



**Experiencias vividas
por gestantes producto
de fecundación in vitro**

**Narrativa de enfermería:
de frente a la muerte
por una enfermedad
inmunoprevenible**

**Rol de la Enfermería
en el triage avanzado:
una revisión de
literatura**

Actualizaciones en **ENFERMERÍA**

Volumen 21, No.2, 2019
ISSN 2389-8674 (en línea)



Fundación
Santa Fe de Bogotá

Actualizaciones en ENFERMERÍA



Fundación
Santa Fe de Bogotá

DIRECTORA DE ENFERMERÍA

Sandra Marcela Cortés Gómez
Fundación Santa Fe de Bogotá

EDITORA

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
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 ACADEMICOS DE ÉSTA EDICIÓN

Josefina Manosalva Murillo
Facultad de Enfermería.
Universidad Nacional de Colombia

Alejandra María Alvarado García
Facultad de Enfermería y Rehabilitación
Universidad de la Sabana

Sonia Dabeiba Cárdenas Rubiano
Facultad de Enfermería y Rehabilitación
Universidad de la Sabana

Margarita del Carmen Poblete Troncoso
Universidad Católica del Maule
Chile

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. Diciembre 2019 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: Medical Media www.medicalmedia.co





CONTENIDO

editorial:

- 5** La Gestión de enfermería en los diferentes campos del cuidado: un desempeño de valor superior en las instituciones hospitalarias

Trabajo original

- 6** Experiencias vividas por gestantes producto de fecundación in vitro

Artículos de revisión

- 14** La enfermería es un pilar de la innovación en el sector salud

- 19** Rol de la Enfermería en el triage avanzado: una revisión de literatura

Narrativa

- 24** Narrativa de enfermería: de frente a la muerte por una enfermedad inmunoprevenible

Cuidado y cultura

- 28** Del Arte del cuidado de Enfermería al Arte en el cuidado



La Gestión de enfermería en los diferentes campos del cuidado:

un desempeño de valor superior en las instituciones hospitalarias.

A la Enfermería, a través de la historia se le ha asignado exclusivamente el cuidado cercano del paciente, familia y/o cuidador, lo cual ha propiciado el desarrollo de habilidades que generan retos en el cuidado humanizado, como el diseñar nuevas y mejores estrategias para cumplir con las expectativas de los pacientes y que contribuyan a su recuperación y bienestar en salud.

En la actualidad el profesional de enfermería hace presencia en diferentes campos, con el objetivo de ofrecer un cuidado diferenciador que incentive al paciente a tener adherencia a su cuidado y condición de salud, autogestión frente a la enfermedad, pero sobre todo que se empodere de una manera argumentada y hábil en cada una de sus condiciones.

Donde quiera que un profesional de enfermería se desempeñe aportará conocimiento y experiencia al cuidado de los pacientes, familiares y/o cuidadores, esto debido al desarrollo y fomento de habilidades de una cultura del cuidado con empatía, liderazgo, seguridad, compasión y deseo que “el otro esté libre de sufrimiento”.

Cada acción desarrollada con el paciente y su familia son producto del conocimiento, la relación con ellos, las habilidades y las actitudes que se convierten en un acto creativo, dada la individualidad y la exclusividad del trato humanizado.

Dewitt Jones, fotógrafo de National Geographic, nos presenta un hermoso video, donde habla sobre cómo utilizar la creatividad en nuestra vida cotidiana, cambiar problemas por oportunidades, lo cual resulta una premisa para el personal de enfermería en los cuidados de su paciente, familia y cuidador e indudablemente en su vida personal. A pesar de que se pueda decir: “No hay suficiente tiempo, personal y dinero”, todo se debe ver como una oportunidad para ser creativo, es decir, es una cuestión de perspectiva.

“Para hacer la diferencia los principales desafíos a afrontar como profesionales de enfermería incluyen el desarrollo del valor superior y la pasión en cada acción que desarrollemos.”

El mirar con una nueva lente nos permite descubrir oportunidades y desarrollar nuevas formas de intervenir en el cuidado de los que confían en nuestro conocimiento y experticia. El profesional de enfermería no solo aporta desde el cuidado, si no en el desarrollo de nuevas estrategias que fidelizan a los pacientes y las instituciones, lo cual permite indudablemente desenlaces de valor superior, crecimiento y sostenibilidad institucional.

Buscan crear servicios, productos, espacios que creen un impacto positivo en las personas.



Luisa María Luengas Ramírez (PhD)
Jefe de Educación al Paciente y su familia
Especialista en Cuidado Crítico
Doctorado en Educación y medición pedagógica
Black Belt six sigma



Experiencias vividas por gestantes producto de fecundación in vitro

Lived experiences of pregnant women in vitro fertilization product



Angélica María Quevedo Ríos ¹

Lucy Muñoz de Rodríguez ²

Resumen

Objetivo: Describir las experiencias vividas por las mujeres gestantes producto de Fecundación in vitro (FIV) atendidas para su tratamiento en un centro de fertilidad en Bogotá, Colombia. **Metodología:** Estudio descriptivo y cualitativo etnográfico basado en la etnoenfermería propuesto por Madeleine Leininger. El estudio incluyó 12 mujeres gestantes producto de FIV y 10 profesionales de la salud con experiencia en obstetricia. La recolección y análisis de la información se realizó aplicando los facilitadores recomendados por M. Leininger. **Resultados:** Fueron identificados cinco temas que reflejan los factores de la estructura social y cultural del modelo del Sol Naciente. **Conclusiones:** Esta experiencia es vivida en pareja, por las mujeres del estudio, con unos requerimientos de atención humanizada en un contexto familiar presionado por la sociedad y el anhelo de un hijo consanguíneo.

Palabras claves: Embarazo, Fertilización in vitro, acontecimientos que cambian la vida, cultura.

Abstrac

Objective: To describe the meanings of the experiences lived by pregnant women as a result of IVF treated in a fertility center in Bogotá, Colombia. **Methodology:** Ethnographic descriptive and qualitative study based on ethnoengineering proposed by Madeleine Leininger. The study included 12 pregnant women due to IVF and 10 health professionals with experience in obstetrics. The collection and analysis of the information was carried out by applying the facilitators recommended by M. Leininger. **Results:** Five themes were identified that reflect the factors of the social and cultural structure of the Rising Sun model. **Conclusions:** This experience is lived as a couple, by the women of the study, with requirements of humanized care in a family context pressed by society and the wish of offspring consanguineous.

Keywords: Pregnancy, Fertilization in Vitro, Life Change Events, culture.

¹ Enfermera, Magister en Enfermería Universidad de la Sabana. aquevedorios@gmail.com

² Enfermera, Magister en Enfermería: énfasis salud familiar. Docente Universidad de la Sabana. lucymr@unisabana.edu.co



Introducción

Considerando el proceso de gestación, como una transformación fisiológica, resulta importante reflexionar que éste conlleva un significado sociocultural por el que toda mujer atraviesa para asumir su experiencia hacia la maternidad (1). La gestación puede darse de forma natural o a través de técnicas de reproducción asistida como la fecundación in vitro (FIV), la cual, permite a las parejas diagnosticadas con infertilidad, quedar en embarazo. Se estima que el 10% de las parejas son infértiles por causas atribuidas a la mujer (38.8%), al hombre (36.7%), ambos (9%) y por causas desconocidas (16.4%): En el año 2010 se estimó que aproximadamente 4.000.000 de los nacidos vivos a nivel mundial nacieron empleando (FIV), y según lo reportado por el Comité Internacional de Monitorización de Técnicas de Reproducción Asistida para el año 2015 en 11 centros de fertilidad de Colombia se iniciaron 1101 ciclos de FIV, esto nos permite ver el incremento significativo de los nacimientos a partir de esta técnica de reproducción(2) (3).

Los antecedentes de la FIV, evidencian que las mujeres están buscando embarazo después de los 30 y 35 años, razón por la cual, esta repercute en la tasa de fertilidad, dado a la disminución de la reserva ovárica, se estima que las mujeres entre los 25 y 28 años tienen una tasa de embarazo entre 40 y 49%, a medida que la edad avanza, disminuye entre un 5% y 6% por año y a los 43 años no supera el 5%, incrementando el porcentaje de abortos espontáneos (2,4). Es evidente que una edad superior a los 35 años, es un factor de riesgo presente en la mujer gestante y común en aquellas producto de FIV, ya que éste se relaciona con: hipertensión arterial, diabetes, restricción en el crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, puntuación baja del APGAR, incremento de cesáreas y muerte perinatal (5,6,7), adicional, la literatura documenta que las mujeres gestantes producto de FIV son más propensas a sufrir de preocupaciones hipocondríacas, creencias sobre la enfermedad, rasgos de timidez, introversión, gran sensibilidad, pesimismo y sentido de desconfianza (8). También, se ven enfrentadas a un estrés crónico por experiencias traumáticas ocasionadas por pérdidas anteriores, amenaza a la infertilidad definitiva y pérdida de planes futuros para tener hijos, como también, estrés agudo como resultado propio del tratamiento que puede desencadenar en depresión (9).

En relación con los significados y las experiencias de las mujeres gestantes producto de FIV, se evidencia escasa información que permita fundamentar el ejercicio de cuidado acorde a los requerimientos de esta población. Al respecto, M. Leininger considera que las poblaciones son cambiantes, pluralistas y diversas; que las personas tienen su propia visión del mundo, con significados, experiencias y comportamientos múltiples, influenciados por su ambiente cultural, factores políticos, sociales, económicos, tecnológicos, de valores y creencias (10,11), los cuales influyen en su salud y son importantes para dar sentido a sus experiencias.

Estudiar los significados de las experiencias vividas por mujeres gestantes producto de FIV se considera importante para proponer acciones de cuidado orientadas a este grupo poblacional, no solo a lo físico sino también a sus propias necesidades sociales y culturales (12).

Por tanto, el objetivo de la presente investigación fue describir los significados de las experiencias vividas por mujeres gestantes producto de FIV atendidas para su tratamiento en un centro de fertilidad en Bogotá, Colombia, con el fin de describir las necesidades de cuidado, desde una perspectiva cultural.



Metodología

Se diseñó un estudio de tipo descriptivo, etnográfico, cualitativo, basado en el método de la etnoenfermería propuesto por Madeleine Leininger, este método permite documentar, preservar e interpretar acertadamente significados y experiencias sobre el cuidado de diferentes grupos culturales, adicional, fue diseñado para describir la forma real de cómo la gente conocía y vivía su propia experiencia (12).

En el estudio participaron 12 mujeres gestantes producto de FIV, como participantes claves, quienes asistieron para su tratamiento a un centro de fertilidad en Bogotá Colombia; y como participantes generales, 9 enfermeros y 1 ginecobstetra con experiencia en el cuidado de estas mujeres gestantes, y que participaron voluntariamente, firmando el consentimiento informado.

Para la selección de las participantes clave, se tuvo en cuenta el muestreo por saturación teórica y los criterios recomendados por Sandoval (13), incluyendo, primero, la pertinencia, en donde se identificó a las mujeres gestantes productos de fecundación in vitro atendidas para su tratamiento, quienes decidieron participar en el estudio y quienes aportaron la mayor y mejor información a la investigación. Segundo, la adecuación, se realizó por saturación de la información en donde se obtuvieron datos suficientes para desarrollar una completa y con una amplia descripción del fenómeno. Tercero, la conveniencia, se concertó con cada participante el lugar para la recolección de la información, en la mayoría de las entrevistas se realizaron en los hogares de las participantes por facilidad de la mismas, la investigadora tuvo una actitud abierta, de respeto, de escucha y de aprendizaje activo. Finalmente, la oportunidad, para esto se concertó con cada una de las participantes el lugar, el día y la hora precisa para la recolección de la información, con cada una de las gestantes que aceptaron participar en el estudio. Esta invitación se realizó posterior al diagnóstico de embarazo.

Para la recolección de la información se aplicó los facilitadores recomendados por

M. Leininger: Facilitador extraño – amigo, su meta en el caso de la investigadora, fue moverse del rol de extraño al de amigo para lograr la confianza requerida con las participantes y así asegurar un estudio creíble, significativo y acertado. Facilitador de observación- participación- reflexión (OPR), que se utilizó en la recolección y análisis de la información, para lo cual la investigadora inició con un período de observación antes de convertirse en una participante activa, Modelo del Sol Naciente y entrevista a profundidad.

Se utilizó una guía de entrevista etnográfica según Spradley (14) con preguntas generales y abiertas surgidas de la teoría, las participantes fueron alentadas a expresarse en su propio lenguaje o dialecto. Inicialmente, se realizaron preguntas, se escuchó en vez de hablar, se expresó interés verbal y contacto visual con la participante.

Para la aplicación de la entrevista se tuvo una guía de entrevista, con preguntas generales y abiertas, surgidas de la teoría de Leininger para conocer y explorar la visión del mundo de la gestante y los factores de la estructura social y cultural que influyen las expresiones y patrones de prácticas de cuidado, tales como, factores económicos, educativos, tecnológicos, religiosos, filosóficos, familiares, sociales, políticos y legales, valores culturales y estilos de vida, contemplados en el Modelo del Sol Naciente. Entre las preguntas se incluyeron las siguientes:

1. ¿Cómo ha sido esta experiencia de gestación in vitro?
2. ¿Cómo se ha cuidado?
3. ¿Cómo ha sido su experiencia con el Centro de Fertilidad?
4. ¿Cómo ha sido su relación familiar en esta situación de gestación?
5. ¿Cómo ha sido su relación con amigos y allegados?
6. ¿Cómo ha sido su experiencia con el tratamiento que se le ha aplicado?
7. ¿A quiénes acude cuando tiene alguna necesidad?
8. ¿Cómo ha cambiado su vida con esta experiencia de gestación in vitro?
9. ¿Cómo es su relación con otras mujeres que han concebido por fecundación in vitro?



Pregunta accesoria

¿Quiere contarme algo más?

Las respuestas surgieron nuevas preguntas que permitieron profundizar en el fenómeno de estudio. Una vez grabadas las entrevistas, estas se transcribieron textualmente y fueron revisadas y analizadas. Con algunas participantes se realizó más de una entrevista con la finalidad de profundizar aún más el fenómeno. Se aplicaron en total 15 entrevistas a las 12 participantes claves. Posterior a esto, se realizaron 10 entrevistas, a los 10 participantes generales con preguntas que permitieron ampliar y clarificar la información suministrada por las participantes claves.

El análisis de los datos se realizó según lo planteado por Leininger:

1. Recolección de la información, observación, entrevistas, notas de campo y grabaciones.
2. Identificación y categorización de los descriptores.
3. Análisis contextual y de patrones. Saturación de la información.
4. Temas generales producto de la investigación y contraste con la literatura.

Resultados

La edad cronológica de las gestantes osciló entre los 30 y 45 años, donde el 41 % correspondió a edades de 36 a 40 años y el 33,3 % de 30 a 35 años. La edad gestacional que prevaleció fue de 2do y 3er trimestre dado por el 91,6 %. En cuanto a la religión que profesaban, el 66,6 % eran cristianas católicas y cristianas no católicas el 16,4 %. El nivel educativo de las mujeres fue profesional en un 91,6 %.

Respecto a los participantes generales el 100 % contaba con experiencia en el cuidado de las mujeres gestantes producto de FIV.

En la Figura 1 se presentan los cinco temas culturales, surgidos de esta investigación con sus respectivos patrones recurrentes. En estos temas se reflejan la visión de la experiencia de las mujeres del estudio.

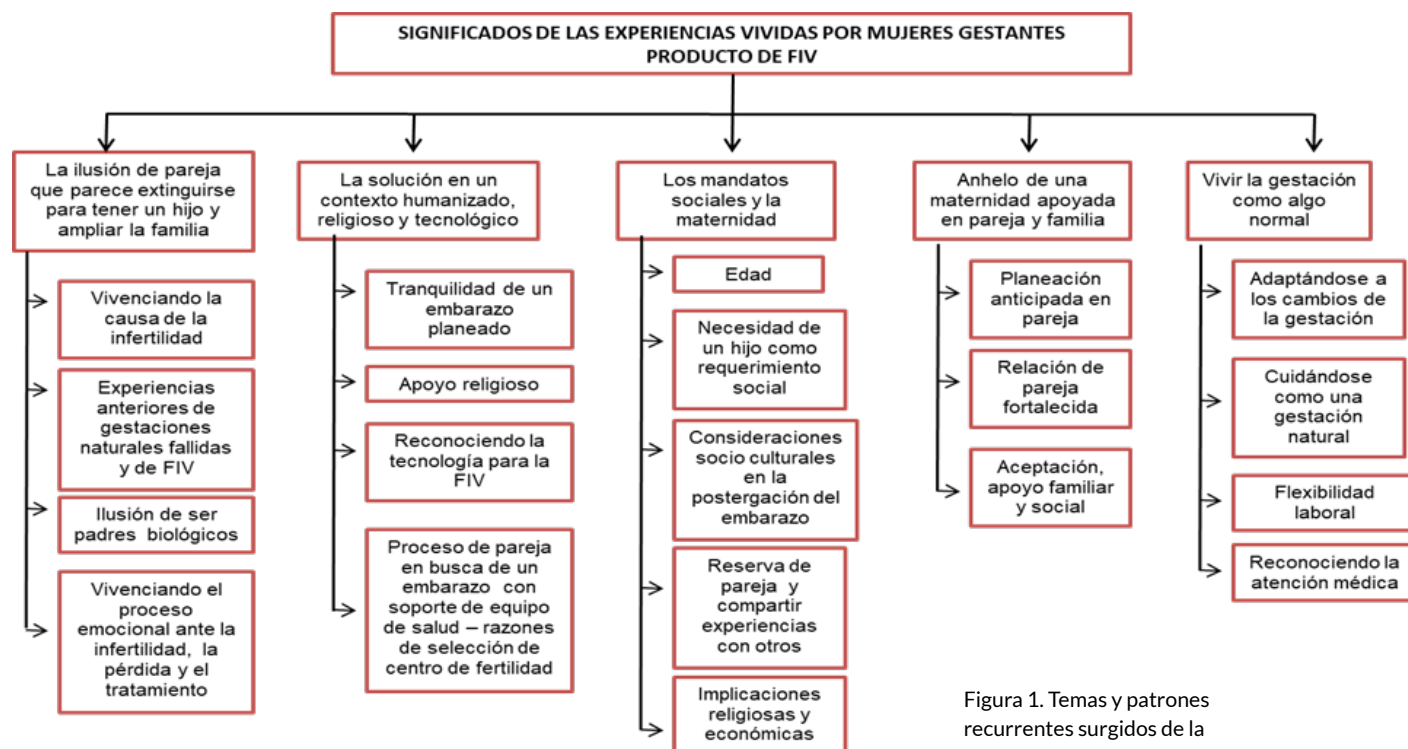


Figura 1. Temas y patrones recurrentes surgidos de la investigación.



Tema 1: La ilusión de pareja que parece extinguirse para tener un hijo y ampliar la familia

En la investigación se identificó que las parejas participantes han vivenciado la causa de infertilidad, las pérdidas y el tratamiento, acompañado de cambios emocionales, psicológicos y de ansiedad propios del proceso, en donde a partir de los diferentes tratamientos a los que han sido sometidos, consideran la FIV como una opción que les permitirá ampliar la familia y ser padres biológicos.

Los factores de la estructura social y cultural representados en el modelo del sol naciente presentes en este tema considerado fueron: contexto del entorno, factores tecnológicos, familiares y sociales; y dentro de los descriptores de cada patrón recurrentes los siguientes:

P9E1 “Era yo la que no podía, a mí me dio más duro eso, cuando el doctor me dijo: es que tú no puedes, de poder puedes, pero no lo suficiente, te vas a demorar mucho en quedar en embarazo por tu edad y tus óvulos”. **P1E1** “Llevábamos varios años intentando tener un bebé y no habíamos podido quedar en embarazo, mi esposo y yo teníamos demasiada ansiedad, queríamos que todo fuera ya, fue todo un proceso para adaptarnos”. **P1E1** “La ilusión es tener un bebé propio de los dos”. **P12E1** “Quiero tener mi propio bebé”. **P9E1** “Yo sufrí, porque en verdad tuve momentos de crisis donde me sentí decepcionada, frustrada”, “El tratamiento es un proceso de estrés, no fue fácil”.

Tema 2: La solución en un contexto humanizado, religioso y tecnológico

Se evidencia que la estructura social y cultural propuesta por M. Leininger está presente y representada en el factor familiar, en donde el inicio de la planeación del embarazo con tratamiento de FIV es un proceso que se vive en pareja; se considera el factor religioso como soporte espiritual y emocional para la gestante el cual le permite conservar la esperanza durante la transición del tratamiento.

El factor tecnológico, mediado por el procedimiento de la FIV, es considerado por las mujeres como una herramienta que les permitirá alcanzar su sueño de ser madre, y el acompañamiento del equipo de salud es reconocido por sus orientaciones, recomendaciones y seguimiento que adquieren gran relevancia en la salud emocional de la pareja al incluir actividades de consejería durante su acompañamiento, que al final son factores sociales que llevan a la pareja a seleccionar el centro de fertilidad.

P4E1 “Siempre he llevado todo con tranquilidad en todos los aspectos de mi vida, lo cual me sirvió para que todo se manejara y se diera solito”. **P3E1** “Yo soy muy creyente, yo digo que Dios no da cargas con las que uno no pueda cargar, en estos momentos es donde uno dice Dios existe, es la manera

de aferrarse a algo que me pueda dar esa fuerza”. **P11E1** “Mujeres como yo que no pudimos quedar embarazadas naturalmente ahora podemos tener nuestro bebé”. **P6E1** “Te dan confianza y te hacen sentir que en verdad escogiste el mejor sitio para hacer el procedimiento”.

Tema 3: Los mandatos sociales y la maternidad.

Las mujeres del estudio son conscientes de la necesidad de un hijo como requerimiento social, reconocen que a medida que avanza la edad, se produce una disminución en la reserva ovárica, adicionalmente representado en el modelo del sol naciente en el factor social y familiar, reconocen que la decisión de pareja de compartir la experiencia con otros es de manera limitada o simplemente prefieren mantenerla en reserva con la finalidad de mantener un bienestar emocional y evitar comentarios.

Finalmente, se considera que la infertilidad y el tratamiento de FIV tienen implicaciones religiosas y económicas importantes representadas en la estructura social y cultural. Dentro de los descriptores de cada patrón recurrentes para este

tema están:

P6E1 “Obviamente la lección más aprendida es que la edad en las mujeres va en contra, esperar mucho tiempo va en contra de la fertilidad”. **P9E1** “A nivel social cumplir teniendo un matrimonio de tantos años que uno dice me falta el bebé, entonces es duro, la presión social es dura”. **P6E1** “Digamos que había otras prioridades, realizaciones profesionales”, disfrutar de la pareja, darse un tiempo, como que todo eso hizo que se corrieran los años y bueno ya se tomaron decisiones un poco tarde”. **P6E1** “Para evitar esos comentarios encontrar esas malas bromas, lo dejamos en nuestra intimidad”. **PG1E1** “El tabú es más que todo frente a temas religiosos, “nuestro país es un país católico y digamos que el tema de la FIV se ve como algo que no está bien visto, no es algo que Dios haya decidido que ocurra, sino que está siendo manipulado por la mano del hombre”.

Tema 4: Anhelo de una maternidad apoyada en pareja y familia

Es evidente el factor social y familiar de la estructura social y cultural dado por la pareja que realiza una planeación anticipada para alcanzar la gestación, en donde la relación se fortalece y existe una aceptación y apoyo familiar y social.

P6E1 “Fue una decisión que tomamos mi esposo y yo”. **P3E1** “Sentimos que esto nos unió, que no era simplemente el deseo de ser papás sino el deseo que el otro se sintiera completo, pues así la gente diga, no de pronto lo pueden volver a intentar, uno se siente incompleto, entonces él me apoyaba



mucho, eso nos unió, se fortaleció la relación de pareja”. P3E1 “Él siempre ha estado ahí.”, el apoyo de mi familia fue fundamental, es muy importante para que uno no se siente sólo.”

Tema 5: Vivir la gestación como algo normal.

Se evidencia que las mujeres del presente estudio viven un proceso de adaptación a los cambios de la gestación, con repercusiones en su estilo de vida, necesidades de cuidado similares a los de mujeres gestantes producto de embarazos naturales y flexibilidad en el ámbito laboral dado por su condición de trabajo. Estas mujeres reconocen la importancia de la atención médica durante el proceso de diagnóstico, tratamiento y desarrollo del embarazo. Lo anterior, representado en el Modelo del Sol Naciente en factores culturales y de estilo de vida, factor social y contexto del entorno.

P2E1 “Tal vez muchas náuseas, malestares, el doctor me mando mucho reposo, no hacer tantas cosas”. P6E1 “Cuidese con la alimentación, no haga ejercicios muy pesados, todo ha sido muy tranquilo, he seguido mi vida laboral normal.” P3E1 “La carga laboral ha disminuido, mis compañeros me consienten mucho, entonces sí ha sido muy chévere.” P10E1 “Yo quiero mucho a mi ginecólogo, él es muy querido”.

Conclusiones

La visión del mundo de las mujeres de este estudio representada en el significado de las experiencias vividas por ellas en su gestación fruto de FIV, está claramente permeada por el contexto de su entorno y los factores de la estructura social y cultural representados en el modelo del sol naciente de la teoría de M. Leininger.

Las mujeres experimentan las causas de la infertilidad, el diagnóstico y el tratamiento con sentimientos de angustia, estrés, culpa, dolor, disminución en su desempeño laboral, con su consecuente afectación física, psicológica y social donde el apoyo de su pareja y la familia son fundamentales en la transición de este proceso, así también el apoyo religioso es considerado beneficioso por cuanto les permitió conservar la esperanza y continuar con el tratamiento a la espera de una gestación efectiva.

Fue evidente que la fecundación in vitro en estas mujeres, representa la mejor opción para alcanzar la gestación anhelada, ya que muchas de ellas son conscientes que la edad es un factor fundamental que repercute en la reserva ovárica de las mismas y por ende en su deseo de ser madres.

Adicionalmente, estos resultados indican que esta experiencia es vivida en pareja, por las mujeres del estudio, con unos requerimientos de atención humanizada en un contexto familiar presionado por la sociedad y del anhelo de ampliar la familia con hijos consanguíneos; reconocen

la importancia de la atención médica en el proceso de FIV, caracterizada especialmente por acompañamiento, seguimiento, educación, información y relaciones humanas apropiadas.

Es importante resaltar que cuando estas mujeres alcanzan una gestación exitosa, sus sentimientos se transforman en alegría y felicidad relacionadas con la experiencia de la maternidad apoyada en pareja y familia, estas mujeres consideraron que los cuidados durante la maternidad deben ser iguales a los de las mujeres con embarazos naturales, solicitan que su atención en las instituciones de salud sea similar o sin ninguna diferencia. Argumentan que los cambios durante este proceso sólo se diferencian en su forma de fecundación.

Finalmente, se hace evidente la ausencia del cuidado de enfermería, con mujeres gestantes producto de fecundación in vitro, durante el proceso del tratamiento, con acompañamiento, seguimiento y orientación.



Agradecimientos

Los autores queremos agradecer al centro de fertilidad Reprotec por creer en este proyecto, brindarnos el apoyo, acompañamiento e información necesaria para su realización, a las mujeres gestantes que participaron del estudio como participantes claves y a los participantes generales por su amabilidad, colaboración y disposición.

Responsabilidades éticas: La investigación se realizó posterior aprobación del comité de investigación de la Universidad de la Sabana y del centro de fertilidad Reprotec Bogotá donde se realizó la investigación. Confidencialidad: Se mantuvo la confidencialidad de las participantes del estudio, para esto se les asignó códigos para así mantener el anonimato.

Financiamiento: ninguno.

Conflicto de interés, los autores declaran no tener conflicto de interés.

Referencias bibliográficas

1. Imaz - Martínez E. Mujeres gestantes, madres en gestación. *Metáforas de un cuerpo fronterizo. Política y Soc.* 2001;36: 97-111.
2. Lacadena J. La fecundación in vitro, premio nobel en fisiología o medicina 2010. *An la Real AcadNac Farm.* 2010; 76 (4):519-29.
3. Red LARA. Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida. *Assisted reproductive techniques in Latin America: the Latin American Registry*, 2015. 2018;37 (6): 685-692.
4. Kushner-Dávalos L. La fertilización in vitro: beneficios, riesgos y futuro. *Spec Artic.* 2010;13(2):77-80. <http://www.boliviarevista.com/index.php/cienciamedica/article/viewFile/2319/2317>
5. Arizmendi J, Pertuz V, Gomez D, et al. Diabetes gestacional y complicaciones neonatales. *Rev Med.* 2012;20(2):50-9.
6. Chamy PV, Cardemil MF, Betancour MP, et al. Riesgo Obstétrico y Perinatal en embarazadas mayores de 35 años. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2009; 74 (6): 331-338. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000600003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Amador D, Corzo T, Álvarez T. Morbilidad y mortalidad del recién nacido concebido por fertilización in vitro. *Rev Cuba Obstet y Ginecol.* 2010;36(2):51-61.
8. Foresta C, Ferlin A, Gianaroli L, et al. Guidelines for the appropriate use of genetic tests in infertile couples. *Eur J Hum Genet.* 2002;10(5):303-12.
9. Aparicio M, Moreno-Rosset C, Martín D, et al. Diferencias de género en afecto, desajuste emocional y recursos adaptativos en parejas infértiles: un enfoque positivo. *Anu Psicol Clínica y la Salud.* 2009;5:41-8. http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_5_esp_41-48.pdf
10. Muñoz de Rodríguez L, Vasques ML. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. *Colomb Med.* 2007;38(2):98-104.
11. Leininger M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. *Ethnonursing Method.* 1991.
12. Leininger M, Macfarland M. Universalidad y diversidad del cuidado cultural. 2006.
13. Sandoval C. Investigación cualitativa. Módulo. 1996. p. 312. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3954178%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:ESPECIALIZACION+EN+TEORIA+M+TODOS+Y+T+CNICAS+DE+INVESTIGACION+SOCIAL#1%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=in>
14. Spradley J. La entrevista etnográfica. Harcourt Brace Jovanovich College Publishers. 1979.



icumedical
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

La enfermería es un pilar de la innovación en el sector salud.

Nursing is a pillar of innovation in the health sector.



Sandra Marleny
Pedraza Nova¹

Resumen

La innovación es un término que ha permeado los sectores productivos y de servicio, incluyendo el sector salud. Durante la última década los avances tecnológicos y la implementación de diferentes metodologías de innovación han permitido que las organizaciones logren excelentes resultados.

El rol de la enfermería en los procesos de atención en salud genera mayor impacto sobre los resultados. Lograr que estos resultados se asocien a una mejor experiencia de los pacientes, una mejor atención y costo-efectividad, implica potenciar las habilidades y competencias en innovación de los profesionales en enfermería.

El presente artículo recopiló varias definiciones de innovación, su evolución en el sector salud y algunos ejemplos de desarrollos innovadores generados por profesionales de enfermería a través de la historia con una importante repercusión en el incremento de la calidad en la prestación de los servicios, en el impacto sobre la salud de los pacientes y en la reducción de los costos de la atención.

Palabras clave: Innovación, salud, enfermería, calidad.

Abstract

Innovation is a term that has permeated the productive and service sectors, including the health sector. During the last decade, technological advances and the implementation of different innovation methodologies have allowed organizations to achieve excellent results.

The role of nursing in health care processes generates a greater impact on the results. Achieving that these results are associated with better patient experience, better care and cost-effectiveness implies enhancing the skills and competencies in the innovation of nursing professionals.

This article compiled several definitions of innovation, its evolution in the health sector and some examples of innovative developments generated by nursing professionals throughout history with an important impact on increasing the quality of service delivery, in the impact on the health of patients and in reducing the costs of care.

Keywords: Innovation, Health, Nursing and Quality.

¹ Enfermera especialista en Salud ocupacional, Subgerente de Enfermería Centro Hospitalario Serena del Mar, Cartagena. sandra.pedraza@chsm.com



Innovación

A diario la palabra innovación aparece en cada escenario de nuestro entorno, tanto personal como laboral, con gran acogida en el campo de la tecnología. Pareciera un término novedoso y de alto impacto en la adquisición de bienes y servicios. Sin embargo, este término se impuso en el campo de la administración desde los años 30 por el economista Joseph Schumpeter, quien entendió la innovación como una de las causas del desarrollo económico y definió cinco casos en los que se podría hablar de innovación: 1) La introducción de un nuevo producto, 2) la introducción de un nuevo método de producción, 3) la apertura de un nuevo mercado, 4) la apertura de una nueva fuente de materia prima y 5) la puesta en práctica de una nueva organización en alguna industria. (1)

Otros autores como Michael Porter han aportado a las definiciones de innovación otorgándole un mayor valor. Porter, uno de los más relevantes referentes de la economía mundial afirma que las actividades de innovación constituyen efectivamente, junto con el capital humano, uno de los principales factores que determinan las ventajas competitivas de las economías industriales avanzadas. Señala además que la innovación incluye no solo nuevas tecnologías, sino también nuevos métodos y formas de hacer las cosas que hasta pudieran parecer irrelevantes. La innovación se manifiesta en un nuevo diseño de producto, un nuevo proceso de producción, una nueva forma de vender, de entrenar, de organizar, entre otras, haciendo que la innovación se pueda dar en cualquier actividad de la cadena de valor y así la empresa pueda conseguir ventajas competitivas sostenibles. (2)

La OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) es una de las principales guías para evaluar las actividades de ciencia, tecnología e innovación. La cual, en la tercera edición de El Manual de Oslo (2005) amplía el concepto de innovación más allá de lo tecnológico al decir que es: [...] la introducción de un nuevo o significativamente mejorado producto (bien o servicio), de un proceso, de un nuevo método de comercialización, o de un nuevo método organizativo en las prácticas internas de la empresa, la organización del lugar de trabajo o de las relaciones exteriores. (3)

La evolución de la innovación ha generado que durante la última década haya empezado a estar presente en diferentes sectores de la economía; el sector salud es uno de ellos, con una fuerte orientación en la inversión de tecnología con la adquisición de equipos biomédicos de última generación, sistemas de información o aplicaciones informáticas que impactan positivamente en la atención de los pacientes y en el control de sus procesos. Así mismo muchas organizaciones del sector salud además de la tecnología, han incorporado diferentes metodologías que hacen parte de la cultura de innovación y de los procesos de mejora continua incorporándola desde la estrategia para el logro de excelentes resultados.

Revisiones de literatura científica permiten ampliar conceptos de innovación en salud. H. Länsisalmi et al., (2006) refieren que la innovación en salud implica la implementación de nuevos servicios y formas de trabajo o la adopción de nuevas tecnologías. (4) Hinojosa M, (2006) refiere que la innovación no tiene que estar basada solamente en ideas novedosas, sino que también, y más frecuentemente, se da mediante la implantación de pequeñas mejoras en productos o procesos como mejora continua. (5)

Ronseberg- Yunger et al., (2008), destacan la innovación como el elemento clave para el crecimiento exitoso del sector salud, debido a que permite cumplir con los retos de generar asistencia sanitaria económica y sostenible, a la vez que se entrega bienestar social a los usuarios del servicio. (6) Para Thakur et al., (2012), consideran que existe innovación en salud, cuando en la dinámica organizativa se adoptan prácticas innovadoras que han demostrado un impacto positivo en su implementación en otros contextos. Estas prácticas deben pretender la mejora de la calidad de vida tanto de los usuarios del servicio como de los profesionales y personal que los presta. (7)

Por último, May C (2013), establece que innovar en salud requiere el diseño de creencias individuales y colectivas, comportamientos y actividades que al ser llevadas a la práctica clínica actúen como guía para el desempeño de una labor. Asociando la conceptualización de innovación en salud a una transformación en la cultura organizativa de las organizaciones del sector. (8)



Innovación en enfermería

El profesional de enfermería interactúa constantemente con pacientes, familias, cuidadores y demás miembros del equipo interdisciplinario enfrentando a diario a diversas situaciones que le exigen análisis, toma de decisiones y resolutivez.

Todas estas situaciones son valiosas oportunidades que deben permitir identificar dificultades, necesidades y expectativas con el fin de generar acciones encaminadas a la reevaluación de procesos, redefinición de funciones, responsabilidades y demás aportes que hacen parte de la mejora continua logrando una importante repercusión en el incremento de la calidad en la prestación de los servicios, en el impacto sobre la salud de los pacientes y en la reducción de los costos de la atención.

A través de la historia la enfermería ha demostrado su papel innovador en diferentes campos de la práctica profesional con grandes aportes para la atención en salud y en la evolución del arte de cuidar.

El principal exponente de la innovación en enfermería ha sido Florence Nightingale quien inventó el diagrama de área polar, una herramienta estadística utilizada para rastrear las tasas de infección durante la Guerra de Crimea, así mismo Elise Sorensen desarrolló en 1954 una bolsa de plástico intercambiable que podía adherirse al cuerpo del paciente, gracias a su invención, aquellos que desde entonces se han sometido a una cirugía de ostomía, son capaces de llevar vidas normales.

Anita Door, quien fue enfermera en los 60, inventó “el carro de choque” como respuesta a la necesidad de insumos y medicamentos durante situaciones de emergencia. Jean Ward a cargo de la unidad de recién nacidos del Hospital de Rochford en el Reino Unido observó que los bebés colocados más cerca de la ventana y expuestos a más luz solar tenían menos incidentes de ictericia, esta fue su innovación, denominada fototerapia contemporánea. (9)

Asociaciones internacionales como la Academia Americana de Enfermería ha trabajado hace muchos años en el desarrollo de innovación en enfermería. Uno de los objetivos estratégicos planteados para 2017-2020 es “Estimular y difundir la innovación que incremente el reconocimiento del valor de la enfermería e impulsar la mejora en la salud y la atención de salud”.(10) A través de su programa “Edge Runner,” la academia está movilizando a colegas, líderes de salud y organizaciones asociadas para reconocer a las enfermeras que están liderando el camino con nuevas ideas para transformar el sistema de salud; sus iniciativas exitosas, incluyen programas para promover y proteger la lactancia materna en niños vulnerables; ayudar a los ancianos a permanecer en sus hogares; mejorar las habilidades del cuidador; brindar servicios de salud comunitaria y familiar a precios asequibles y culturalmente sensibles.(11)

Otras iniciativas relevantes en el ámbito hospitalario dirigidas por enfermería han sido protocolos eficaces como la reducción de las readmisiones de la cirugía cardíaca e implementación de medidas innovadoras para abordar las infecciones urinarias asociadas al catéter (CAUTI). Adams, Bucior, Day y Rimmer, desarrollaron un protocolo que redujo el número de días en los que permanecía un catéter urinario en el paciente, lo que potencialmente disminuye el riesgo de las infecciones urinarias asociadas al catéter urinario.(12) Moore y Stichler implementaron una iniciativa para el manejo de pacientes con diabetes, hiperlipidemia e hipertensión donde enfermería ejecuta proyectos de mejora de la calidad y prácticas basadas en la evidencia para optimizar los resultados de los pacientes. (13)



Estos y muchos más ejemplos de innovación existen a nivel internacional y logran hacer la diferencia en la práctica profesional de enfermería en todos los ámbitos de atención en salud. Sin embargo, como lo refiere Dil et al., (2012), la contribución de la enfermería a la innovación en el cuidado de la salud rara vez se reconoce, publicita o comparte entre la enfermería y el público en general. (14).

Para lograr un sólido progreso de la innovación en enfermería es fundamental integrar disciplinas como la investigación, tecnología y finanzas, las cuales deben incorporarse desde la academia, y ser afianzadas como parte integral del desarrollo a lo largo de la práctica profesional. Competencias como el liderazgo y el trabajo interdisciplinar también se hacen necesarias pues permiten ampliar la visión de los campos de acción y la generación de intervenciones de gran impacto no solo para enfermería, sino para las diferentes áreas de la organización con proyección a ser replicables en instituciones a nivel nacional e internacional.

Conclusión

Se hace imprescindible que el profesional de enfermería además del conocimiento científico que aplica en la práctica diaria se prepare e integre conocimientos de otras disciplinas, lidere e implemente estrategias innovadoras que permitan redefinir la prestación de servicios en salud, transformar la experiencia de cuidado del paciente y aportar a la evolución y el desarrollo mismo de la profesión.



Referencias bibliográficas

1. Schumpeter JA. The theory of economic development. New York: McGraw-Hill; 1934
2. M. Porter, La ventaja competitiva de las naciones, Ediciones Javier Vergara, Buenos Aires (1993)
3. Oslo: OCDE; 2005, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Manual de Oslo: guía para la recolección e interpretación de datos sobre innovación
4. Lämsäalmi, H., Kivimäki, M., Aalto, P., & Ruoranen, R. (2006). Innovation in Healthcare: A Systematic Review of Recent Research. *Nursing Science Quarterly*, 19(1), 66–72. doi:10.1177/0894318405284129
5. Hinojosa Martinez Antonio, Innovación de proceso. Cuadernos de gestión de tecnología, 2006
6. Rosemberg-Yunger., et al. (2008). Healthcare sustainability and the challenges of innovation to biopharmaceuticals in Canada. *Health Policy*, 87, 359-368.
7. Thakur, R., Hsu, S. & Fontenot, G. (2012). Innovation in Healthcare: Issues and Future Trends. *Journal of Business Research. Implementation Science*. 65, 562-569.
8. May, C. (2013). Agency and implementation: Understanding the embedding of healthcare innovations in practice. *Social Science & Medicine*, 78, 26-33.
9. Lemberger O. Finding a better way: Nurse and innovation. Disponible en <https://www.reflectionsonnursingleadership.org> <https://www.sigmanursing.org/learn-grow/publications>
10. Thomas, T.W., Seifert, P.C., Joyner, J.C., (September 30, 2016) "Registered Nurses Leading Innovative Changes" OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing Vol. 21, No. 3, Manuscript 3.
11. Mason DJ, Jones DA, Roy C, Sullivan CG, Wood LJ. Commonalities of nurse-designed models of health care. *Nursing Outlook*. 2015. 63(5):540-53.
12. Adams, D., Bucior, H., Day, G., & Rimmer, J. A. (2012). Houdini: Make that urinary catheter disappear—Nurse-led protocol. *Journal of Infection Prevention*, 13(2), 44-46.
13. Moore S, Stichler JF. Engaging clinical nurses in quality improvement projects. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 2015. 46(10):470-6. doi:10.3928/00220124-20150918-05.
14. Dil, S., Uzun, M., & Aykanat, B. (2012). Innovation in nursing education. *International Journal of Human Sciences*. 9(2), 127-128

Bibliografía

- García, M. P. (2019). Innovación y gestión del cuidado. Recuperado el 27 de 11 de 2019, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6829554>
- Álvarez, K.L., Serrano, L.F. & Bravo, E.R. (2017) innovación en salud: revisión de literatura científica de la última década. *Dimensión Empresarial*, 15(1), 43-61 JEL: I11, I18, O38 DOI: <http://dx.doi.org/10.15665/rde.v15i1.559>
- Kelly P, Kranzberg M, Rossini F, Baker N, Tarpley F, Mitzner M. Introducing innovation. En R. Roy, D. Wild. *Product design and technical innovation* (pp. 18-28). Filadelfia: Open University Press; 1990.
- Stausmire JM, Ulrich C. Making it meaningful: finding quality improvement projects worthy of your time, effort, and expertise. *Critical Care Nurse*. 2015. 35(6):57. doi:10.4037/ccn2015232.
- Sawatzky JA, Christie S, Singal RK. Exploring outcomes of a nurse practitioner-managed cardiac surgery follow-up intervention: a randomized trial. *Journal of Advanced Nursing*. 2013. 69(9):2076-87. doi:10.1111/jan.12075.
- Robayo Acuña Paula Viviana. La innovación como proceso y su gestión en la organización: una aplicación para el sector gráfico colombiano <http://dx.doi.org/10.1016/j.sumneg.2016.02.007> suma de negocios(2016) pg.125-140
- Arco-Canoles OdelC, Suarez-Calle ZK. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Univ. Salud*. 2018;20(2):171-182. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.121>
- Husto Carol. Preparing nurse leaders for 2020. *Journal of Nursing Management*, November 2008. DOI 10.1111/j.1365-2834.2008.00942.x
- White, K. R., Pillay, R., & Huang, X. (2016). Nurse leaders and the innovation competence gap. *Nursing Outlook*, 64(3), 255-261. doi:10.1016/j.outlook.2015.12.007



Rol de la Enfermería en el triage avanzado: una revisión de literatura



Hanier Fajardo Rocha ¹
Vanessa Galindo Pineda ²
Jacqueline García Romero ³
Kabed González Urueta ⁴
Sandra Patricia Penagos Suarez ⁵
Lucy Carolina López ⁶
Ximena Saenz Montoya ⁷
Mansur Páez Barroso ⁸

Palabras clave:
Triage, enfermería de urgencia, clasificación de pacientes, cuidado de urgencia.

Key words:
Advanced triage, triage, advanced triage system, nursing triage.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la evidencia científica disponible acerca del rol de enfermería en la práctica del triage avanzado, con el fin de sustentar su futura implementación en una institución de IV nivel de atención.

Método: Se realizó una revisión bibliográfica considerando estudios publicados entre 2002 a 2019, se seleccionaron 34 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión.

Resultados: En el triage avanzado la enfermera debe cumplir con un perfil específico, acciones propias del cargo, entrenamiento, seguir lineamientos, apuntar a la seguridad y satisfacción del paciente en términos de reducción de los tiempos de espera.

Conclusiones: Se encontró literatura que puede soportar la implementación del triage avanzado en Colombia. Su aplicación permitiría la realización de exámenes de diagnóstico, antes de la valoración médica, reduciría el tiempo de espera y estancia en urgencias. Para ello se requiere la realización de protocolos y formación del talento humano para su aplicación.

ABSTRACT

Objective: To analyze the available scientific evidence about the role of nursing in the practice of advanced triage, in order to support its future implementation in an institution of IV level of care.

Method: A bibliographic review was carried out considering studies published between 2002 and 2019, 34 articles that met the inclusion criteria were selected.

Results: In advanced triage, the nurse must comply with a specific profile, actions of the position, training, follow guidelines, aim at patient safety and satisfaction in terms of reducing waiting times.

Conclusions: Literature was found that can support the implementation of advanced triage in Colombia. The application of the advanced trial would allow diagnostic tests to be carried out, before the medical evaluation, reduce the waiting time and stay in the emergency room. This requires the realization of protocols and training of human talent for its application.

¹ Estudiante de maestría en enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: hfajardo@unal.edu.co

² Estudiante de maestría en enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: vgalindop@unal.edu.co

³ Estudiante de maestría de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: jacgarciaro@unal.edu.co

⁴ Estudiante de maestría en enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: kgonzalez@unal.edu.co

⁵ Estudiante de maestría de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: spenagos@unal.edu.co

⁶ Enfermera coordinadora de urgencias de la Fundación Santa Fe de Bogotá. Correo electrónico: Lucy.Lopez@fsfb.org.co

⁷ Magister en enfermería. Profesora asociada de la Universidad Nacional de Colombia. xsaenzm@unal.edu.co

⁸ Magister en educación. Encargado de urgencias de la Fundación Santa Fe de Bogotá. Profesor asociado de la Universidad Nacional de Colombia. manpaba@hotmail.com



INTRODUCCIÓN

El ingreso de un individuo al servicio de urgencias está determinado por la clasificación aplicada denominada triage, término de origen francés que proviene del verbo “trier”, que significa priorizar, escoger o seleccionar, e implica la utilización de uno o varios recursos dentro de un hospital (1).

En Colombia, la Ley 100 de 1993 estipula que se debe asegurar la atención de los pacientes en salud, especialmente, en el servicio de urgencias. Sumado a esto, se estableció en el Artículo 10 del Decreto 4747 de 2007 por el Ministerio de Salud y Protección social, el uso de un sistema de clasificación de pacientes obligatorio, por parte de los prestadores de servicios urgencias, así mismo, mediante la Resolución 5596 de 2015 se definen los criterios de selección y evaluación de pacientes en el triage. Adicional, con el fin de garantizar el derecho fundamental a la salud de los usuarios y el acceso a los servicios de urgencias de calidad la Resolución 5596 de 2015 determina la prioridad para atención de los usuarios, basados en las necesidades terapéuticas y recursos disponibles (2).

El aumento en la demanda de los servicios de urgencias ha dado como resultado tiempos de espera prolongados, atención tardía y retraso de la respuesta en atención del dolor (3). En algunos países como Inglaterra y Australia se han implementado estrategias para agilizar los servicios de urgencias, a través de la formación de enfermeras especializadas a quienes se les otorgan funciones como ordenar exámenes diagnósticos, suministrar cierto tipo de medicamentos, generar interconsultas e inclusive dar de alta temprana; esto se conoce como triage avanzado de enfermería, con muy buenos resultados donde se ha implementado (4). El objetivo de esta revisión es analizar la evidencia científica disponible acerca del rol de enfermería en la práctica del triage avanzado, con el fin de respaldar su implementación en una institución de salud de IV nivel de atención, lo que traerá como consecuencia la reducción de tiempos de espera, inicio de manejo terapéutico oportunamente, altas tempranas, valoraciones con mayor agilidad y disminución de la congestión del servicio.

Metodología

Se realizó una revisión de literatura, usando las bases de datos EBSCO, Scielo, Ovid Nursing, PubMed, Cochrane, Google Scholar y Biblioteca Virtual en Salud, realizándose ecuaciones de búsqueda basados en los operadores booleanos. Para el desarrollo de la búsqueda se formuló la pregunta: ¿Cuál es el rol que desempeña enfermería dentro del triage avanzado?, se seleccionaron artículos de abordaje cuantitativo y cualitativo publicados entre los años 2002 a 2019, en idioma español, inglés y portugués. Inicialmente, se escogieron artículos según título, resumen, palabras claves y con acceso al texto completo. Se excluyeron los artículos relacionados con triage extrahospitalario o aquellos en los cuales el triage fuera realizado por médicos o auxiliares de enfermería. Un total de 34 artículos fueron seleccionados. Se utilizó la herramienta Critical Appraisal Skills Programme español (CASPe) para la lectura crítica de los artículos. Se categorizaron los resultados de acuerdo con las características en común encontradas en los artículos analizados. Se tuvo respeto por la propiedad intelectual de los autores. (ver tabla 1 y figura 1).

Tabla 1. Ecuaciones de búsqueda diseñadas

Base de datos	Número de artículos encontrados	Número de artículos seleccionados	Ecuaciones de búsqueda
COCHRANE	21	1	Triage and nursing advanced
EBSCO	108	3	Triage and nursing advanced
OVID	1692	4	Advanced Triage and nusing Advance triage sistem Advance triage
SCIELO	96	3	Triage avanzado Triage nurse advanced and advanced nursing Advanced triage sistem
PUBMED	261	4	Advanced nursing interventions and emergency care Advanced nursing interventions and triage
GOOGLE SCHOLAR	140	4	Advanced nursing and triage
BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD	68 87 241 11 41	4 1 7 1 2	Advanced Triage and Nurse Triage Advanced Triage and Nursing Advanced Triage System Triage estructurado y avanzado
TOTAL	2766	34	

Fuente: diseño propio de autores



Diagrama del proceso de búsqueda

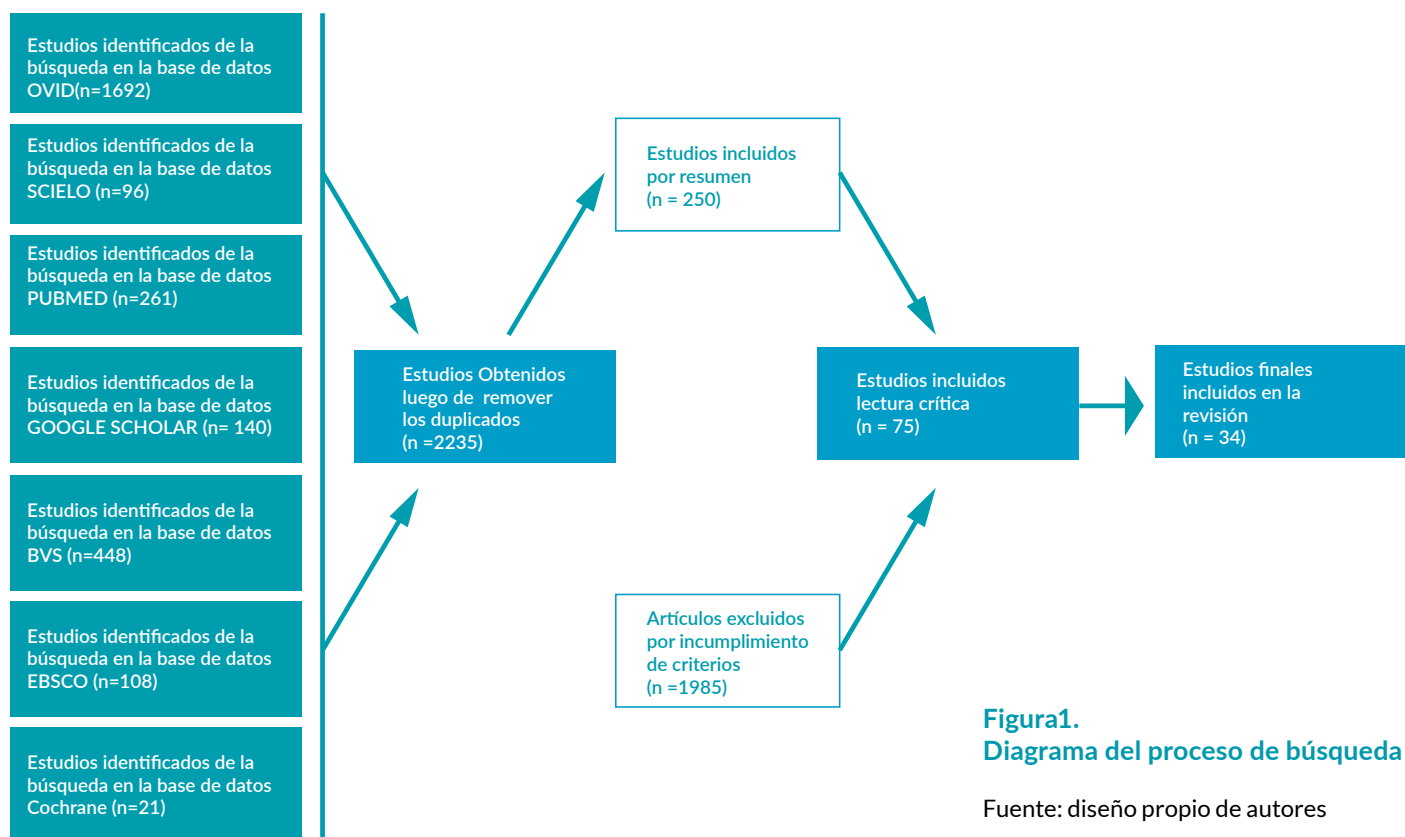


Figura1.
Diagrama del proceso de búsqueda

Fuente: diseño propio de autores

RESULTADOS

De acuerdo con el análisis realizado se logró describir el perfil de la enfermera en el triage avanzado, con diferentes roles como: **enfermera de vía rápida**, aquella con posgrado en emergencias que realiza la atención de pacientes con urgencias leves; **enfermera de iniciativas clínicas**, enfocadas en la evaluación y el cuidado de los pacientes asignados a sala de espera. **La enfermera de intervención rápida y zona de tratamiento** cuya función consiste en atender oportunamente a los pacientes, adelantando la formulación de exámenes diagnósticos y administración de analgésicos. **La enfermera de practica avanzada** quien ha adquirido la base de conocimientos de experto, habilidades para la toma de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para desarrollar un ejercicio profesional amplio en el servicio de emergencias (3, 5, 11, 16, 24, 25, 26, 30, 32).

Las principales acciones de la enfermera fueron la toma de electrocardiograma, ordenamiento de exámenes diagnósticos como parcial de orina y coproscópico, cuadro hemático, imágenes diagnósticas, interconsultas, admisión y egreso de pacientes, tratamiento de pacientes de clasificación 4 y 5 del triage según escala (Australasian Triage Scale ATS), manejo de lesiones de baja complejidad (laceraciones, heridas, síntomas de celulitis), dolor de

pantorrillas sugestivo de trombosis venosa profunda, complicaciones en la colocación de yesos, hiperémesis gravídica, infecciones urinarias, pielonefritis, mastitis, dolor lumbar, síntomas virales de infección respiratoria alta (4,8,9,10,11,12,16,20,21,22,27,33).

La prescripción de medicamentos por parte del profesional de enfermería fue uno de los temas de mayor controversia dentro de la búsqueda realizada, se encontró que dentro de su formación profesional cuenta con criterios para identificar y manejar las alteraciones física generales, lo que le permitiría realizar una prescripción independiente; en Gran Bretaña, se propone un listado de fármacos autorizados por ley que pueden ser indicados por enfermería, sin embargo, en la mayoría de los estudios encontrados se prohíbe la formulación por parte de las enfermeras por aumentar el riesgo de incidentes en la medicación (11,21,22).

En cuanto al entrenamiento de las enfermeras para la práctica avanzada del triage en la gran mayoría de los artículos se indicó que es necesario que las organizaciones y escuelas de enfermería provean información, educación y programas de entrenamiento, que disminuyan la inconsistencia en la clasificación del triage (16,19,30).



De las estrategias para la implementación de triage avanzado se pusieron en marcha algoritmos de manejo en condiciones como: dolor abdominal y torácico, trauma ocular, síntomas ginecológicos, abuso de sustancias, trauma ortopédico, trauma menor, fiebre en paciente pediátrico y emergencias pediátricas. Los profesionales de enfermería identifican la condición clínica del paciente y actúan de acuerdo con el protocolo de manejo, esto con el fin de reducir tiempos (9, 10, 12, 16, 17, 24, 25, 27, 34, 35).

Con respecto a la seguridad y la satisfacción de la atención no se evidenciaron eventos adversos, quejas o elementos relativos al daño ocasionado a pacientes, por el contrario, al ser la atención más rápida, se mejora la satisfacción del usuario y disminuye el número de pacientes que se retiran sin ser atendidos, se disminuye los retrasos en la atención (1, 10, 11, 18, 20, 23, 25, 26, 28, 39).

DISCUSIÓN

Para la implementación del triage avanzado en instituciones de salud es necesario contar con protocolos, algoritmos, diagramas de flujo específicos que orienten el quehacer de la enfermera desde el Triage con el fin de disminuir los tiempos de espera y el fenómeno de demanda no atendida, como también los pacientes que acuden y abandonan el servicio sin ser valorados (10, 20, 23). Los protocolos deben estar diseñados de acuerdo a la dinámica de cada servicio, especificando la sintomatología, como criterio necesario para implementación de algoritmos (24, 25, 34, 35). Lograr su adherencia es indispensable, esto puede ser fortalecido mediante programas de formación estructurados, contribuyendo al crecimiento de la autonomía de la enfermera. Adicional, es necesario garantizar la formación continua de los profesionales de enfermería en práctica avanzada, la literatura recomienda que deben cumplir con un nivel de formación en maestría lo que brindará mayor seguridad, exactitud y pertinencia en la atención de triage (3, 11, 30).

En relación con lo anterior y la realidad colombiana, se evidencia que la ley vigente, delimita al personal de enfermería en la solicitud de imágenes diagnósticas o paraclínicos especializados (28). Otros estudios no recomiendan el ejercicio de triage avanzado por parte de la enfermera, debido a aumento de costos por solicitud de exámenes no pertinentes, pero aun así reconocen el papel del profesional en otro ámbito como la reducción del tiempo de espera e intervención (29).

CONCLUSIONES

Estos resultados bibliográficos sirven de base sólida para pensar en aplicar el triage avanzado en Colombia como una estrategia para mejorar el proceso de atención en el servicio de urgencias. Su implementación, implicaría cambios en las guías de manejo del paciente en urgencias por parte de las instituciones de salud, tomando como ejemplo los estudios realizados en países donde se aplica el triage avanzado como es el caso de Australia y Canadá, que han demostrado la efectividad de la práctica avanzada de enfermería en el servicio de urgencias.

“es necesario garantizar la formación continua de los profesionales de enfermería en práctica avanzada”.

Implementar esta estrategia en Colombia tendría impacto en el profesional de enfermería y en la atención de los pacientes, por lo tanto, se debe participar en la construcción de propuestas eficaces que permitan que nuestra legislación avale prácticas avanzadas y por otro lado incentivar nuestros profesionales a mejorar su nivel académico a través de posgrados y una mejor formación.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gómez Jiménez J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triage estructurado. *Emergencias*. 2006; 18:156-64.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 5596 de 2015. 2015; 2015:5. Available from: <http://achc.org.co/wp-content/uploads/2017/08/RESOLUCIÓN-No-5596-DE-2015-MINSALUUD-TRIAGE.pdf>
- López Alonso SR, Linares Rodríguez C. Enfermera de Práctica Avanzada para el triage y la consulta finalista en los servicios de urgencias. *Index de Enfermería* [Internet]. 2012 Jun;21(1-2):5-6. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000100001&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Jobé J Abstracts presented at the fourth symposium of the Belgian Society of Emergency and Disaster medicine (Besedim), Brussels, January 19th, 2013, *Acta Clinica Belgica*, 68:6, 482-493, DOI: 10.1179/acb.2013.007
- Considine J, Lucas E, Payne R, Kropman M, Stergiou HE, Chiu H. Analysis of three advanced practice roles in emergency nursing. *Australas Emerg Nurs J*. 2012 Nov; 15(4):219-28.
- Elder E, Johnston ANB, Crilly J. Review article: Systematic review of three key strategies designed to improve patient flow through the emergency department. Vol. 27, *EMA - Emergency Medicine Australasia*. Blackwell Publishing; 2015. p. 394-404.
- Stauber MA. Advanced Nursing Interventions and Length of Stay in the Emergency Department. *J Emerg Nurs*. 2013 May;39(3):221-5.
- Galiana-Camacho T, Gómez-Salgado J, García-Iglesias JJ, Fernández-García D. Enfermería de práctica avanzada en la atención urgente, una propuesta de cambio: revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. 2018;92:43-56.
- Woo BFY, Lee JXY, Tam WWS. The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: A systematic review. Vol. 15, *Human Resources for Health*. BioMed Central Ltd.; 2017.
- Jobe J, Ghuysen A, D'Orio V. Advanced nurse triage for emergency department. *Rev Med Liege*. 2018;73(5-6):229-36.
- Considine J, Martin R, Smit D, Jenkins J, Winter C. Defining the scope of practice of the emergency nurse practitioner role in a metropolitan emergency department. *Int J Nurs Pract*. 2006;12(4):205-13.
- W.W. C, L. H, J.L. P. An advance triage system. *Accid Emerg Nurs* [Internet]. 2002;10(1):10-6. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L35677832>
- Shrimpling M. Redesigning triage to reduce waiting times. *Emerg Nurse*. 2002;10(2):34-7.
- Chaves de Souza C, Santos Diniz A, de Lourdes Teixeira Silva L, Regina Ferreira da Mata L, Couto Machado Chianca T. Nurses' perception about risk classification in an emergency service. *Investig y Educ en Enfermería* [Internet]. 2014 Feb 15;32(1):78-86. Available from: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/18570/15960>
- Carballo Cardona C. Triage avanzado: Es la hora de dar un paso adelante. *Emergencias*. 2015;27(5):332-5.
- Acosta AM, Duro CL, Lima MA. Activities of the nurse involved in triage/risk classification assessment in emergency services: an integrative review. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2012;33(4):181-90. Available from: <http://www.scielo.br/%0Ahttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23596933>
- Becker JB, Lopes MCBT, Pinto MF, Campanharo CRV, Barbosa DA, Batista REA. Triage at the Emergency Department: association between triage levels and patient outcome. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2015;49(5):783-9.
- Viola DCM, Cordioli E, Pedrotti CHS, Iervolino M, Bastos Neto A da S, Almeida LRN de, et al. Advanced units: quality measures in urgency and emergency care. *Einstein (São Paulo)*. 2015;12(4):492-8.
- Vuille M, Foerster M, Foucault E, Hugli O. Pain assessment by emergency nurses at triage in the emergency department: A qualitative study. *J Clin Nurs*. 2018 Feb 1;27(3-4):669-76.
- Ferguson A, Coates DE, Osborn S, Blackmore CC, Williams B. Early, Nurse-Directed Sepsis Care. *Am J Nurs*. 2019 Jan 1;119(1):52-8.
- Moser MS, Abu-Laban RB, Van Beek CA. Attitude of emergency department patients with minor problems to being treated by a nurse practitioner. *Can J Emerg Med*. 2004;6(4):246-52.
- Steiner IP, Nichols DN, Blitz S, Tapper L, Stagg AP, Sharma L, et al. Impact of a nurse practitioner on patient care in a Canadian emergency department. *Can J Emerg Med*. 2009;11(3):207-14.
- J. C, R. M, D. S, J. J, C. W. Defining the scope of practice of the emergency nurse practitioner role in a metropolitan emergency department. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2006;12(4):205-13. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L44260775>
- Domagala SE, Vets J. Emergency Nursing Triage: Keeping It Safe. *J Emerg Nurs*. 2015 Mar 21;41(4):313-6.
- Black, Adam. Dawood, Mary. *International Emergency Nursing: A comparison in independent nurse prescribing and patient group directions by nurse practitioners in the emergency department: A cross sectional review*. 2014. 22 (1) 10-17
- Heale R, Butcher M. Canada's First Nurse Practitioner-Led Clinic: A Case Study in Healthcare Innovation. *Nurs Leadersh*. 2013 Oct 10;23(3):21-9.
- Lukes T, Schjodt K, Struwe L. Implementation of a nursing based order set: Improved antibiotic administration times for pediatric ED patients with therapy-induced neutropenia and fever. *J Pediatr Nurs*. 2019 May 1;46:78-82.
- Burgess L, Kynoch K, Hines S. Implementing best practice into the emergency department triage process. *Int J Evid Based Healthc*. 2019 Mar 1;17(1):27-35.
- Svirsky I, Stoneking LR, Grall K, Berkman M, Stolz U, Shirazi F. Resident-initiated advanced triage effect on emergency department patient flow. *J Emerg Med*. 2013 Nov;45(5):746-51.
- Tam HL, Chung SF, Lou CK. A review of triage accuracy and future direction. *BMC Emerg Med*. 2018 Dec;18(1).
- Traub SJ, Wood JP, Kelley J, Nestler DM, Chang YH, Saghaian S, et al. Emergency department rapid medical assessment: Overall effect and mechanistic considerations. *J Emerg Med*. 2015 May 1;48(5):620-7.
- Innes K, Jackson D, Plummer V, Elliott D. A profile of the waiting room nurse in emergency departments: An online survey of Australian nurses exploring implementation and perceptions. *Int Emerg Nurs*. 2019 Mar 1;43:67-73.
- Vazirani J, Knott JC. Mandatory pain scoring at triage reduces time to analgesia. *Ann Emerg Med*. 2012;59(2).
- Salmerón JM, Jiménez L, Miró Ò, Sánchez M. Análisis de la efectividad y seguridad de la derivación sin visita médica desde el triage del servicio de urgencias hospitalario por personal de enfermería acreditado utilizando el Programa de Ayuda al Triage del Sistema Español de Triage. *Emergencias*. 2011;23(5):346-55.
- Silvariño R, Acevedo V, Moyano M, Méndez E, Paolillo E, Russi U, et al. Experiencia de triage estructurado en el departamento de urgencia. *Rev Médica del Uruguay* [Internet]. 2011;88-93. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902011000200005&lang=pt
- Black A. Non-medical prescribing by nurse practitioners in accident & emergency and sexual health: A comparative study. *J Adv Nurs*. 2013;69(3):535-45.
- Black A, Dawood M. A comparison in independent nurse prescribing and patient group directions by nurse practitioners in the emergency department: A cross sectional review. *Int Emerg Nurs*. 2014;22:10-7.



Narrativa de enfermería: de frente a la muerte por una enfermedad inmunoprevenible

Estefanía Neira Jaimes ¹

Nursing narrative: facing death from a vaccine-preventable disease

Palabras clave: Tos ferina, experiencia, narrativa, vacunación, enfermedades prevenibles.

¹ Enfermera egresada de la Fundación Universitaria del Área Andina, profesional asistencial de la Unidad Obstétrica, Fundación Santa Fe de Bogotá, estefanianeira@hotmail.es

Haber perdido a mi hija a causa de la tos ferina y con tan solo 24 días de nacida, ha sido una de las experiencias más difíciles de mi vida. Como profesional en el área de la salud, sentir la impotencia al no poder intervenir durante su atención; y como madre, la frustración y culpa por no haberme vacunado contra la DTaP (difteria, tétanos, tos ferina- vacuna que en el año 2011 no estaba disponible como hoy lo está para todas las gestantes) la cual le hubiese podido salvar la vida. Aprendí la importancia de la vacunación y conocí la estrategia capullo como herramientas para la reducción de la morbilidad secundaria a esta enfermedad.

Durante el ejercicio de nuestra profesión, hemos enfrentado situaciones complejas con nuestros pacientes, logrando ser partícipes del dolor y de la impotencia que ellos viven. Sin embargo, no estamos exentos de vivir estas situaciones en carne propia, como por ejemplo la muerte de un hijo. Sin duda, una de las experiencias más dolorosas que un ser humano puede vivir, y por la que ninguno de nosotros quisiera pasar.

En marzo del año 2011 éramos una familia de tres, decidimos con mi esposo tener nuestro segundo hijo, comenzamos a preparar todo para poder cumplir nuestro sueño. La noticia llegó pronto, le dábamos gracias a Dios por darnos la oportunidad de ser padres de nuevo, el embarazo transcurrió dentro de la normalidad, Isabella (nombre real) nació el 30 de diciembre de 2011, fue un momento maravilloso, estaba completamente sana, eso nos aliviaba enormemente. Ella llegó a completar nuestra familia, nuestro hogar y a darnos felicidad.





Sin embargo, en sus primeras semanas de vida, exactamente cuando tenía 21 días de nacida su condición de salud comenzó a cambiar, presentó síntomas respiratorios, mi corazón de mamá me decía que algo no estaba bien, lo que inicio como una inocente tos en cuestión de segundos evolucionó a movilización de secreciones en sus vías respiratorias altas, decidimos llevarla a consulta de urgencias para evitar que se complicara. Al ser valorada por el médico de turno su diagnóstico fue bronquiolitis y la dejaron en observación por requerimientos de oxígeno.

La situación cada vez fue más compleja, durante dos días nuestra hija estuvo en observación en el área de urgencias, con suministro de oxígeno y terapia respiratoria, queríamos sentirnos tranquilos y esperanzados en que ella se podría recuperar, pero Isabella se iba complicando, sin que pudiéramos darnos cuenta de su real estado de salud. Al tomar la radiografía de control,

su diagnóstico fue de neumonía multilobar, se remitió a unidad de cuidado intermedio donde comenzó a recibir tratamiento antibiótico, pero, era demasiado tarde, este no hizo el efecto esperado, nuestra hija pronto pasó a ser paciente de la unidad de cuidado intensivo neonatal, ya que su deterioro fue muy rápido, su evolución era tórpida. Los especialistas hacían lo mejor que podían, pero nosotros como padres y trabajadores de la salud nos sentíamos impotentes al ver de frente como se iba apagando la vida de nuestra hija, nuestra amada, deseada y planeada hija, un sueño convertido en pesadilla.

Como profesionales del área de la salud sabemos que, aunque hay un manejo integral en la atención del paciente, hay situaciones difíciles de controlar, enfermedades muy agresivas que dejan secuelas graves, pero como mamá tenía mucha fe, le rogaba a Dios y a la pediatra a cargo que sanaran a mi hija, que no la dejaran morir, pero todos los exámenes de laboratorio mostraban que mi hija tenía una sepsis, de la cual no se recuperaría. Comenzó a tener un retroceso en su condición de salud, hizo por lo menos 10 paros respiratorios e incluso en uno de ellos mi esposo llegó a darle masaje cardíaco, sin duda, el momento más difícil para él, quien con el corazón roto veía la impotencia que sentía, él siendo médico y que no podía hacer nada por salvar la vida de su hija. Finalmente, el 23 de enero de 2012 a las 13:05 Isabella falleció, inevitablemente nosotros éramos los protagonistas de la peor tragedia que un padre puede vivir, nuestra hija, nuestra ilusión se había ido para siempre, en frente de nuestros ojos, sin poder hacer nada.

“Como profesionales del área de la salud sabemos que, aunque hay un manejo integral hay situaciones difíciles de controlar, enfermedades muy agresivas que dejan secuelas graves, pero como mamá tenía mucha fe, le rogaba a Dios y a la pediatra a cargo que sanaran a mi hija, que no la dejaran morir”

Fue difícil recibir la noticia de parte del personal de salud, ellos cuidaron cada detalle, nos brindaron apoyo psicológico y emocional, sin embargo, quería desaparecer y poderme quitar ese dolor del alma y del corazón, pero nada podía remediarlo, nuestro mundo se estaba desplomando.



Duelo por la pérdida de un hijo

Ha sido difícil vivir con su ausencia, también ha sido difícil aceptarlo, creo que nunca lo haré, pero esta situación nos ha permitido ejercer nuestras profesiones con más compasión hacia los demás, especialmente hacia los que pierden un hijo porque sabemos lo que se siente.

Cuando una persona fallece hay un calificativo para el doliente, por ejemplo, si mueren los padres te conviertes en huérfano, si muere tu esposa te conviertes en viudo, pero no hay forma de calificar a un padre que pierde a su hijo. El dolor que genera esta pérdida es incalculable, esperas dar todo de ti a una persona que se fue más rápido de lo esperado y cada día imaginas y dices: “así estaría mi bebé”.

Independientemente del momento o de la edad que tenga, perder un hijo genera un gran dolor y un vacío en el corazón, surgen interrogantes como: ¿Por qué a nosotros? ¿Qué hicimos mal?, o peor aún, ¿hubiéramos podido hacer algo diferente para que nuestra hija este viva? Todas estas preguntas aún no tienen respuesta y creo que nunca la tendrán. Con el pasar de los días comenzamos a indagar acerca de cuál pudo haber sido la causa de la muerte de nuestra hija, pero nosotros estábamos lejos de imaginarnos que nos estábamos enfrentando a la bacteria *Bordetella Pertussis*, tristemente nuestra hija tenía tos Ferina.

Tos ferina, una enfermedad reemergente

La tos ferina es una infección respiratoria altamente contagiosa causada por *Bordetella Pertussis*, una bacteria cocobacilo gramnegativo, que afecta a todos los grupos de edad, pero es especialmente grave en los primeros meses de vida. Esta enfermedad ha tenido un crecimiento significativo en su incidencia a nivel mundial, los casos se ven en menores de 18 meses, pero la tasa de letalidad se concentra en los menores de tres meses. (1)

Es una enfermedad prevenible que se creía erradicada en nuestro país, pero que sigue causando muertes a nivel mundial, especialmente en los países en vía de desarrollo. Es una infección respiratoria altamente contagiosa que se transmite de persona a persona, afecta principalmente a los niños menores de 60 días de nacidos, ya que no han recibido su primera dosis de la vacuna DTap (difteria, tétanos, tos ferina). Cualquier persona puede adquirir esta infección si tiene contacto con esta bacteria, incluso más de una vez, pero en menores de un año esta enfermedad puede ser mortal, en los adultos puede llegar a ser asintomática o simplemente se confunde con un resfriado común, es más, los adultos somos su reservorio, su medio de transporte y multiplicación.



Plan de contingencia

En Bogotá se han hecho grandes esfuerzos por tener la mayor cobertura dentro del plan ampliado de inmunizaciones, pero a pesar de todo esto, aún hay desconocimiento acerca de las vacunas que existen en el mercado y que permiten ampliar la inmunidad de las madres gestantes y de los menores de 0 a 5 años.

Como madre desconocía la importancia de la aplicación de una vacuna que reducía el riesgo de complicaciones relacionadas con la enfermedad y la cual hubiera protegido a mi hija, y es por esto que me animo a hablar sobre mi experiencia y como se puede prevenir, para que otras personas no pasen por una situación semejante.

A raíz de las muertes que hubo entre 2011 y 2012 por esta enfermedad se implementaron a nivel distrital y nacional una serie de estrategias que buscan disminuir la morbi-mortalidad asociada a esta causa.

Entre las principales medidas preventivas están:

1. Vacunar a todas las madres gestantes: Toda mujer en estado de embarazo que tenga una edad gestacional mayor a 26 semanas debe administrarse la vacuna DTaP (difteria, tétanos, tos ferina). Lo que se pretende es transmitir anticuerpos al feto a través de la barrera feto-placentaria para que no esté completamente desprotegido durante sus primeros 2 meses de vida, razón por la cual, es importante vacunarse con cada embarazo, así el periodo intergenésico sea corto.
2. Vacunación a todo el personal de salud: Todas las personas que hacen parte de la atención de madres gestantes y niños menores de 18 meses deben estar inmunizados para evitar la propagación de la bacteria B. Pertussis en el medio intrahospitalario.
3. Estrategia capullo: Consiste en vacunar a todo el entorno del bebé, si la familia está vacunada ya está protegido el bebé, se educa a la familia acerca de la importancia de no permitir que ninguna persona que se encuentre con sintomatología gripal se acerque a los recién nacidos.

Aunque se ha logrado reducir la mortalidad por tos ferina, se siguen presentando casos que me llenan de impotencia y dolor, es por eso que considero importante que las personas conozcan cada vez más acerca de esta enfermedad, como los signos y síntomas, la prevención y lo más importante, cuál es el momento más indicado para acceder a los servicios de salud e iniciar un tratamiento eficaz y oportuno.

Misión de vida

Mi hija se fue y me dejó muchas enseñanzas que quiero transmitir a mis pacientes. A través de mi experiencia quiero que la gente reflexione acerca de una enfermedad que, aunque muchos creen erradicada, sigue cobrando la vida de muchos niños. En nuestras manos está el protegerlos.

Algunas personas pueden considerar que es exagerado implementar estas estrategias, creen que el porcentaje de niños que mueren y/o enferman a causa de la tos ferina no es una cifra representativa para las estadísticas y que solamente se pretende “alarmar” a la población, sin embargo, no es un número más, es lo que representa para nuestra sociedad la pérdida de una vida que hasta ahora inicia. Para nosotros, nuestra hija era un anhelo profundo del corazón, si hubiéramos tenido este tipo de información nuestra vida sería diferente. Estrategias “sobreevaluadas” según algunos pueden hacer la diferencia en los desenlaces, la vacunación a las gestantes y la protección a los niños por medio de la estrategia capullo, son dos simples acciones que cambian todo el panorama.

En el ejercicio de mi profesión como enfermera de la unidad obstétrica siempre trato de ser una voz de aliento en las personas que enfrentan la pérdida de su hijo en diferentes edades gestacionales y por diferentes causas, quiero darles un mensaje que les de fortaleza y que tengan la ilusión de que en algún momento la vida les dará nuevas razones para salir adelante, poder ser feliz de nuevo aunque sienta uno morir en vida.

Referencias

1. Grande Tejada, AM. (2016). Actualización en tosferina. *Pediatría Atención Primaria*, 18(Supl. 25), 41-46. Recuperado en 03 de diciembre de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322016000500007&lng=es&tlng=es.



Del Arte del cuidado de Enfermería al Arte en el cuidado

¹ Sonia Echeverri, Enf., MSc, FASPEN

¹ Enfermera, Magister en Bioética, Fellow of Aspen (Faspen).
Vicepresidente Felanpe Región Centro, Miembro del comité de Ética
Hospitalaria HUFSTB echeverrisonia@hotmail.com

“...La Enfermería es un arte,
y si se pretende que sea un arte,
requiere una devoción tan exclusiva,
una preparación tan dura, es como
el trabajo de un pintor o de un escultor,
pero ¿cómo puede compararse la tela
muerta o el frío mármol con el tener
que trabajar con el cuerpo vivo,
el templo del espíritu de Dios?
...Es una de las bellas artes, casi diría,
la más bella de las bellas artes.”⁽¹⁾
Florence Nightingale, 1859.

Este artículo tiene como objetivo presentar en forma sencilla y lineal el tema del arte del cuidado de la profesión de enfermería, y la utilización del arte como elemento integrador del cuidado de enfermería.

El arte del cuidado de Enfermería

La enfermería es una ciencia en la que se conjugan el conocimiento, el corazón, la fortaleza y el humanitarismo. Su esencia reside en la imaginación creativa, la intuición, la sensibilidad, la solidaridad y la comprensión inteligente, que constituyen el fundamento real de los cuidados de enfermería (2).

La Enfermería reconoce el cuidado como la razón de ser y objeto de estudio de la profesión; el arte del cuidado, cuya finalidad es la persona humana con sus atributos únicos e irrepetibles, hace referencia a la utilización creadora y estética de la ciencia de la enfermería, su expresión ocurre a partir de la integralidad del otro como ser holístico para lo cual se fusionan diversos componentes: la relación interpersonal, respetando creencias, valores y costumbres (su realidad histórica); la aplicación del conocimiento, incluidas técnicas y procedimientos; la reflexión, el juicio crítico y la intuición que permiten crear el cuidado enfermero (3).



La intuición, uno de los factores que favorece percibir al otro en las esferas biopsicosocial y espiritual, es según H. Bergson “la facultad que se ocupa del tiempo o del espíritu, nos permite captar lo único, lo singular e irrepetible; el concepto de intuición implica la captación inmediata de la realidad.” Es de esa intuición, aunque no de lo único, de lo que Enfermería aprovecha para reconocer necesidades especiales del paciente y de la comunidad, y aplicar las diferentes herramientas y terapias que requieren individuos y colectivos, en determinados momentos y en condiciones específicas. (8)

La ciencia y el cuidado, la caridad y el humanitarismo han sido objeto de expresión artística a través de los tiempos. Un ejemplo de esta afirmación son las obras de dos conocidos españoles de finales del Siglo XIX, “La visita de la madre al hospital” pintura al óleo de Enrique Paternina (1892), Museo del Prado de Madrid, y que al parecer sirvió de inspiración al gran Pablo Picasso, quien a los 15 años pintó la famosa Ciencia y Caridad (1897), expuesta en el Museo Picasso de Barcelona. Según los críticos de arte se trata de una obra de realismo social que hace hincapié en los sentimientos filantrópicos y el avance de la ciencia (Figuras 1 y 2). Son obras que, sin duda, enaltecen el cuidado, por lo que han sido utilizadas, en especial Ciencia y Caridad, para ilustrar innumerables artículos, textos y presentaciones científicas cuando se aborda el tema de la virtud, altruismo, y en la actualidad, el de la humanización del cuidado que brinda no solo enfermería sino medicina y otras profesiones de la salud.



Figura 1. La visita de la madre al hospital (1892). Enrique Paternina García-Cid (España 1866 - 1917). Tomado de: <https://www.flickr.com/photos/104901827@N06/35191604906/>



Figura 2. Ciencia y caridad (1897). Pablo Picasso. España 1881 - 1973. Tomado de: https://www.ecured.cu/Ciencia_y_Caridad

El arte en el cuidado de Enfermería

La utilización del arte en el cuidado, no solo en el de enfermería sino en el de otras disciplinas como la medicina, ha mostrado beneficios innegables e indiscutibles cuya consecuencia es su aplicación generalizada en el entendimiento y tratamiento del ser humano.

Diversos relatos históricos dan cuenta de las propiedades terapéuticas del arte y de los beneficios en alcanzar la armonía mente - cuerpo del individuo. Sin embargo, fue en la Segunda Guerra Mundial cuando el arte empezó a considerarse parte del armamentario terapéutico.

En esta historia cobra especial importancia Adrian Keith Graham Hill, inglés, considerado por muchos el fundador de la terapia del arte, como se documenta en su libro *Art versus illness* (1945) (4). Una tuberculosis lo obligó a reposar por largo tiempo en un sanatorio y fue a través del “simple acto de dibujar” que superó el aburrimiento; el arte se convirtió en un medio para pasar el tiempo y expresar sus frustraciones. En 1942, mientras Hill enseñaba arte a un pequeño grupo de pacientes que se recuperaba de la tuberculosis en el sanatorio, comenzó a visualizar este esparcimiento como “la panacea para el aburrimiento, una forma de escape que combinaría las virtudes de un valor creativo y curativo”, más adelante propuso crear un programa de terapia adecuado. Hill dijo a sus pacientes interesados: “Estar felizmente ocupado es en todo momento un regalo de los dioses, y en un período de larga convalecencia, es una gracia salvadora positiva... El germen del arte una vez que se planta firmemente en la mente y el corazón, es mucho más difícil de desalojar que cualquier otro germen con el que estén más familiarizados...” (4).



Fue así como Adrian Hill, en 1942, acuñó el término Terapia de Arte, y pese a que su propuesta tuvo un comienzo modesto, su influencia se extendió a medida que más personas se le unieron para promover la curación a través de las artes. Pocos años después la Asociación Nacional para la Prevención de la Tuberculosis implementaría un programa de terapia de arte en más de 70 hospitales y sanatorios. Y fue solo el comienzo...

A partir de entonces, la práctica del arte terapéutico se extendió a diversos escenarios y contextos trascendiendo los de asistencia sanitaria y educación. La arteterapia moderna se fundamenta en el principio básico de que el arte puede sanar. Su aplicación es cada vez más flexible y ajustada a una sociedad que busca aprender a vivir una vida sana y saludable, a tener una mente sana en cuerpo sano, y un espíritu equilibrado en un cuerpo equilibrado.

La arteterapia ha demostrado utilidad en el diagnóstico de enfermedades como el Alzheimer, en el tratamiento de enfermedades psiquiátricas, trastornos psicológicos, dolencias físicas graves o crónicas; ha tenido impacto en la prevención de desajustes emocionales, de alteraciones conductuales menores, así como en la detección precoz de perturbaciones de la infancia como la hiperactividad, escasa concentración y baja autoestima, entre otros (6).

Ha ganado también un espacio importante en el ámbito social (en cárceles, grupos marginados y vulnerables, hogares de paso, violencia familiar, abusados, desplazados, drogadictos y alcohólicos, y en muchas otras alteraciones y situaciones que lastiman el alma...) (5,7).

En la actualidad el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) introduce herramientas y alternativas novedosas en los cuidados tradicionales, algunas de ellas poco estudiadas como la utilización de diversas formas de arte como terapia complementaria (5). Es precisamente en salud mental donde ha tenido más fuerza, toda vez que permite actuar en dos escenarios: la terapia y la prevención (5). Contextos en los que la competencia disciplinar de enfermería tiene un lugar preponderante y en los que debería ganar mayor espacio y posicionamiento.

La arteterapia abarca intervenciones a través de cualquier forma de arte: la pintura, la fotografía, la música o el teatro. Su campo de acción comprende el asistencial, el educativo, el investigativo y el social (5). Corresponde al profesional en Enfermería, conocer, investigar e incluir en el PAE este tipo de terapia, que como mínimo, ayudará a mejorar la comunicación no verbal, la estimulación cognitiva, y prevenir síntomas depresivos o ansiosos que acompañan patologías y ciertas soledades.

Conclusión

El arte terapéutico llegó para quedarse y para avanzar en diversos escenarios. Así lo han entendido la sociedad, la comunidad médica, los gobernantes, los que luchan por los derechos humanos, esa comprensión de que el arte alivia, sana y enriquece el alma es lo que ha permitido que se invierta en investigación, prevención y asistencia. La Fundación Santa Fe de Bogotá, es una de las tantas instituciones de salud en Colombia que han entendido estos conceptos y lo han integrado en el cuidado diario que ofrecen a los pacientes, familias y cuidadores.

El personal de Enfermería debe estar preparado no solo para acompañar todos estos procesos sino para proponer cambios y adiciones en el cuidado que brinda, y responder de esta forma a las necesidades y nuevas realidades.

Referencias bibliográficas

1. Nightingale F. Notas sobre enfermería: qué es y qué no es. Masson. 1990 [Internet]. Citado el 5 diciembre 2019. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=nSqzXx6jNEEC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
2. Echeverri de Pimiento S. Enfermería: el arte y ciencia del cuidado. Medicina, 2003; 25(3): 172-85.
3. León Román CA. Enfermería ciencia y arte del cuidado. Rev Cubana Enfermer. [internet] 2006 [citado 5 diciembre 2019]; 22(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007
4. Hill A. Art Versus Illness. London: George Allen and Unwin. 1945.
5. Arriola Sarraide I. El arte como terapia en salud mental. [internet]. 2014. [Citado 6 diciembre 2019]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10810/13029>
6. Erkinen MG, Gutiérrez Zúñiga R, Carnero Pardo C, et al. Artistic Renaissance in Frontotemporal Dementia. JAMA. 2018;319(13):1304-6.
7. Bang C. Prácticas participativas que utilizan arte, creatividad y juego en el espacio público: un estudio exploratorio desde la perspectiva de atención primaria de salud integral con enfoque en salud mental. Universidad de Buenos Aires Buenos Aires, Argentina: Anuario de Investigaciones [internet]. 2011 [Citado 5 diciembre 2019]; 18:331-8. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139947035>
8. Bergson H. L'intuition philosophique. Revue de métaphysique et de morale. 1911 Nov 1;19(6):809-27.







*“Transformar el nivel de
la profesión de enfermería,
es posible”*

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

Facebook: /fsfb.org
Twitter: @FSFB_Salud



Fundación
Santa Fe de Bogotá