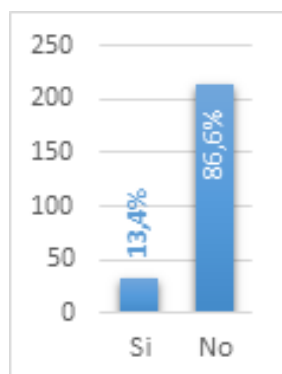
Análisis estadístico: Se registró la información obtenida de cada una de las participantes con una codificación de identidad en una base de datos en el programa Excel, luego se ejecutó el análisis de la información por medio del programa SPSS versión 23.00. Los resultados de las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes; las variables cuantitativas se reportaron en medidas de tendencia central y de dispersión. La distribución de frecuencias de variables cualitativas y cuantitativas discretas se representó mediante tablas.

Resultados

El rango de edad más frecuente en la muestra fue de 34 a 41 años, el cual corresponde a un 29,7%, seguido del grupo de mujeres entre los 26 a 33 años con un 19%. Con relación al número de hijos el 33,7% tienen máximo 1 hijo y el porcentaje de mujeres sin hijos es bastante alto con un 33,7%. Respecto al estado civil el 54,9% de las participantes reportaron estar casadas, seguido de las solteras que son un 23,6%, el 39,8% presentó educación universitaria, seguido del 29,2% de mujeres con especialización. En el estrato socioeconómico, el 28,5% pertenecen al estrato 4, seguido de las mujeres pertenecientes al estrato 3 con un 25,6%. En relación a las creencias religiosas el 77% son católicas, seguido de las cristianas con un 13%. El 58,1% reportó estar trabajando, seguido de las trabajadoras de manera independiente que fueron el 24,8%.

Conocimiento de las mujeres frente al TU

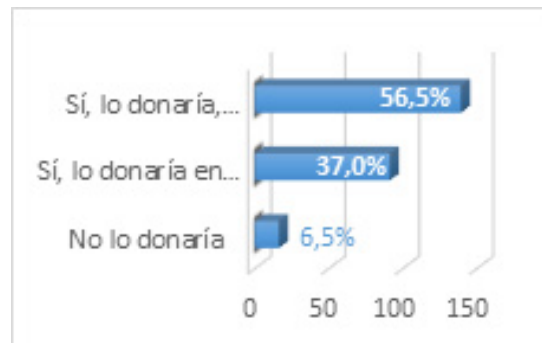
¿Conoce usted acerca del TU?



Solo el 13,4% de las participantes conocía acerca del TU. (Grafico 1)
Fuente: elaboración propia

Análisis de frecuencia respecto a donantes de útero

¿Sería usted donante de útero?



El 56,5% de las participantes manifiesta que donaría su útero cuando fallezca, el 37,0% lo donaría en vida y el 6,5% no lo donaría. (Grafico 2)

Fuente: elaboración propia

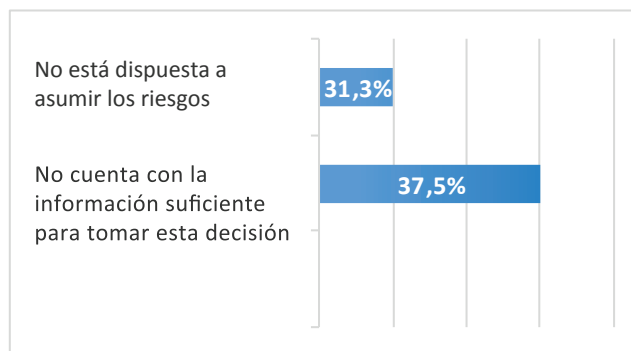
Motivos para ser donante



En cuanto a la motivación que tendrían las pacientes para donar su útero, el 47,8% lo haría por ayudar a un familiar, seguido de un 37,4% que lo haría por ayudar a un desconocido. (Grafico 3)

Fuente: elaboración propia

Causas para no ser donante



Dentro de la principal causa de no aceptar ser donante de útero es no contar con la información suficiente para tomar la decisión con el 37,5%, seguido por no estar dispuestas a asumir los riesgos que impliquen estos procedimientos con el 31,3%. (Grafico 4)

Fuente: elaboración propia

Receptora de útero

El 79,3% de las participantes manifestó que se practicaría un TU, es decir, que serían receptoras y un 20,7 % manifiesta que no se lo realizaría.

Principales causas para no someterse a un TU

La principal causa para que las mujeres encuestadas no se sometieran a un TU es por el riesgo, el 46,1% no estuvieron dispuestas a asumirlo, seguido por el 32,6% que no se lo realizarían debido a no tener el conocimiento suficiente para tomar la decisión.

Método ideal para la maternidad en infertilidad uterina

¿Cuál considera usted que debería ser la elección de las pacientes sin útero para poder tener hijos?

El TU fue la técnica más aceptada con un 54,1%, seguido de la adopción con un 41% y la última opción considerada fue la subrogación de útero o alquiler de vientre con un 4,9%.

Percepción del TU sueco

Se informó mediante la encuesta que médicos suecos habían logrado el primer TU exitoso en el año 2014, se interrogó su opinión al respecto, encontrando que el 99,1% concibieron esto como un logro positivo y el 0,99% como un logro negativo.

Discusión

Los trasplantes a través de la historia se han encaminado a salvar vidas, ahora estos han evolucionado al punto de dirigirse al objetivo de mejorar la calidad de vida de los seres humanos, como es el caso del TU, procedimiento que ha revolucionado las TRA. Con el logro alcanzado en Suecia por el Doctor Brannstrom con la ejecución de los primeros TU exitosos (12), se ha cautivado el interés a nivel mundial de un gran número de profesionales para incursionar en este procedimiento.

Es importante mencionar que esta técnica se encuentra en una etapa experimental (13) y por tal razón requiere de más estudios y análisis que le den soporte en el ámbito social, ético, legal, económico y cultural. Esta es la base que sustenta ideas investigativas como la presentada en este trabajo, que indaga acerca de la percepción de las mujeres que posiblemente puedan ser partícipes de estos procedimientos en un futuro.

El porcentaje de mujeres que conocían sobre el TU fue muy bajo, similar a un estudio Japonés, donde solo el 17,6% sabía que el TU se había practicado en Suecia y Turquía (5). Lo cual lleva a pensar en la importancia del desarrollo de una estrategia tanto educativa como informativa sobre esta TRA, sus ventajas, desventajas y beneficios para la población en general. Dado que este procedimiento continúa en una fase experimental (13), es comprensible el bajo despliegue publicitario que

ha tenido hasta el momento, esta puede ser la razón fundamental para el escaso conocimiento que tienen las mujeres encuestadas frente al tema, es de esperar que, con la evolución, perfeccionamiento y aplicabilidad de esta técnica en otros centros dedicados al manejo de la infertilidad, el TU obtenga un reconocimiento masivo. Un importante número de participantes estarían dispuestas a donar su útero, siendo relevante la donación posterior al fallecimiento. En los primeros 11 casos reportados de TU, los úteros fueron de donantes vivas en 10 casos y de 1 donante fallecida. Las dos opciones contemplan ciertas ventajas y desventajas entre sí y hasta el momento los casos exitosos proceden de donantes vivas (2).

Las principales beneficiarias se encontraron en el núcleo familiar de las posibles donantes, hijas, hermanas, sobrinas como de otros familiares. Según datos estadísticos, por año se realizan 6.000 donaciones de órganos y tejidos procedentes de donantes vivos, esto es alrededor de 4 de cada 10 donaciones, la mayoría de estas donaciones se realizan entre miembros de la familia o entre amigos cercanos (14), los datos en este estudio concuerdan con el pensamiento general de la población donde prima la solidaridad a nivel familiar.

Dentro de la principal causa de no aceptar ser donante de útero es no contar con la información suficiente para tomar la decisión, seguido por no estar dispuestas a asumir los riesgos que impliquen estos procedimientos, estos datos se asocian con lo reportado y analizado previamente frente al conocimiento del TU, la escasa información con que cuentan las mujeres, lo cual se describió anteriormente, les impide participar en este procedimiento.

Un alto porcentaje de participantes manifestó que, si se practicaría un TU, es decir, que serían receptoras, esto indica que un porcentaje importante de mujeres están de acuerdo con ser trasplantadas. El interés de las mujeres con AUFI hacia el TU, se sustenta en investigaciones como la realizada en Estados Unidos, donde un número significativo de mujeres estaban interesadas en el TU y afirman que muchas más interesadas pueden existir en todo el mundo (15).

Dentro de las principales causas de no aceptar ser receptoras de útero, se encuentra el no estar dispuesta a asumir los riesgos y no contar con la información suficiente para tomar la decisión. El TU es un procedimiento que exige compromiso de varios aspectos básicos de la mujer y de su pareja, a nivel físico someterse a varias cirugías, la extracción de ovocitos, la transferencia de embriones, la inmunosupresión y la innumerable cantidad de exámenes, a nivel psicológico las tensiones relacionadas con el desenlace del procedimiento; son tan solo unos ejemplos (16). Por estos motivos, es indispensable tener en cuenta todos los factores inmersos dentro del TU, antes de tomar la decisión de someterse a una técnica de tal magnitud.

El objetivo principal de este estudio fue conocer la opinión de las mujeres frente al TU y para ello es indispensable tener en cuenta otras opciones como la subrogación gestacional y la adopción (únicas alternativas con que cuentan las mujeres con infertilidad uterina para ser madres), los resultados muestran que el TU fue la técnica más aceptada, seguido de la adopción y la última opción considerada fue la subrogación de útero o alquiler de vientre. Estos resultados concuerdan con el estudio realizado en Suecia donde el TU fue más aceptado que la subrogación uterina (80% vs 47%) (11). El hecho de que el TU tenga el mayor porcentaje de aceptación, permite sugerirlo como opción en reproducción asistida para concebir un hijo en las parejas con problemas de AUFI y también para abordar integralmente esta problemática social que afecta la salud reproductiva.

Con respecto a la opinión de las mujeres frente al TU, la gran mayoría concibieron esto como un logro positivo, estos resultados revelan que las mujeres involucradas en el estudio consideran el TU como un adelanto científico favorable para la población, concordando con la opinión de otros individuos a nivel mundial, como es el caso de los residentes en Estados Unidos, lo cual se puede evidenciar en algunos reportes investigativos. Una de estas investigaciones en este país fue realizada en el año 2016, los resultados obtenidos en una encuesta masiva demuestran que la mayoría de participantes (78%), apoyaron a las mujeres para someterse a un TU, contrarrestando con la minoría (4%) que se opuso, el resto de encuestados tomo una posición neutral (17).

Conclusiones

Se determinó mediante el análisis de resultados, que un importante porcentaje de la población encuestada aceptaría participar activamente en esta innovadora TRA, tanto en el papel de donantes como en el papel de receptoras.

Los resultados demuestran que el TU es una técnica bien recibida por las participantes en este estudio, por lo tanto, el apoyo poblacional frente a dicha técnica puede considerarse efectivo en un enfoque prospectivo.

Sumado a esto, el hecho que el mayor porcentaje de las participantes conciban al TU como el método ideal para lograr la maternidad en mujeres con AUFI a pesar de las otras opciones disponibles, demuestra que este procedimiento es visto de manera favorable por la mayoría de la población objeto de estudio.

Por último, se evidenció que las mujeres tienen poco conocimiento sobre el TU, por esta razón, es esencial como primera medida, ejecutar campañas educativas que contengan toda la información referente al tema, acceder a las diferentes herramientas tecnopedagógicas para resolver los posibles interrogantes presentes en la población y así, brindar un

Agradecimientos

Doctor Miguel Antonio Sánchez, Asesor metodológico Profesor-Investigador Universidad El Bosque, Doctor Ricardo Rueda, Ginecólogo y Obstetra Sub especialista en Endocrinología Ginecológica y Reproducción humana, Doctor Nicolás Rodríguez Niño Medico Hospitalario por sus valiosas asesorías y a la Fundación Santa Fe de Bogotá por facilitar el campo para la investigación.

REFERENCIAS

1. Defelitto J. Trasplante de órganos. [Online]. [cited 2016 Febrero 25. Available from: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/15920/III_-_TRASPLANTE_DE_%C3%93RGANOS.pdf?sequence=28 http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/15920/III_-_TRASPLANTE_DE_%C3%93RGANOS.pdf?sequence=28 .
2. Johannesson L, Järholm S. Uterus transplantation: current progress and future prospects. *Int J Womens Health*. 2016 february; 8: p. 43-51.
3. Infosalus. El trasplante de útero, efectivo ante la infertilidad uterina absoluta. [Online].; 2015 [cited 2016 Febrero 2. Available from: [HYPERLINK "http://www.infosalus.com/mujer/noticia-trasplante-utero-efectivo-infertilidad-uterina-absoluta-20150424150346.html"](http://www.infosalus.com/mujer/noticia-trasplante-utero-efectivo-infertilidad-uterina-absoluta-20150424150346.html) <http://www.infosalus.com/mujer/noticia-trasplante-utero-efectivo-infertilidad-uterina-absoluta-20150424150346.html> .
4. Díaz García C, Brannstrom M. Uterus Transplantation: Potential Patients, Fertility. *J. Reproduktionsmed. Endokrinol*. 2013; 10(1).
5. Kisu I, Banno K, Soeda E, Kurihara Y, Okushima M, Yamaguchi A, et al. Survey of Attitudes toward Uterus Transplantation among Japanese Women of Reproductive Age: A Cross-Sectional Study. *Plos one*. 2016 Mayo; 11(5).
6. Del Priore G, Gudipudi D. Promise of uterine transplant-myth or a reality? *Maturitas*. 2014 Enero; 77(1).
7. Hayashi A, Hayashi A, Kisu I, Banno K, Hara H, Mihara M. Uterus transplantation: Toward clinical application in Japan. *Reproductive medicine and biology*. 2017 August.
8. Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España.. La aventura de adoptar. Guía para solicitantes de adopción internacional.. 2010.
9. Guerra M, Valencia S. Por medio de la cuál se prohíbe la maternidad subrogada con fines de lucro en Colombia y se reglamenta en otros casos. [Online].; 2018 [cited 2019 Enero 3. Available from: [HYPERLINK "http://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/proyectos-ley/cuatrenio-2018-2022/2018-2019/article/70-por-medio-de-la-cual-se-prohibe-la-maternidad-subrogada-con-fines-de-lucro-en-colombia-y-se-reglamenta-en-otros-casos"](http://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/proyectos-ley/cuatrenio-2018-2022/2018-2019/article/70-por-medio-de-la-cual-se-prohibe-la-maternidad-subrogada-con-fines-de-lucro-en-colombia-y-se-reglamenta-en-otros-casos) <http://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/proyectos-ley/cuatrenio-2018-2022/2018-2019/article/70-por-medio-de-la-cual-se-prohibe-la-maternidad-subrogada-con-fines-de-lucro-en-colombia-y-se-reglamenta-en-otros-casos> .
10. Profamilia. Infertilidad. Encuesta nacional de demografía y salud. Profamilia; 2010.
11. Wennberg A, Rodríguez Wallberg K, Milsom I, Brannstrom M. Attitudes towards new assisted reproductive technologies in Sweden: a survey in women 30-39 years of age. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016 June; 95(1): p. 38-44.
12. Ruvalcaba L, García M, Díaz R, Montoya J, Díaz-García C, Kvarnström N, et al. The history behind successful uterine transplantation in humans. *JBRA Assist Reprod*. 2017 April-june; 21(2): p. 126-134.
13. Garcia A, Pina L. A meta-analysis on uterine transplantation: Redefining the limits of. *Rev Assoc Med Bras*. 2016; 62(5): p. 474-477.
14. U.S. Government Information on Organ Donation and Transplantation. The Living Donation Process. [Online]. [cited 2017 septiembre 01. Available from: [HYPERLINK "https://organdonor.gov/about/process/living-donation.html"](https://organdonor.gov/about/process/living-donation.html) <https://organdonor.gov/about/process/living-donation.html> .
15. Nair A, Feret M, Del Priore G, Malanowska-Stega J. Applicants for uterine transplantation: description of candidates. *Fertil Steril*. 2008 September; 90.
16. Järholm S, Johannesson L, Clarke A, Brännström M. Uterus transplantation trial: Psychological evaluation of recipients and partners during the post-transplantation year. *Fertil Steril*. 2015 October; 104(4).
17. Hariton E, Bortoletto P, Goldman R, Farland L, Ginsburg E, Gargiulo A. A survey of public opinion in the United States regarding uterine transplantation. *Fertil Steril*. 2017 September; 108(3): p. 15.

LAS ESTRATEGIAS EDUCATIVAS PERMITEN AL CUIDADOR LA PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Johanna Milena Restrepo Torres¹

Lineth Alvarez Jaramillo²

RESUMEN

Objetivo: Identificar estrategias educativas que permitan al cuidador la prevención de lesiones por presión en el adulto mayor institucionalizado.

Método: se realizó una revisión crítica de literatura que tuvo como objetivo describir estrategias educativas que permiten al cuidador la prevención de lesiones por presión en el adulto mayor institucionalizado, de igual forma, se reconocen facilitadores y limitantes de las mismas, que permitan el análisis para tomar decisiones en el cuidado de enfermería. Para esto se revisaron las bases de datos Pubmed, Mesh, Endnote, Medline, google académico. Se analizaron N° 9 artículos, una vez se seleccionaron por criterios de inclusión, calidad y validez analizada por la escala Johanna Brigs y CASPE.

Resultados

Los resultados se muestran en relación a los tres objetivos principales del estudio.

En cuanto a la prevalencia de lesiones por presión en el adulto mayor institucionalizado, estas se presentan con más frecuencia en personas mayores de 75 años.

Los estudios que hacen referencia a las estrategias de educación al cuidador para la prevención de lesiones por presión, muestran que un enfoque de educación y entrenamiento al personal de enfermería y cuidadores son efectivas, estas intervenciones reducen los costos y el tiempo de hospitalización de los pacientes.

Estudios muestran que existen limitantes o facilitadores en el desarrollo de estrategias educativas al cuidador que permitan la prevención de úlceras por presión en el adulto mayor, pero estas deben ser específicas y propias de cada institución de acuerdo al nivel cultural, infraestructura y personal de enfermería.

Conclusión: Los procesos de formación continua en la prevención de lesiones por presión al talento humano, al cuidador o familia parecen ser una estrategia importante, al igual que, los actuales modelos de educación por medio de la telesalud. Sin embargo, es necesario realizar estudios que permitan demostrar de manera estadística la significancia de estas estrategias como evidencia científica validada.

ABSTRACT

Objective: To identify educational strategies that allow the caregivers to prevent injuries caused by pressure in a senior who is hospitalized or lives in a nursing home.

Method: A critical review of literature was made which objective was to describe educational strategies that allow the caregivers to prevent injuries caused by pressure in a senior who is hospitalized or lives in a nursing home. In the same way, enabling and limiting factors of those strategies were identified in order to analyze them and make decisions related to nursing care. It was necessary to review databases such as Pubmed, Mesh, Endnote, Medline, and Academic Google. 9 articles were analyzed after being selected by inclusion criteria, quality, and validity analyzed by Johanna Brigs and CASPE scales.

1. Enfermera, especialista en el cuidado a las personas con heridas y ostomías, enfermera clínica de heridas y estomas Fundación Santa Fe de Bogotá, Correo electrónico: jomirestrepo24@gmail.com
2. Enfermera, especialista en el cuidado a las personas con heridas y ostomías, Enfermera especialista TEO de atención domiciliaria, Correo electrónico: lineth2517@gmail.com

Results

The results are shown in relation to the three main objectives of the study

Regarding the prevalence of injuries due to pressure in institutionalized older adults, these occur more frequently in people over 75 years old.

The studies related to the strategies of education to the caregiver for the prevention of injuries by pressure, show that an approach of education and training to the nursing staff and caregivers are effective. These interventions reduce the costs and the time of hospitalization of the patients.

Studies show that there are limitations or facilitators in the development of educational strategies for the caregiver that allow the prevention of ulcers caused by pressures in the elderly, but these must be specific and particular to each institution according to the cultural level, infrastructure, and nursing personnel.

INTRODUCCIÓN

Un proceso de atención de enfermería basado en la valoración integral e identificación de riesgo permite definir un plan de cuidado individualizado con énfasis en promoción y prevención de lesiones de piel. La aparición de una lesión por presión conlleva a la cronicidad de su situación de salud, complicaciones secundarias, aumento de la estancia hospitalaria e incremento de costos para el sistema de salud en términos de insumos, tiempos de atención y recurso humano.(1) De acuerdo a estudios internacionales dicho costo puede llegar a los U\$70.000 por costos directos del cuidado y U\$1.1 billones relacionados al tratamiento anual de este tipo de lesiones. (2)

Según estudio de la Universidad Nacional la prevalencia de lesiones por presión en Colombia en el año 2014 fue: el 68% de lesiones por presión 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. La causa principal en el 98% de los casos es la presión, seguido por cizalla, humedad e incontinencia.

La mayoría de los casos se presentan entre los 76 y 80 años de edad, principalmente en aquellos adultos mayores frágiles, dependientes o postrados debido a su limitada movilidad. (3)

La prevención es el mejor método de tratamiento, no solo mejora la salud de los pacientes, sino que además se minimizan los costos. El actual nivel de conocimiento nos pondría en situación de poder prevenir casi la totalidad de estas lesiones (95%), con cuidados de enfermería adecuados, articulando un programa global e integrado de prevención que considere un abordaje global de las lesiones por presión. Ello, requiere de la implicación de todos los agentes que intervienen en el cuidado de las personas en riesgo de padecer lesiones por presión.

Conclusion: It seems that the continue training process to human talent, caregivers, and family members in the prevention of ulcers caused by pressure is an important strategy, likewise the current models of education through Telehealth. However, it is necessary to carry out studies that allow to demonstrate statistically the significance of those strategies as validated scientific evidence.

PALABRAS CLAVE: Adulto mayor, lesiones por presión, Cuidador, Educación, Prevención

KEYWORD: Aged, Pressure ulcer, Caregivers, Competency – Base Education, Prevention.

Por lo anterior se realiza la revisión crítica de literatura para responder a la pregunta: ¿Cuáles estrategias educativas permiten al cuidador la prevención de lesiones por presión en el adulto mayor institucionalizado?

METODOLOGÍA

Este trabajo es de tipo revisión crítica de literatura que tuvo como objetivo describir las estrategias educativas que permiten al cuidador la prevención de lesiones por presión en el adulto mayor institucionalizado, como también facilitadores y limitantes de las mismas, que permita el análisis para tomar decisiones en el cuidado de enfermería. Para lo cual se realizó una búsqueda de literatura científica en las bases de datos: Pubmed, Mesh, Endnote, Medline, Google académico. Se aplicó la estrategia PEO (problema, exposición, resultados). Los criterios de inclusión fueron artículos relacionados con el tema, estudios de todo tipo cuantitativo y cualitativo no mayor a diez años de publicación, en idiomas español, inglés y portugués, publicación completa que hiciera relación a la prevención de lesiones por presión en mayores de 65 años especialmente postrados en cama. Se excluyeron estudios que incluyan adultos mayores sin limitación física. De acuerdo con esto, se encontraron 111 artículos, de los cuales se eliminaron 102 artículos (Gráfica 1). Se realizó el análisis de los resultados de 9 artículos. También se realizó análisis de calidad de los artículos mediante los instrumentos establecidos por Johanna Briggs y CASPE. (Cuadro N. 1).

RESULTADOS

A continuación, se describen los resultados de la evidencia científica que permitió identificar estrategias educativas que permitan al cuidador la prevención de lesiones por presión en el adulto mayor institucionalizado.

Prevalencia de lesiones por presión en el adulto mayor institucionalizado.

En el estudio de A Igarashi, et al 2013 (4) de prevalencia de úlceras por presión en diferentes centros de salud, indican que esta fue 9.6 (7.9) %; etapas II (40.0%) y III (38.0%) y el sacro (60.5%), el 80% eran pacientes de 75 años o más y el 65% estaban en cama. Los factores asociados con una menor prevalencia de las lesiones por presión fueron: una relación menor de nivel 3 de la gravedad médica ($p = 0.025$), una proporción más baja de pacientes en cama ($p = 0.020$), protocolo clínico que contiene la gestión del equipo ($p = 0.014$).

Por otra parte Alves Brito et al, 2013(5) evidenció que el 38.9% de los pacientes eran ancianos, una prevalencia del 16.9%. El (16.3%) tenía más de tres úlceras por presión sacra, trocánter, calcáneo, y las regiones de la espalda y el codo fueron las más afectadas.

Estrategias de educación al cuidador para la prevención de lesiones por presión.

Diana H.Rintala et al, 2008 (6), luego de establecer un sistema intensivo e individualizado de programas de educación y seguimiento para personas con úlceras por presión se pueden reducir las hospitalizaciones, recursos económicos, en el estudio se identifica que a los pacientes a los que se realizó acompañamiento permanente, un programa de educación estructurado se mantuvo libre de lesiones por presión durante más tiempo. Son escasos los estudios que cuentan con evaluación de la educación para la prevención de lesiones por presión y establecer las diferencias con cada una de las intervenciones y la metodología usada.

Así mismo Howe, Lynn et al 2008 (7) demuestra que la utilización del equipo de enfermería profesional y auxiliar de enfermería debe ser educado en la prevención y el tratamiento de las lesiones por presión. Las sesiones educativas deben enfatizar el cuidado de la piel e incluir la importancia de voltearse y posicionarse para pacientes postrados en cama, la necesidad de reposicionamiento y relleno para aquellos en sillas de ruedas y la comunicación al personal apropiado ante los primeros signos de anormalidades en la piel. Los auxiliares de enfermería y cuidadores son los que permanecen en mayor contacto con los pacientes, lo que permite una vigilancia constante de la piel. La educación oportuna previene lesiones por presión, además conlleva a minimizar costos.

Es así como A. Talsma, et al 2011 (8) concluye que una valoración diaria e integral en donde se tengan en cuenta, edad, sexo y comorbilidades de los pacientes reduce la presencia de lesiones por presión, el estudio muestra que la intervención diaria no redujo significativamente el número de los pacientes que desarrollaron las etapas iniciales de úlceras por presión estadio I, pero redujo la conversión de una etapa I a una etapa II en la clasificación de la úlcera por presión. Impactó significativamente en la incidencia, gravedad y número

de úlceras por presión de la unidad de intervención. El hecho de no usar adecuadamente una herramienta de medición de riesgo para desarrollar úlceras por presión provoca intervenciones inadecuadas que por lo tanto afectan al paciente. Tener un programa de seguimiento y de intervención disminuye costos, estancia hospitalaria en los pacientes y lo más importante la no presencia de úlceras por presión que causan retraso en la evolución del paciente. El estudio no especifica qué estrategias de educación se usaron. Se hace necesario que en los centros de atención de pacientes se entrene al personal de enfermería para el uso de escalas de medición de riesgo de sufrir lesiones por presión.

Igualmente Cecilia Inés Loudet, et al 2017 (9) refiere que la intervención educativa multifacética, consistente en la participación de un equipo multidisciplinario es fundamental para el control o prevención de lesiones por presión, además se brinda un cuidado integral al paciente. Teniendo en cuenta el avance de la tecnología se puede afirmar que una aplicación para teléfono inteligente es una herramienta de telemedicina para controlar las lesiones intrahospitalarias como seguimiento por todo el equipo de trabajo. Así como la participación de las familias o cuidadores en la atención al paciente, puede disminuir incidencia y la gravedad de las lesiones.

Por otra parte Donna Martin, et al 2017(10) Indica que el nivel de conocimiento de los participantes sobre la prevención y la gestión de la lesión por presión se vio reforzado por el tutorial virtual, estas reducciones fueron tanto estadísticamente como clínicamente significativas, el hecho de involucrar al profesional de salud en la prevención de úlceras por presión es de gran impacto para las instituciones de salud, buscar alternativas de educación lúdicas, con incentivos para el personal. El acceso a materiales y recursos humanos junto con el conocimiento sobre las mejores prácticas en la prevención de lesiones por presión son facilitadores clave para prevención. Por el contrario, las limitaciones de personal, la falta de equipamiento y la falta de comunicación entre los administradores y el personal de primera línea son barreras para la prevención de dichas lesiones.

Limitantes o facilitadores en el desarrollo de estrategias educativas al cuidador que permitan la prevención de úlceras por presión en el adulto mayor.

De igual forma Nancy Bergstrom, et al 2013 (11) muestra que el hecho de documentar y reportar los hallazgos oportunamente permite tomar medidas de prevención. El entrenamiento y medición semanal al personal de enfermería para la prevención de UP disminuye los costos de los tratamientos de estas lesiones. El estudio no muestra el impacto de las estrategias de educación usadas.

Así mismo Tracey L. Yap An, et al 2016 (12) recopila los resultados de tres estudios en donde se implementaron diferentes estrategias para la prevención de úlceras por presión en ancianos, logrando unificar procesos y protocolos que tengan un impacto importante en la

incidencia de estas lesiones, las estrategias deben ser específicas y propias de cada institución de acuerdo al nivel cultural, infraestructura y personal de enfermería. El hecho de realizar una evaluación objetiva por parte del cuidador del paciente del riesgo de desarrollar úlceras por presión mediante la escala de Braden disminuye la presencia de las lesiones, al igual que la inclusión del familiar en todo el proceso de educación y entrenamiento. Las barreras más comunes para el desarrollo de actividades de educación son: la falta de recursos laborales (85%) y recursos materiales (56%) y mala comunicación (38%), por lo tanto, se deben intervenir para lograr el objetivo.

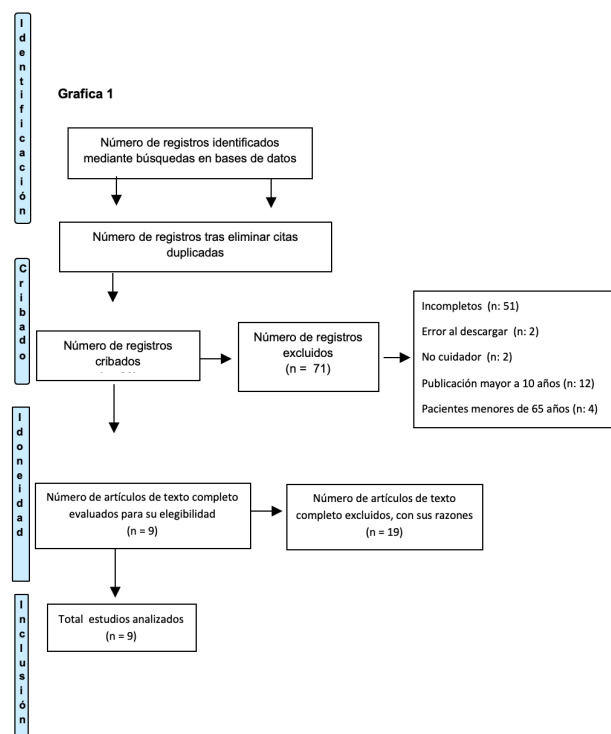
Discusión

Como lo evidencia la literatura reciente, un aliado importante en el cuidado de enfermería es la telesalud, que permite realizar seguimiento a la educación impartida tanto al paciente como al cuidador. Existen diferentes modelos como, la llamada telefónica, tutoriales virtuales que pueden ser aplicados a las instituciones de salud.

El hecho de involucrar al profesional de salud en la prevención de úlceras por presión es de gran impacto para las instituciones prestadoras de este servicio, buscar alternativas de educación lúdicas que incluyan incentivos. El acceso a materiales y recursos humanos que cuenten con el conocimiento para la prevención de lesiones por presión son facilitadores indispensables. El entrenamiento y medición semanal al personal de enfermería para la prevención de lesiones por presión disminuye los costos de los tratamientos de estas lesiones.

Anexos PRISMA 2009 Diagrama de Flujo

(Spanish version - versión española)



Título del estudio, autores, nombre de la revista, volumen, fecha	Evaluación de calidad		Nivel de evidencia
	Tipo instrumento	Porcentaje	
Preventing Recurrent Pressure Ulcers in Veterans With Spinal Cord Injury: Impact of a Structured Education and Follow-Up Intervention, Diana H. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, Volume 89, Issue 8, August 2008, Pages 1429-1441, El Sevier	CASPE	88%	I (Canadian)
Education and Empowerment of the Nursing Assistant: Validating Their Important Role in Skin Care and Pressure Ulcer Prevention, and Demonstrating Productivity Enhancement and Cost Savings, Howe, Lynn June 2008 - Volume 21, Advances in Skin & Wound Care	CASPE	80%	Los estudios cualitativos no están en la clasificación de niveles de evidencia
Evaluation of the Pressure Ulcer Prevention Clinical Decision Report for Bedside Nurses in Acute Care Hospitals, A. Talsma Informatics, December 7, 2011, revista : Applied Clinical	Johanna Briggs	88%	II - 2 (Canadian)
Turning for Ulcer Reduction: A Multisite Randomized Clinical Trial in Nursing Homes. Nancy Bergstrom, Watkiss. Journal of American Geriatrics Society, septiembre 19 del 2013	CASPE	72%	I (Canadian)
Prevalence and incidence of pressure ulcers in Japanese long-term-care hospitals, AyumilgarashiaNorikoYamamoto-MitanibYukinoGushikencYukariTakaidMakotoTanakabYukoOkamoto, Volume 56, Issue 1, El Sevier. January-February 2013, Pages 220-226	Johanna Briggs	100%	III (Canadian)
Prevalence of pressure ulcers in hospitals in Brazil and association with nutritional statusdA multicenter, cross-sectional study. El Sevier, Patricia Alves Brito M.Sc Volume 29, Issue 4, April 2013, Pages 646-649	Johanna Briggs	77%	III (Canadian)
An Evidence-Based Cue-Selection Guide and Logic Model to Improve Pressure Ulcer Prevention in Long Term Care, Tracey L. Yap, Susan M. Kennerly, Nancy Bergstrom, Sandra L. Hudak, Susan D. Horn. J Nurs Care Qual. 2016 Jan-Mar; 31(1): 75-83.	Johanna Briggs	88%	III (Canadian)
Reducing pressure ulcers in patients with prolonged acute mechanical ventilation: a quasi-experimental study.Cecilia Inés Loudet,. Brazilian Journal of Intensive Care, 2017, vol.29 no.1 Sao Paulo.	Johanna Briggs	80%	II - 1 (Canadian)
Healthy Skin Wins: A Glowing Pressure Ulcer Prevention Program That Can Guide Evidence-Based Practice.Donna Martin, Worldviews on Evidence-Based Nursing, 2017.	Johanna Briggs	90%	Los estudios cualitativos no están en la clasificación de niveles de evidencia.

REFERENCIAS

1. Tizón Bou, E. and Marcos Espino, M. (2014). Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o con riesgo de padecerlas: Generalitat Valenciana, 2013. Gerokomos, [online] 25(1), pp.53-54. Available at: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_520_Ulceras_por_presion_compl.pdf.
2. Pignolo R, Forciea M, Johnson J. Biblioteca Juan Roa Vásquez - Universidad El Bosque [Internet]. Site.ebrary.com.ezproxy.unbosque.edu.co. 2014 [cited 19 November 2016]. Available from: <http://site.ebrary.com.ezproxy.unbosque.edu.co/lib/bibliobosque/reader.action?docID=10542557&ppg=167>
3. Gallo Woolcott K, Pachas Fernández C. Riesgos de úlceras por presión según Escala Norton en una población de ancianos de un servicio domiciliario de Lima. [Internet]. Faenf.cayetano.edu.pe Rev. enferm. Herediana. 2008 [cited 26 November 2016]. Available from: <http://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2008/enero/v1n1ao4.pdf>
4. Igarashi A, Yamamoto-Mitani N, Gushiken Y, Takai Y, Tanaka M, Okamoto Y. Prevalence and incidence of pressure ulcers in Japanese long-term-care hospitals. Archives of Gerontology and Geriatrics [Internet]. 2013 [cited March 2017];56(1):220-226. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22974661>
5. Brito P, Generoso S, Correia M. Prevalence of pressure ulcers in hospitals in Brazil and association with nutritional status—A multicenter, cross-sectional study. Nutrition [Internet]. 2013 [cited May 2017];29(4):646-649. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23466049>
6. Rintala D, Garber S, Friedman J, Holmes S. Preventing Recurrent Pressure Ulcers in Veterans With Spinal Cord Injury: Impact of a Structured Education and Follow-Up Intervention. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation [Internet]. 2008 [cited August 2017];89(8):1429-1441. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18674978>
7. Howe L. Education and Empowerment of the Nursing Assistant. Advances in Skin & Wound Care [Internet]. 2008 [cited April 2017];21(6):275-281. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18525251>
8. Talsma A, Tschannen D, Guo Y, Kazemi J. Evaluation of the Pressure Ulcer Prevention Clinical Decision Report for Bedside Nurses in Acute Care Hospitals. Applied Clinical Informatics [Internet]. 2011 [cited September 2017];2(4):508-521. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23616892>
9. Loudet C, Marchena M, Maradeo M, Fernández S, Romero M, Valenzuela G et al. Reducing pressure ulcers in patients with prolonged acute mechanical ventilation: a quasi-experimental study. Revista Brasileira de Terapia Intensiva [Internet]. 2017 [cited September 2017];29(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5385984/>
10. Martin D, Albeni L, Van Haute S, Froese M, Montgomery M, Lam M et al. Healthy Skin Wins: A Glowing Pressure Ulcer Prevention Program That Can Guide Evidence-Based Practice. Worldviews on Evidence-Based Nursing [Internet]. 2017 [cited October 2017];14(6):473-483. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28755424>
11. Bergstrom N, Horn S, Rapp M, Stern A, Barrett R, Watkiss M. Turning for Ulcer Reduction: A Multisite Randomized Clinical Trial in Nursing Homes. Journal of the American Geriatrics Society [Internet]. 2013 [cited September 2017];61(10):1705-1713. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24050454>
12. Yap T, Kennerly S, Bergstrom N, Hudak S, Horn S. An Evidence-Based Cue-Selection Guide and Logic Model to Improve Pressure Ulcer Prevention in Long-term Care. Journal of Nursing Care Quality. 2016;31(1):75-83.

icu medical

conexiones humanas

Plum 360™

Premio Best in KLAS 2018 como la bomba de infusión inteligente con mejor desempeño



Conectamos

pacientes con profesionales de la salud a través de productos médicos seguros que salvan y mejoran vidas.



Para más información, visite
www.icumed.com/BestinKLAS

HABLEMOS DE PRÁCTICA AVANZADA EN ENFERMERÍA, DESDE LA PERSPECTIVA CANADIENSE

Let's talk advanced practice in nursing, from the Canadian perspective

Johana Botero Giraldo, M. Sc. Inf.¹

Resumen:

Los profesionales de enfermería trabajan fuertemente para ganar terreno y autonomía en el ejercicio profesional, buscando mayor reconocimiento a nivel laboral y mejorar la calidad de los cuidados del paciente. La creciente complejidad de la atención y la evolución del conocimiento especializado están acelerando la demanda de la práctica avanzada de enfermería (EPA). En Canadá, el título de enfermera de práctica avanzada, se conoce como: enfermeras clínicas especializadas y las enfermeras prácticas; en Quebec por ejemplo, existen dos roles de EPA; enfermera clínica especializada (ICS, Infirmière clinicienne spécialisée) en control y prevención de infecciones y la enfermera práctica especializada (IPS, Infirmière praticienne spécialisée). La EPA tiene múltiples beneficios que se traducen en un acceso más fácil a la atención, un aumento en la tasa de supervivencia de los pacientes, una mejora general en la calidad de la atención, el desarrollo de las habilidades profesionales, credibilidad en las enfermeras, integración de resultados concluyentes en la práctica clínica y una mejora significativa en la rentabilidad del sistema de salud.

Palabras clave: Enfermería, enfermería de práctica avanzada, Canadá.

Abstract:

Nursing professionals work hard to gain ground and autonomy in professional practice, seeking greater recognition at the work level and to improve the quality of patient care.

The increasing complexity of care and the evolution of specialized knowledge are accelerating the demand for advanced nursing practice. In Canada, the profession is practiced as practice advanced nurse practice, specialized clinical nurses and practical nurses, an example is Québec, where there are two roles of specialized clinical nurse in infection control and prevention and the specialized practical nurse. Benefits that translate into easier access to care, an increase in the survival rate of patients, a general improvement in the quality of care, skill development, credibility in nurses, integration of conclusive results in clinical practice and a significant improvement in the profitability of the health system.

Key words: Nursing, advance practice nursing, Canada.

¹ Magister en Enfermería, docente Cégep de Saint Hyacinthe, Jefe de equipo en la clínica de cuidado en el CLSC des Maskoutaines – CISSS de la Montérégie- Est; Supervisora de practicas clínicas Université de Sherbrooke, Mentora inmigrantes profesionales para Espace carrière et Forum 2020

Introducción:

Después de 60 o más años de desarrollo global, existe un mayor reconocimiento de las enfermeras con práctica avanzada (EPA) y su impacto en el aumento del acceso a la atención primaria de salud y mejorar la calidad de la atención en salud (1,2). Diariamente, los profesionales de enfermería trabajan fuertemente para ganar terreno y autonomía en el ejercicio profesional, buscando mayor reconocimiento de la identidad profesional y en busca de mejorar la calidad de los cuidados.

La creciente complejidad de la atención y la evolución del conocimiento especializado están exacerbando la demanda de práctica avanzada de enfermería (3). En Canadá, las enfermeras trabajan en diferentes provincias y territorios en las siguientes áreas de práctica: atención clínica, formación, administración, investigación y educación. En muchas áreas de atención, las enfermeras cuidan a las personas las veinticuatro horas del día y siete días a la semana, ellas hacen una contribución positiva y significativa a la evolución del estado de salud de los pacientes. Asegurando y garantizando la viabilidad del sistema de salud; cada territorio y provincia confiere según la ley un título reservado a las enfermeras (4). En Canadá, ejercen a título de enfermera de práctica avanzada, enfermeras clínicas especializadas (ICS) y las enfermeras prácticas (IP). En Quebec, existen dos roles, uno es de enfermera clínica especializada (ICS) en control y prevención de infecciones y la enfermera práctica especializada (IPS). El propósito original de esta función era fortalecer el sistema de salud y aumentar el acceso a la atención. Incluso hoy en día, estos aspectos son temas importantes para la red de salud. Las enfermeras de la práctica avanzada desempeñan un papel vital en la seguridad y la calidad de la atención. Estas personas influyen en la atención directa al paciente, la práctica de las enfermeras y la organización de la atención en una especialidad clínica específica (5). Las enfermeras que ejercen en práctica avanzada se crean con el objetivo de satisfacer las complejas necesidades de salud de los canadienses en una variedad de entornos y contribuir al desarrollo e implementación de un sistema de salud sostenible y eficaz.

Objetivo

Revisión del funcionamiento de la enfermería práctica avanzada en Canadá, específicamente en Quebec, esto con el objetivo de tener una visión sobre el logro que las enfermeras han podido lograr en autonomía e identidad profesional, para motivar a que países de bajo desarrollo como los de América Latina, (que no están lejos de formar profesionales de enfermería calificados), puedan implementar la enfermería de práctica avanzada y mejorar los servicios y acceso al sistema de salud, sensibilizando a la parte médica de la labor importante que ejerce el profesional de enfermería, el aporte a la práctica profesional y al cuidado de los pacientes, gracias a enfermeras formadas a nivel de maestría, doctorados y post-doctorados.

Enfermería Práctica Avanzada (EPA)

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), define una enfermera con práctica avanzada como "la enfermera registrada que ha adquirido la base de conocimiento experto, habilidades de toma de decisiones complejas y las competencias clínicas para la práctica expandida, cuyas características están determinadas por el contexto y/o el país en el que él/ella está acreditado para ejercer. El grado de Maestría es el nivel de entrada recomendado" (5). La práctica clínica que implica la atención directa e indirecta de los pacientes y sus familias, grupos, comunidades o poblaciones es el principal objetivo de las funciones de la EPA. Además de la práctica clínica, tienen otras responsabilidades como la educación de enfermeras y otros profesionales de la salud, la práctica basada en la evidencia y la investigación, liderazgo en la organización y desarrollo profesional (6,7). Es el efecto combinado de estas responsabilidades y múltiples tareas de la EPA lo que conduce a la innovación y a la mejoría en el cuidado de la salud (8). El interés acentuado por estos roles de la EPA es impulsado en el contexto de país y a nivel de las organizaciones. A nivel internacional, esto ha dado lugar a cierta confusión acerca de lo que constituye el papel de EPA y una plétora de nombres para este tipo de funciones. Una encuesta internacional identificó 52 títulos diferentes del rol de la EPA, tales como el especialista en enfermería clínica (CNS), enfermera de práctica clínica (NP), enfermera con práctica avanzada, enfermera especialista, consultante enfermera, enfermera partera y enfermera anestesista, entre otros (9). De estos títulos CNS y NP son los más comunes (10,11). Sin importar el tipo, algunas características comunes de los papeles de la EPA han sido identificadas tales como: provenir de un programa educativo acreditado diseñado para producir enfermeras con práctica avanzada y con licencia oficial de práctica, registro, certificación y acreditación (6). En función de los mecanismos de regulación específicos de cada país, las enfermeras con práctica avanzada pueden tener un mayor alcance de la práctica con la protección de título y la autoridad legal para diagnosticar, prescribir medicamentos y tratamientos, derivar a los pacientes a otros profesionales de la salud, y admitir a los pacientes en el hospital. La forma en que las ICS e IP implementan sus funciones es muy variable y depende de las necesidades de salud de la población y los escenarios de salud. En general, las CNS tienen un conocimiento en profundidad de un área especializada de la práctica de enfermería y tienen el mismo ámbito de la práctica de una enfermera registrada. Además, la atención de los pacientes tiene mayores responsabilidades de enfermería y de mejora de los sistemas de salud tales como el liderazgo, la educación y la promoción de la práctica basada en la evidencia (10). Las enfermeras de práctica clínica (NP) tienen un mayor alcance que por lo general incluye la evaluación avanzada de la salud, la enfermedad, prevención de lesiones, manejo terapéutico y tienden a utilizar más de su tiempo en proporcionar atención directa al paciente (11).



Las funciones de la EPA se encuentra en diferentes etapas de desarrollo entre los países y los mecanismos para la regulación y la identificación de las enfermeras con ese papel no son claras, hacen que sea difícil controlar y realizar un seguimiento de los patrones de práctica. De acuerdo con el CIE (12), 70 países tienen o están interesados en la introducción de las funciones de la EPA. Una encuesta internacional ha documentado los diferentes papeles de la EPA en al menos 38 países (13). Los expertos en salud perciben estos esfuerzos para definir los roles de la enfermería como contribución, eficiencia y rentabilidad del sistema de la salud, ya que "ejercer un campo de forma óptima significa obtener la mejor formación para ser eficaz en diferentes roles y con habilidades de otros profesionales" (14). Respecto al papel de la enfermera, "al realizar evaluaciones detalladas del estado y las necesidades del cliente, las enfermeras usan su conocimiento y sus capacidades con la reflexión crítica en la toma de decisiones, para comprender e interpretar todos los datos y la información de cada paciente y hacer la evaluación del estado mental y físico del mismo" (15). "Este el monitoreo que permite a las enfermeras reconocer las complicaciones e intervenir para reducir los riesgos y los costos para el sistema de salud" (16).

Los cuidados de enfermería y práctica avanzada: Contexto Canadiense

La población canadiense, sus necesidades y expectativas de atención en salud, están en constante evolución. Los responsables políticos, empresarios y empleadores del área de la salud, reconocen la necesidad de ofrecer mejores servicios, mejor atención médica (atención centrada en la persona y en la familia) y mayor valor para satisfacer la nueva realidad intentando alinear el tamaño, la composición, la distribución, las habilidades, el desempeño y las responsabilidades de su personal en salud con el fin de cubrir las necesidades de la población. Esta realineación es alimentada en parte por una población cada vez más diversa, en presencia de enfermedades en salud mental y adicciones, así como el aumento de las tasas de enfermedades crónicas. Este fenómeno ocurre en un contexto donde las nuevas tecnologías y modalidades tratamiento, los costos

de atención de la salud están en aumento y hay un desempeño deficiente del sistema de salud, incluido el acceso a la atención médica (21).

Historia

Los comienzos del rol de enfermería profesional en Canadá fue en el año 1960, casi al mismo tiempo que nuestros vecinos del sur (Estados Unidos de América), con una nueva necesidad de apoyar a la profesión médica, pero la legislación aún no estaba vigente. Se buscaba que las enfermeras brindaran atención en áreas rurales o remotas donde la presencia médica era escasa, especialmente al norte de Canadá; estas enfermeras fueron pioneras de práctica avanzada (22).

En 1967, el primer programa de capacitación pareció satisfacer la necesidad de apoyar la parte médica, especialmente en áreas rurales, donde no había fácil acceso a los servicios médicos. Este primer programa fue establecido en la Universidad Dalhousie en Halifax, Nueva Escocia (23, 24). En 1971, se abrieron otros programas de enfermería; en la Universidad de Montreal y en la Universidad McMaster, Ontario. En 1972, las universidades de Alberta, Manitoba, Western Ontario, Toronto, McGill y Sherbrooke también abrieron un programa ampliado de educación en enfermería. Posteriormente, la Universidad de Columbia Británica y la Universidad Memorial (Terranova) siguieron la misma tendencia (25). Estos eran todos los programas de pregrado para obtener un certificado o una licenciatura. La capacitación fue pensada como una contribución del conocimiento para desarrollar la autonomía para trabajar en áreas rurales o para hacer una práctica más orientada a la familia "enfermera de familia" (25,26).

A finales de la década de los 80, se introdujo un nuevo rol de enfermera de práctica avanzada en Ontario, en las unidades de cuidados intensivos neonatales, para abordar la reducción del número de residentes pediátricos (25). Al mismo tiempo, a principios de la década de 1990, una nueva escasez de médicos, incluso en áreas urbanas, reavivó la necesidad por el papel de las IP. En 1995, Ontario comenzó un programa de educación universitaria para IP, pero esta vez en el segundo ciclo. Fue en 1998 que la misma provincia legalizó el papel de la enfermera práctica y estableció un campo de práctica (25). Al mismo tiempo, varias provincias canadienses comenzaron a establecer reglas de práctica y capacitación supervisada para enfermeras practicantes (27), como Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Terranova y Nueva Escocia. Poco a poco, las otras provincias seguirían las mismas pistas.

Hoy en día, en todo Canadá, las enfermeras de EPA, están desarrollando su función y ganando cada vez más autonomía para brindar al público una atención médica que satisfaga sus necesidades. Son un apoyo innegable a la profesión médica. En la mayoría de las provincias canadienses, tienen derecho a realizar y comunicar un diagnóstico a comenzar un tratamiento para una enfermedad crónica, a prescribir exámenes de imágenes médicas, análisis de laboratorio, radiografías, medicamentos y tratamientos (27). También pueden

realizar técnicas invasivas, ofrecer cuidados a una población con diversos problemas de salud y de todas las edades.

Tipos de enfermería de práctica avanzada en Canadá

- Enfermera clínica especializada (ICS Infirmière clinicienne spécialisée): Es una enfermera registrada con conocimientos y habilidades avanzadas en la práctica de enfermería para tomar decisiones complejas, tener un título de maestría o doctorado en enfermería y tener experiencia en una especialidad de enfermería clínica. Es un agente de cambio que aporta valor a los clientes, entornos de práctica y organizaciones para mejorar la seguridad, promover resultados de salud positivos y reducir costos.

- Enfermera práctica (IP Infirmière praticienne): Es una enfermera registrada con capacitación y experiencia preparatoria adicional, que posee y demuestra las habilidades necesarias para diagnosticar, prescribir e interpretar pruebas de diagnóstico, prescribir medicamentos y realizar ciertos procedimientos médicos específicos en su ámbito de práctica previsto por la ley, todo de forma autónoma.

Situación en Québec

La práctica avanzada de enfermería es un término general que describe los niveles avanzados de la práctica clínica de enfermería, que maximiza el uso del conocimiento de los graduados, el conocimiento profundo de enfermería y la competencia demostrada para satisfacer las necesidades de salud de individuos, familias, grupos, comunidades y poblaciones en el campo de la salud (17). El propósito de esta función era fortalecer el sistema de salud y aumentar el acceso a la atención. Incluso hoy en día, estos aspectos son temas importantes para la red de salud. Las enfermeras que ejercen en la práctica avanzada desempeñan un papel vital en la seguridad y la calidad de la atención. Estas personas influyen en la atención directa al paciente, la práctica de las enfermeras y la organización de la atención en una especialidad clínica específica (18).

Es gracias a las enfermeras de práctica avanzada, y la transferencia de conocimientos que se realiza a los miembros de la profesión de enfermería y otras partes interesadas, se puede brindar atención más actualizada a las personas de Quebec, según resultados convincentes, las enfermeras de práctica avanzada también son una influencia sobre el sistema de salud en múltiples niveles. Las enfermeras generan un gran impacto en la población, en la organización de la atención y hacen parte fundamental en la colaboración interprofesional (19).

Todos los beneficios que ofrece la enfermería de práctica avanzada se traducen en un acceso más fácil a la atención, un aumento en la tasa de supervivencia de los pacientes, la mejora general en la calidad de la atención, el desarrollo de las habilidades y credibilidad de las enfermeras, integración de resultados concluyentes en la práctica clínica y una mejora significativa en la rentabilidad en el sistema de salud (20).

En resumen, estos ejemplos solo confirman el papel crucial que desempeñan las enfermeras de práctica avanzada en nuestro sistema de salud. Todos estos factores tienen efectos beneficiosos innegables en la organización de la atención y la mejora de la colaboración interprofesional.

Como se describe en la historia de la enfermera practicante en Canadá, a principios de los años 70 se encontraron programas de capacitación para una práctica de enfermería ampliada en Quebec (26). Posteriormente, sin un título legal y un campo de práctica bien establecido, estas enfermeras practicaban esencialmente en el extremo norte de Quebec, donde faltaba la presencia médica. Estas enfermeras tenían que tener la máxima autonomía, ingenio y conocimientos para responder a diversos problemas de salud, con asistencia médica a menudo a cientos de kilómetros de su lugar de práctica (26).

Para el año 2000 se marca el comienzo del trabajo para establecer el papel de la enfermera practicante o clínica (IP infirmière Practicienne) en Quebec. A diferencia de otras provincias canadienses y de otros países, allí desarrolló el papel en la especialidad desde el inicio de la capacitación de estas enfermeras, en comparación con una capacitación más general en la que la IP tiene la oportunidad de especializarse durante la práctica. Para hacer esto, en Quebec, las enfermeras se denominarían enfermeras prácticas especializadas (IPS). Los objetivos principales de crear las IPS y líneas de especialización fueron, por un lado, aumentar la accesibilidad al sistema de salud y aumentar la calidad y la continuidad de la atención, y por otro lado, reducir los costos del sistema de salud. Las tres especialidades que surgieron son cardiología, neonatología y nefrología (30).

Actividades reservadas a una enfermera a título de IPS según la Ley 90a

La enfermera práctica especializada (IPS), es una enfermera registrada que al completar un título de posgrado (maestría en enfermería) comprendida por 45 créditos entre teoría y práctica y finalizado el programa, debe presentar un examen que le permita ejercer a título de IPS en Quebec (29).

Para poder realizar estudios en el programa IPS, la candidata debe tener una licenciatura en enfermería y haber practicado como enfermera en el campo de estudio elegido durante al menos dos años (tiempo completo o equivalente). Posteriormente, el candidato realiza una formación universitaria de posgrado y obtienen una maestría en enfermería práctica avanzada y un título complementario en ciencias médicas según la opción elegida (cardiología, neonatología, nefrología, atención primaria, cuidado al adulto, cuidados pediátricos y salud mental). El programa de dos años comienza con una capacitación teórica de un año y medio y una pasantía de 6 a 8 meses, según la especialidad (29).

La enfermera practicante trabaja en asociación con el cliente y su familia porque cada persona es única, su presencia en el sistema de salud mejora el acceso a

la atención. En resumen, el profesional de enfermería evalúa y apoya la salud de la persona en general. Para hacer esto, ella puede prescribir y administrar el tratamiento a personas de todas las edades y de todos los ámbitos de la vida (30).

Una enfermera práctica especializada, es una enfermera que brinda un enfoque holístico y sinérgico para brindar atención médica y de enfermería que satisfaga las complejas necesidades de los pacientes y sus familias en un área de especialidad, teniendo en cuenta su experiencia en salud. Para hacer esto, se debe tener experiencia en un área clínica especializada que se basa tanto en la sólida experiencia en el campo como en la capacitación de graduados en enfermería y ciencias médicas (31).

Proyección de las IPS en Quebec

Actualmente en Quebec ejercen 500 enfermeras prácticas especializadas IPS. Según un artículo publicado en la Presse en febrero de 2019, se menciona que: "Quebec se está modernizando al permitir que los pacientes recurran a las IPS comúnmente llamadas "super enfermeras" cuando se enfrentan a enfermedades crónicas y problemas de salud comunes, sin tener que hacer que un médico valide el diagnóstico. El Colegio de Médicos de Quebec ha demostrado su flexibilidad para permitir que las enfermeras especializadas (IPS) realicen ciertos actos previamente reservados para los médicos (32).

La resolución aprobada días anteriores a la publicación, por la junta directiva del Colegio de Médicos, propone permitir a la IPS diagnosticar problemas de salud comunes específicos y seis enfermedades crónicas (32). Tales como: diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e hipotiroidismo. Estas enfermeras podrán diagnosticar el problema, iniciar el tratamiento e iniciar el seguimiento. "Siempre pueden derivar al paciente a un médico cuando sea necesario, un poco como lo que ya se hace cuando un médico de familia solicita una consulta con un especialista para su paciente", dice el Dr Mauril Gaudreault, presidente del colegio de médicos de Quebec. Esto es una gran noticia para las IPS en Quebec, quienes van ganando aún más terreno y autonomía en su campo de ejercicio profesional (32).

Conclusiones

El ejercicio de enfermería en práctica avanzada es un rol crucial para la profesión, que permite mejorar los servicios y el acceso a la salud de forma rápida y eficaz, permitiendo aún más el trabajo colaborativo e interprofesional entre enfermeras y médicos, como aporte al cuidado de los pacientes (33,34).

La cobertura universal de salud depende de la financiación adecuada, que es difícil lograr en todos los países, pero especialmente aquellos con ingresos bajos y medios, debido al aumento de los costos de salud.

Varias revisiones han demostrado que las enfermeras

que ejercen en práctica avanzada (EPA) son profesionales de atención de salud seguros y eficaces que pueden reducir gastos a través de corta estancia hospitalaria y reducir reingresos hospitalarios para los ancianos y los pacientes en transición del hospital al hogar (35), un menor número de exámenes y reducción de consultas clínicas y visitas al servicio de urgencias para pacientes con cáncer; y menor costo de consulta para los pacientes en atención primaria (34). En relación a la mejor combinación de tipos de personal, como sustitutos de otros profesionales (por lo general médicos) para hacer frente a la escasez de personal, las EPA logran mejores resultados y buena satisfacción para la atención de pacientes tanto hospitalizados como ambulatorios y para cuidados de transición (36,37).

En Canadá, se ve un gran avance en el ejercicio profesional en enfermería de práctica avanzada, donde las enfermeras tienen autonomía profesional y trabajan firmemente en colaboración con el equipo médico e interdisciplinario. Sin embargo, en Quebec, aún falta un poco más de autonomía e independencia profesional.

Esperemos que las formaciones teóricas y prácticas que tienen las enfermeras actualmente en América Latina, quienes profesionalmente cuentan, en algunos casos, con formaciones en maestría, doctorado y posdoctorados, en un futuro puedan tener la autonomía a la altura de sus competencias, siempre con el fin de ofrecer cuidados holísticos y de calidad a toda la comunidad.

Testimonio candidata enfermera práctica especializada (IPS) de origen Colombiano

"Desde de mi llegada a Quebec en el 2014, comencé un exigente camino hacia mi total integración como enfermera en el sistema de salud de la provincia. Una trayectoria que fue altamente favorecida gracias a una base científica y práctica sólida, adquirida en mi país de origen, Colombia. A lo largo de mi experiencia profesional, he podido constatar la necesidad de ejercer como enfermera en práctica avanzada, que me permita liderar la calidad del cuidado, mejorar el acceso oportuno de las personas al sistema de salud, y contribuir a la evolución de la profesión por medio de la investigación.

Mi pasión e interés por continuar mi formación profesional hacia el ejercicio de enfermería en práctica avanzada, me han llevado a atravesar exitosamente por un riguroso proceso de admisión en el programa

de maestría en enfermería especializada en cuidado al adulto (NP, "Nurse Practitioner") en la Universidad de Montréal. Gracias a nuevos conocimientos y aptitudes profesionales, el título de "NP" me permitirá aplicar cuidados de enfermería de alta complejidad según una base científica actual, en constante colaboración multidisciplinaria. Igualmente, estaré en la capacidad de emitir intervenciones diagnósticas y terapéuticas basadas en un pensamiento científico y crítico. Finalmente, mi capacidad de liderazgo me permitirá acompañar al equipo de enfermería y otras disciplinas en la optimización del cuidado según las necesidades de la población; promover la formación continua hacia una práctica segura y humana; y participar en proyectos de investigación que favorezcan la calidad del cuidado y la evolución de la enfermería como disciplina.

Desde una óptica general, considero que los enfermeros inmigrantes poseemos una gran riqueza en conocimientos y habilidades que aportan un gran valor a los equipos de salud en Quebec. Está en nosotros, despertar nuestro interés crítico y continuar nuestra formación hacia el perfeccionamiento de la práctica y el cuidado".

Diana Jiménez, egresada de la Universidad de La Sabana, enfermera clínica Hospital Neurológico de Montreal

REFERENCIAS

- Martin-Misener R, Harbman P, Donald F, Reid K, Kilpatrick K, Carter N, et al. Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. *BMJ Open*. 2015;5(6). DOI: 10.1136/bmjopen-2014-007167
- Swan M, Ferguson S, Chang A, Larson E, Smaldone
- Tremblay, L. Pratique infirmière avancée: Portrait québécois par Lucy Tremblay. OIIQ. <https://www.oiiq.org/en/pratique-infirmiere-avancee-portrait-quebecois-par-lucie-tremblay> septiembre 2017.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. Cadre de pratique des infirmières et infirmiers du Canada, 2015. Pag 3.
- Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., et O'Grady, E. T. (2014). *Advanced practice nursing: An integrative approach* (Se éd.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
- International Council of Nurses [Internet]. Definitions and Characteristics of the Role Geneva: ICN; 2001- 2016. Access May 15, 2016. Available from: [http:// international.aanp.org/Practice/APNRoles](http://international.aanp.org/Practice/APNRoles).
- Dowling M, Beauchesne M, Farrelly F, Murphy K. Advanced practice nursing: a concept analysis. *Int J Nurs Practice*. 2013;19(2):131-40. DOI: 10.1111/ijn.12050.
- Mantzoukas S, Watkinson S. Review of advanced nursing practice: the international literature and developing the generic features. *J Clin Nurs*. 2007;16(1):28-37. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2006.01669.x
- International Council of Nurses [Internet]. The Scope of Practice, Standards and Competencies of the Advanced Practice Nurse Geneva: International Council www.eerp.usp.br/rlae Bryant-Lukosius D, Valaitis R, Martin-Misener R, Donald F, Morán Peña L, Brousseau L. 9 of Nurses; 2008 Access Jun 15, 2015. Available from: <http://www.icn.ch/shop/en/publications/52-apn-scopeof-practice-standards-and-competencies.html>.
- Heale R, Rieck Buckley C. An international perspective of advanced practice nursing regulation. *Int Nurs Rev*. 2015;62(3):421-9. DOI: 10.1111/inr.12193
- Delamaire ML, Lafortune G. Nurses in Advanced Roles: Description and Evaluation of Practices in 13 Developed Countries. Geneva; 2010. n. 54.
- Schober M. Global perspectives on advanced nursing practice. In: Joel L, editor. *Advanced Practice Nursing: Essentials for Role Development*. 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2013. p. 71-104.
- Lewandowski W, Adamle K. Substantive areas of clinical nurse specialist practice: A comprehensive review of the literature. *Clin Nurse Specialist*. 2009;23(2): 73-90. DOI: 10.1097/NUR.0b013e31819971d0.
- Dowling M, Beauchesne M, Farrelly F, Murphy K. Advanced practice nursing: a concept analysis. *Int J Nurs Practice*. 2013;19(2):131-40. DOI: 10.1111/ijn.12050.
- Nelson, S., Turnbull, J., Bainbridge, L., Caulfield, T., Hudon, G., Kendel, D., ... Sketris, I. (2014). *Optimisation des champs d'exercice: de nouveaux modèles de soins pour un nouveau système de soins de santé*. Ottawa : Académie canadienne des sciences de la santé.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2002). *Guide de discussion – la contribution unique de l'infirmière*. Ottawa : auteur.

16. Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2007). Cadre de pratique des infirmières et infirmiers au Canada. Ottawa : auteur.
17. Rassy, J. Expertise infirmière en péril : qu'advient-il des infirmières en pratique avancée?. Tomado de: https://www.oiiq.org/en/search?p_id=SearchPortlet&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_SearchPortlet_mvcPath=%2Fcontent%2Fnopage.jsp&_SearchPortlet_assetEntryId=390861&_SearchPortlet_type=content&inheritRedirect=true
18. Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., et O'Grady, E. T. (2014). Advanced practice nursing: An integrative approach (5e éd.). St. Louis, MO : Saunders Elsevier.
19. Durand, S., et Laflamme, F. (2016). Pratique infirmière avancée. Réflexion sur le rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée. Montréal, QC : OIIQ.
20. Byrne, M., Schroeter, K., et Mower, J. (2010). Perioperative specialty certification: The CNOR as evidence for Magnet excellence. AORN Journal, 91(5), 618-622. DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2009.12.027>
21. Maier C., L. Aiken L. et Busse R. (2017). « Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, No 98, OECD Publishing, Paris <http://dx.doi.org/10.1787/a8756593-en>
22. Association des infirmières et infirmiers du Canada/Canadian Nurses Association. (2009). Énoncé de position : L'infirmière praticienne. AIIC-CNA : Auteur. Extrait le 10 JUIN 2019 de l'adresse http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/ps_nurse_practitioner_f.pdf?la=fr.
2. B
23. Bureau de la politique des soins de santé : Santé Canada (2006). Questions de soins infirmiers : Infirmières et infirmiers praticiens des soins de santé primaires. Ottawa : Auteur. Extrait le 10 JUIN 2019 de l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/nurs-infirm/onp-bpsi-fs-if/2006-np-ip-fra.php>.
24. Kaasalainen, S., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., Harbman, P., Bryant-Lukosius, D., Donald, F., Carter, N. & DiCenso, A. (2010). A Historical Overview of the Development of Advanced Practice Nursing Roles in Canada. Nursing Leadership, 23(Special Issue); 35-60. Extrait le 12 JUIN 2019 de l'adresse <http://www.longwoods.com/content/22268>
25. Association des infirmières et infirmiers du Canada/Canadian Nurses Association. (2009). Énoncé de position : L'infirmière praticienne. AIIC-CNA : Auteur. Extrait le 13 mars 2015 de l'adresse http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/ps_nurse_practitioner_f.pdf?la=fr
26. Kaasalainen, S., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., Harbman, P., Bryant-Lukosius, D., Donald, F., Carter, N. & DiCenso, A. (2010). A Historical Overview of the Development of Advanced Practice Nursing Roles in Canada. Nursing Leadership, 23(Special Issue); 35-60. Extrait le 11 JUIN 2019 de l'adresse <http://www.longwoods.com/content/22268>
27. Association des infirmières et infirmiers du Canada/Canadian Nurses Association. (2005). The Regulation and Supply of Nurse Practitioners in Canada. AIIC-CNA : Auteur. Extrait le 12 JUIN 2019 de l'adresse http://www.ipenfin.ca/docs/tech-report/section4/06_HHR_AppendixE.pdf
28. Association des infirmières et infirmiers du Canada/Canadian Nurses Association. Pratique infirmière avancée. Extrait le 12 juin 2019 de l'adresse: <https://www.cna-aiic.ca/fr/pratique-soins-infirmiers/la-pratique-des-soins-infirmiers/pratique-infirmiere-avancee>
29. AISPQ. Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec. Qu'est ce qu'une IPS. Pris de: <https://aipsq.com/infirmieres-praticiennes-specialisees/qu-est-ce-qu-une-ips> Juin 14, 2019.
30. Assemblée Nationale. (2002). Projet de loi no 90 : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé; article 36.1. Québec : Auteur. Extrait le 13 mars 2015 de l'adresse <http://www.ooaqc.ca/ordre/lois-reglements/doc-lois/loi-90.pdf>
31. Lignes directrices sur les modalités de la pratique de l'infirmières praticienne spécialisée. (2006). OIIQ-CMQ : Auteur. Extrait le 12 février 2015 de l'adresse <http://www.cmq.org/MedecinsMembres/ActivitesPartageables/~media/Files/Lignes/Lignes%20IPS%20generale%202006.pdf?31511>
32. Les "super-infirmières" pourrions poser des diagnostics. La presse Canad. Feb 2019 Prise de: <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201902/23/01-5215871-les-super-infirmieres-pourront-poser-des-diagnostics.php> 16 Junio 2019.
33. Donald F, Kilpatrick K, Reid K, Carter N, BryantLukosius D, Martin-Misener R, et al. Hospital to community transitional care by nurse practitioners: A systematic review of cost-effectiveness. Int J Nurs Stud. 2015;52(1):436-51. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.07.011.
34. Morilla-Herrera JC, Garcia-Mayor S, Martin-Santos FJ, Kaknani Uttumchandani S, Leon Campos A, Caro Bautista J, et al. A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. Int J Nurs Stud. 2016;53:290-307. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.10.010.
35. Bryant-Lukosius D, Carter N, Reid K, Donald F, MartinMisener R, Kilpatrick K, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care: a systematic review. J Eval Clin Practice. 2015;21(5):763-81. DOI: 10.1111/jep.12401
36. Newhouse RP, Stanik-Hutt J, White KM, Johantgen M, Bass EB, Zangaro G, et al. Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. Nurs Econ. 2011;29(5):230.
37. Bryant-Lukosius D, Cosby R, Bakker D, Earle C, Burkoski V. Practice Guideline on the Effective Use of Advanced Practice Nurses in the Delivery of Adult Cancer Services in Ontario [Internet]. Toronto: Cancer Care Ontario; 2015. Evidence-Based Series #16-4. Access Jun 30, 2016. Available from: <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=340702> 60. Kilpatrick K, Reid K, Cart

VENNA

UNA EXPERIENCIA DE CUIDADO DIFERENTE

Edna Natalia Casallas Ibáñez *

Al leer el artículo titulado "La enfermera transcultural y el desarrollo de la competencia cultural, de Castrillón, Chamadoira (2015)" (1), reflexioné sobre mi práctica como profesional de enfermería. Recordé una experiencia de cuidado aquella noche decembrina donde todos buscaban estar con sus familiares. Otros se encontraban tristes por estar en una cárcel blanca a miles de kilómetros de quienes los aman. Al ingresar a la habitación lo primero que pude percibir fue el olor a especias como el azafrán que me transportaron a la cálida India, en las mesas se evidenciaban bolsas de comida contramarcadas en letras hindú y un termo lleno de té color café el cual se obtiene al mezclarse leche con té verde proveniente de la India. Al levantar mi mirada pude visualizar a Venna, una mujer de piel morena, ojos grandes, que irradia ternura de primer impacto; solía vestir muy elegante siendo digna representante de su país.

Recuerdo que solía llevar en su frente un punto rojo entre sus cejas a lo cual ella llamaba bindi, vestía un *kameez* y *salwar*¹ este tipo de vestido era de color naranja, lo cual me recordó la alegría que irradia los bailes de Bollywood típicos de la India; sin embargo la alegría de su vestimenta era un contraste con facies de tristeza y desasosiego por su condición actual de salud, este estado correspondía a la descompensación de una diabetes que había afectado su pie derecho, el cual poseía una lesión ya en resolución, sin embargo a causa de sus elevados niveles de glucosa en sangre no había podido ser dada de alta y se evidenciaba su impotencia al no poderse comunicar ya que únicamente hablaba inglés, hindú y francés.

Al ingresar a la habitación sentí cierta emoción al poder compartir con la señora Venna, me sentí conmovida porque se encontraba en un país ajeno al suyo con un idioma, costumbres y necesidades distintas al nuestro en donde solo podían ser plasmadas a través del idioma que hoy día es considerado universal : "el aclamado inglés".

Recuerdo que esa noche estaba en mis labores cotidianas de trabajo cuando sonó el llamado de enfermería. Al ingresar a la habitación estaba ella llorando, totalmente aterrorizada porque estaba sola en su habitación y su esposo había ido por comida a casa. Me acerqué y le pregunté cuál era la razón de su llanto, a lo que respondió "Me siento sola y preocupada porque mi hijo en New York tiene una cirugía mañana y yo no puedo cuidar de él por estar encerrada en esta cárcel blanca"². De allí me percate de su impotencia ante su estado de salud, la lejanía de su familia y la soledad que estaba viviendo. Ella, en su angustia no soltaba mi mano, la sostenía fuertemente y me dijo que me quedará con ella hasta que su esposo llegará.

En ese momento entendí que ella necesitaba de alguien que la escuchará y acompañará en su momento de angustia así que solo sostuve su mano y deje que hiciera un poco de catarsis acerca de su situación, le explique las diferencias culturales que existen entre India y Colombia.

* Enfermera profesional. Enfermera hospitalización 4 piso. Correo electrónico: ednacaib@gmail.com

1 Es una túnica de manga larga que llega hasta la rodilla y el "salwar" un pantalón ancho ajustado en los tobillos

2 El color blanco en la India lo llevan las viudas cuando están de luto y lo relacionan a una vida contemplativa después de la muerte

Le sostuve su mano durante aproximadamente 15 minutos, le dio un pañuelo para limpiar sus lágrimas y le dije: "Tiene una enfermera en su habitación pero también una amiga con la que puede contar quien a su vez le ayudaría en lo que fuera posible", a lo cual ella me sonrió, su respiración se hizo más suave, relajo sus hombros y paro de llorar. En ese momento sonó su celular, su esposo había llegado, salto de emoción y volvió a darme otra sonrisa que nunca antes había visto. Salí de la habitación a abrirla a su amado quien llevaba en su mano te hindú y comida para su esposa, con aquel aroma típico a cúrcuma que abre el apetito de quienes lo perciben. A su encuentro ambos se sonrieron, se abrazaron y pude ver una pequeña muestra de la cultura hindú, donde ella le da su primer trozo de comida a su esposo para luego comer ella, aquella escena me recordó las películas tipo bollywood donde en la celebración "Diwale" la mujer guarda ayuno por la salud de su esposo y le brinda su primer trozo de comida al anunciar el año nuevo.

Pasadas las horas en la madrugada alrededor de las 5:00 am escuche canticos en hindú, al acercarme a la habitación sin abrir la puerta la escuche cantando y practicando meditación en horas de las mañana antes de que su esposo se fuera a trabajar. Esto me alegro tanto el ver que ella ya no estaba triste sino sentía ánimo para reflexionar y seguir adelante en su recuperación. Al terminar mi jornada entre a su habitación para despedirme, me recibió con una gran sonrisa tierna en su rostro y amabilidad con aquella sencillez que caracteriza a los hindú.

De esta experiencia aprendí y entendí que la complejidad del ser humano debe analizarse como un ser holístico que necesita ser comprendido en todas sus dimensiones como lo es la cultura y factores psicosociales, donde el rol de enfermería es fundamental en la recuperación del paciente lo cual hace una mirada diferente en el ámbito de la salud. Cambió mi perspectiva de cuidado donde las necesidades patológicas no son el único estímulo en un paciente sino su rol social y emocional, la empatía y claridad de la información modifican el estado de salud de una persona hasta lograr entablar una amistad especial con un paciente que antes de serlo es una persona.

Referencia bibliográfica

1. Castrillón Chamadoira, E. (2015). La enfermera transcultural y el desarrollo de la competencia cultural. Cultura de los cuidados (edición digital), 19,42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.11>



ALLEGRO COLOMBIA, LA MÚSICA COMO COMPAÑERA DE VIDA

"El poder de la música para integrar y curar es fundamental. Es el medicamento no químico más poderoso que existe"

Oliver Sacks (1)

María Isabel Quintero Restrepo¹

El mundo y la vida, sus seres, están inmersos en límites y barreras de todo tipo y condición. La edad, la profesión, de dónde somos, los gustos, la salud su ausencia o presencia, el tiempo, las creencias, los deseos y situaciones o circunstancias que muchas veces aíslan. Sin embargo, existe un lugar sin tiempo ni espacio en el cual podemos coincidir, un universo al cual tenemos acceso inmediato, la música. Poderosa herramienta que conecta sin falla a cualquier época y puente magistral que lleva certeramente a cualquier lugar, la música invita siempre a transitar por el particular mundo de las emociones, territorio en el cual pueden desvanecerse muchas de las murallas que en la cotidianidad esclavizan. Y es precisamente esta invaluable virtud el motor, alma y fundamento de Allegro Colombia, un programa de acompañamiento musical creado por Felipe Gómez Arbeláez en 2015, que busca potenciar el inmenso poder de la música como generadora de bienestar en el complejo ámbito hospitalario. Tanto pacientes como sus familiares, el cuerpo médico y demás integrantes de la comunidad participan gracias a esta iniciativa de la interpretación de música en vivo, que tiene lugar en la Fundación Santa Fe de Bogotá, Fundación Cardio Infantil IC, Fundación Clínica Shaio y Clínica del Country.

A lo largo de estos años de actividades, Allegro Colombia se ha establecido como una plataforma estable que canaliza, organiza, gestiona y administra de manera permanente el acompañamiento musical, con base en Music Practitioners, práctica avalada y reconocida a nivel mundial que pertenece a la esfera de Community Music, disciplina que se aplica en numerosos hospitales en Europa, Australia y Estados Unidos. Los fundamentos, lineamientos, beneficios, efectos, seguimiento y resultados de esta práctica han sido ampliamente expuestos en revisiones sistemáticas de Cochrane (2), principalmente en las últimas décadas. A diferencia de la musicoterapia, que busca incidir de manera directa en la salud física, mental y/o emocional de los pacientes por medio de múltiples modelos y estrategias, la práctica de Music Practitioners se realiza durante un momento específico de la estancia hospitalaria con la interpretación de música en vivo, dejando la responsabilidad del efecto natural de la música en los propios oyentes.

¹ Músico violonchelista con énfasis en Pedagogía Instrumental, Conservatorio de Música, Universidad Nacional de Colombia.

* Coordinadora general Allegro Colombia, mariaisabelq@yahoo.com

En la práctica, Allegro Colombia surte su nómina de músicos a través del voluntariado, programa rotativo que permite a estudiantes de música, jóvenes profesionales y destacados músicos activos en la incesante agenda cultural de la ciudad, la posibilidad de ofrecer su talento y tiempo de manera que, hasta la fecha, más de 1.500 músicos se han unido a nuestra causa. Este inmenso número también da cuenta del alcance que el programa ha logrado en el ámbito particular de los músicos, además de ofrecer la posibilidad de ejercer el oficio con un propósito diferente al meramente artístico, enriqueciendo profunda y significativamente el sentido original y la motivación de ser músico.

Habiendo sido descritos los detalles de nuestra historia, considero fundamental insistir en el papel de la música como una disciplina que trasciende el ejercicio profesional, en el caso de los intérpretes, y va más allá de ser un elemento simplemente recreativo, considerando a los 'ciudadanos de a pie'. Esto, tras 50 meses de acompañamiento musical ininterrumpido, tiempo y experiencia tras los cuales podemos concluir que la música vincula a personas de manera directa y genuina, a niveles que muy probablemente solo es posible alcanzar en el instante mismo en el que la música transcurre.



En conclusión podemos afirmar, plenos de satisfacción, que han sido muchos, ya incontables, los vínculos a través de la práctica de Allegro Colombia se han dado entre personas desconocidas que se encuentran en torno a la música, esa que acompaña, alivia, sorprende, conmueve, alienta, despide y celebra. Esperamos continuar nuestra labor conquistando más espacios para el encuentro de las almas en la música.

Referencia bibliográfica

1. Neurólogo y escritor británico. (1933-2015)
2. Organización sin ánimo de lucro que reúne a un grupo de investigadores de ciencias de la salud, de más de 11.500 voluntarios en más de 90 países, que aplican un riguroso y sistemático proceso de revisión de las intervenciones en salud.



“TRANSFORMAR EL NIVEL DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA, ES POSIBLE”



Fundación
Santa Fe de Bogotá

Calle 119 No. 7-75, Teléfono: 603 03 03 extensión 5129
Bogotá, D.C., Colombia.

Facebook: /fsfb.org
Twitter: @FSFB_Salud