

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Indexada por/Indexed by/Indexada por:

Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS-BIREME)
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América

Latina y del Caribe, España y Portugal (LATINDEX)

Índice Nacional de Publicaciones Seriadas Científicas y Tecnológicas Colombianas (PUBLINDEX), categoría A2

Fuente Académica de EBSCO

Scientific Electronic Library Online (SciELO-Colombia)

Incluida en la Base de Datos CUIDEN de la Fundación INDEX y en
Virginia Henderson International Nursing Library
Directory of Open Access Journals (DOAJ)

Esta revista es financiada por el Fondo de la Unidad de Gestión de Investigación de la
Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Colombia, Sede Bogotá



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA

IGNACIO MANTILLA PRADA
RECTOR GENERAL

JORGE IvÁN BULA ESCOBAR
VICERRECTOR GENERAL

JUAN MANUEL TEJEIRO SARMIENTO
VICERRECTOR ACADÉMICO

DIEGO FERNANDO HERNÁNDEZ LOSADA
VICERRECTOR SEDE BOGOTÁ

CATALINA RAMÍREZ GÓMEZ
SECRETARIA GENERAL
CONSEJO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

RENATA VIRGINIA GONZÁLEZ CONSUEGRA
DECANA
PRESIDENTA DEL CONSEJO DE FACULTAD

LUZ PATRICIA DÍAZ HEREDIA
VICEDECANA

MARTHA PATRICIA BEJARANO
DIRECTORA DE BIENESTAR

RUBY LEONOR TOBAR
DIRECTORA DE LA UNIDAD ACADÉMICA BÁSICA DE SALUD DE COLECTIVOS

SANDRA GUERRERO GAMBOA
DIRECTORA DE LA UNIDAD ACADÉMICA BÁSICA DE ENFERMERÍA

FANNY RINCÓN OSORIO
DIRECTORA DE CARRERA

LORENA CHAPARRO DÍAZ
DIRECTORA CENTRO DE EXTENSIÓN E INVESTIGACIÓN
DIRECTORA UGI

WILLIAM ARLEY TARAZONA CÁCERES
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL DE PREGRADO

MAGDA LUCÍA FLÓREZ
SECRETARIA DE FACULTAD
SECRETARIA CONSEJO DE FACULTAD

AVANCES EN ENFERMERÍA

Clara Virginia Caro C. Ph.D.

DIRECTORA

EDITORA JEFE

Universidad Nacional de Colombia, Colombia

Xavier Humberto Páez Ochoa

EDITOR ASISTENTE

Licenciado en Español y Filología Clásica

Universidad Nacional de Colombia, Colombia

COMITÉ EDITORIAL

María Magdalena Alonso Castillo, Ph.D.

Universidad Autónoma de Nuevo León, México

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha, Pós-Doutorado

Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil

Daniel Eslava A., Ph.D.

Pontificia Universidad Javeriana

Zuila Maria de Figueirêdo Carvalho, Ph.D.

Universidade Federal do Ceará, Brasil

Jennifer W. Foster, Ph.D.,

Emory University

Yariela N. González Ortega, Ph.D.

Universidad de Panamá, Panamá

Lorena Chaparro Díaz, Ph.D.

Directora Centro de Extensión e Investigación

Mary Luz Jaimes Valencia, Ph.D.

Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia

Ana Luisa Velandia, Ph.D.

Universidad Nacional de Colombia

Yrene Urbina Rojas, Ph. D.

Universidad Nacional de Tumbes, Perú

Alba Idaly Muñoz, Ph. D.

Universidad Nacional de Colombia, Colombia

COMITÉ CIENTÍFICO

Marie-Luise Friedemann, Ph.D. RN, Florida International University, Miami, Florida, EE. UU.

Esther Gallegos Cabriales, Ph.D. México

María Elisa Moreno, Ph.D. Colombia

Omar Antonio Parra, Ph.D. Colombia

Roseni de Sena, Ph.D. Brasil

AVANCES EN ENFERMERÍA

Misión

La revista Avances en Enfermería es un medio de socialización para los productos científicos derivados de la investigación —revisión de temas, experiencias y reflexiones— de las diferentes comunidades académicas y asistenciales nacionales e internacionales que contribuyen al desarrollo teórico de la disciplina profesional de enfermería.

Visión

Ser un referente nacional e internacional en la divulgación del conocimiento en enfermería y salud, a través de la publicación de piezas científicas de alta calidad que contribuyan al desarrollo de la disciplina.

Mission

The journal Avances en Enfermería is a communication mean to disseminate scientific outcomes derived from research —revision of topics, experiences and reflections— of the various national and international health entities and academic communities that contribute to theoretical growth of the professional nursing trade.

Vision

Become a national and international benchmark in the dissemination of knowledge about areas of nursing and health through the publication of high-quality scientific papers that contribute to the development of the trade.

Missão

A revista Avances en Enfermería é um meio de divulgação dos produtos científicos derivados da pesquisa —revisão de temas, experiências e reflexões— das diferentes comunidades acadêmicas e previdenciárias nacionais e internacionais que contribuem com o desenvolvimento teórico da disciplina profissional da enfermagem.

Visão

Ser um referente nacional e internacional na divulgação do conhecimento nas áreas de enfermagem e saúde através da publicação de trabalhos científicos de alta qualidade que contribuam com o desenvolvimento da disciplina.

Es la publicación oficial científica seriada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá; Colombia, Sur América. Se creó en mayo de 1982 y publica contribuciones originales de enfermería, disciplinas relacionadas con salud y otros campos de desempeño, aportes al mejoramiento de las condiciones de salud y de vida de las poblaciones, y contribuciones al desarrollo de los sistemas de salud.

Divulga artículos inéditos, en idiomas español, inglés y portugués, es decir: documentos que no han sido publicados antes en otros formatos (electrónicos o impresos) y que no han sido sometidos a consideración de otras publicaciones o medios.

- Los usuarios de la revista son profesionales de la salud y de las ciencias humanas y sociales.
- Se puede acceder al texto completo de los artículos a través de la página web de la revista (<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/index>).
- Reproducción: prohibida la reproducción impresa de artículos con fines no académicos.
- Las opiniones y juicios emitidos son responsabilidad de los autores y no comprometen a la revista ni a la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

AVANCES EN ENFERMERÍA

<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/index>

e-mail: revavenf_febog@unal.edu.co

Volumen XXXII N.º 1 enero-junio 2014

ISSN (impreso): 0121-4500

ISSN (en línea): 2346-0261 av.enferm.

© Facultad de Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

Diseño de carátula: David Consuegra

Diagramación: Julián Hernández-Taller de diseño

Preparación editorial e impresión:

Digiprint Editores E.U.

Impreso en Colombia-Printed in Colombia

PARES EVALUADORES DEL PRESENTE NÚMERO

MG. GLORIA INÉS PRIETO DE ROMANO
Expresidenta Tribunal Nacional de Ética de Enfermería

DRA. ALEJANDRINA ARRATIA FIGUEROA
Universidad Andrés Bello

ESP. SUSY ESMERALDA HORTA BUITRAGO
Hospital Universitario San Ignacio

MG. FANNY RINCÓN O.
Universidad Nacional de Colombia

MG. JHONNY WALYT CRUZ RIVEROS
Fundación Universitaria del Área Andina

MG. OLGA JANETH GÓMEZ
Universidad Nacional de Colombia

DRA. GLORIA CARVAJAL CARRASCAL
Universidad de la Sabana

DRA. VIVIANA MARYCEL CÉSPEDES CUEVAS
Universidad Nacional de Colombia

DRA. RENATA VIRGINIA GONZÁLEZ CONSUEGRA
Universidad Nacional de Colombia

DRA. MYRIAM PATRICIA PARDO TORRES
Universidad Nacional de Colombia

DR. JUAN CARLOS GARCÍA UBAQUE
Universidad Nacional de Colombia

MG. BLANCA CECILIA VENEGAS BUSTOS
Universidad de la Sabana

MG. CARLOS JULIO LOZANO
Universidad Nacional de Colombia

DRA. ÁNGELA MARÍA SALAZAR MAYA
Universidad de Antioquia

MG. BEATRIZ SÁNCHEZ HERRERA
Universidad Nacional de Colombia

MG. (C) OSCAR ANDRÉS CRUZ MARTÍNEZ
Secretaría de Salud/Bogotá

MG. RUBY LEONOR TOVAR ROA
Universidad Nacional de Colombia

MG. JAVIER ALONSO BULA ROMERO
Universidad Nacional de Colombia

MG. GLORIA MABEL CARRILLO GONZÁLEZ
Universidad Nacional de Colombia

MG. BIANCA POZZA DOS SANTOS
Secretaría Municipal de Salud /Municipio de Pelotas

DRA. ALBA IDALY MUÑOZ
Universidad Nacional de Colombia

DRA. GLADYS CARMELA SANTOS FALCÓN
Universidad Nacional Mayor de San Marcos

MG. MARÍA NUBIA ROMERO BALLÉN
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

MG. LUCY MUÑOZ DE RODRIGUEZ
Universidad Nacional de Colombia

DRA. CLARA VIRGINIA CARO C.
Universidad Nacional de Colombia

MG. MYRIAM PARRA VARGAS
Universidad Nacional de Colombia

MG. LUCÍA LOZANO VELÁZQUEZ
Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen”

Contenido

EDITORIAL

01. Recreditación Programa de Enfermería Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá: en camino a la calidad de la educación
MARÍA ORFA OCHOA MONTOYA, ISLENDY NORÉÑA ACEVEDO, 9

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

- ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN
02. Valores en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Santander
Values in nursing students in Universidad de Santander
Valores nos estudantes de enfermagem da Universidade de Santander
MYRIAM DURÁN PARRA 11

03. Grado de adherencia a tratamientos en personas con riesgo cardiovascular
Degree of adherence to treatments in people with cardiovascular risk
Grau de aderência a tratamentos em pessoas com risco cardiovascular

- ## 04. Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial *Degrees of risk for therapeutical adherence in persons with arterial hypertension* *Graus de risco para a aderência terapéutica em pessoas com hipertensão arterial*

05. Identificar distracciones en el proceso de administración de medicamentos garantiza una práctica segura
To identify distractions in the process of administering medication guarantees a safe practice
Identificar distrações no processo de administração de medicamentos garante uma prática segura

06. Desarrollo y características psicométricas del instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular
Development and psychometric characteristics of the instrument to evaluate factors that influence adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment in persons with a cardiovascular disease risk factor
Desenvolvimento e características psicométricas do instrumento para avaliar os fatores que influem na aderência a tratamentos farmacológicos e não farmacológicos em pessoas com fatores de risco de doença cardiovascular

07. Factores asociados al hallazgo de lesiones preneoplásicas detectadas en citología vaginal: estudio de casos y controles
Factors linked with the discovery of preneoplastic lesion detected in pap smear: a case-control study
Fatores associados à encontrar lesões pré-neoplásicas detectado no esfregaço vaginal: estudo caso-controle

08. Visão dos profissionais sobre seu trabalho no programa de internação domiciliar interdisciplinar oncológico: uma realidade brasileira
Visión de los profesionales sobre su trabajo en el programa de internación domiciliar interdisciplinaria de cáncer: una realidad de Brasil
Vision of professionals about your work in interdisciplinary home internation program of cancer: a Brazilian reality
ADRIZE RUTZ PORTO, MAIRA BUSS THOFEHRN, DAIANE DAL PAI, SIMONE COELHO AMESTOY,
ISABEL CRISTINA DE OLIVEIRA ARRIEIRA, JEANDRO RAUBER JONER, 72

09. Calidad del transporte neonatal en el Valle del Cauca: un reto para salud <i>Quality of neonatal transport in the Valle del Cauca: challenge for the health department</i> <i>Qualidade do transporte neonatal no Valle del Cauca: um desafio para a saúde</i>	80
LUIS ALEXANDER LOVERA MONTILLA	
10. Práticas de educação em saúde de estudantes de enfermagem e de outros cursos de ensino superior <i>Health education practices of nursing students and of other higher education courses</i> <i>Prácticas de educación para la salud de los estudiantes de enfermería y de otros cursos de educación superior</i>	
AMÂNCIO ANTÓNIO DE SOUSA CARVALHO, VÍTOR MANUEL DA COSTA RODRIGUES, GRAÇA SIMÕES DE CARVALHO	92
11. Respuestas de la mujer frente a los síntomas de Síndrome Coronario Agudo basados en el Modelo Conceptual del Manejo de los Síntomas <i>Responses from women to the symptoms of Acute Coronary Syndrome based in the Conceptual Model for the Handling of Symptoms</i> <i>Respostas da mulher frente aos sintomas de Síndrome Coronária Aguda, baseados no Modelo Conceitual do Manejo dos Sintomas</i>	
CLARA INÉS PADILLA GARCÍA, XIMENA SÁENZ MONTOYA	102
12. Cuidado del bebé en la cultura guambiana: una mirada desde la cosmovisión de las madres <i>Newborn care in the Guambian culture: a view from the worldview of mothers</i> <i>Cuidado do bebê na cultura guambiana: um olhar desde a cosmovisão das mães</i>	
CLAUDIA CASTRO, CARMITA CEPEDA, VANESSA FLÓREZ, MARTHA LUCÍA VÁSQUEZ	114
13. O ruído causando danos e estresse: possibilidade de atuação para a enfermagem do trabalho <i>Ruido con daños y estrés: la posibilidad de prácticas de enfermería de trabajo</i> <i>Noise causing damage and stress: the possibility of nursing practice for occupational health nursing</i>	
JORGE LUIZ LIMA DA SILVA, FELIPE DOS SANTOS COSTA, RAONI FERREIRA DE SOUZA, JÉSSICA DE LYRA SOUSA, ROBERTA DE SOUZA OLIVEIRA	124
ARTÍCULO DE REFLEXIÓN	
14. El monitoreo estratégico: una metodología participativa para el cuidado de la salud <i>Strategic monitoring: a participative methodology for health care</i> <i>O monitoramento estratégico: uma metodologia participativa para o cuidado da saúde</i>	
LUZ EVER DÍAZ MONSALVE	139
REVISIÓN DE TEMA	
15. La enfermería y el cuidado para la salud cardiovascular: análisis de concepto <i>The nursing and the care for the cardiovascular health: concept analysis</i> <i>A enfermagem e o cuidado para a saúde cardiovascular: análise de conceito</i>	
EUGENIA HERRERA GUERRA, VIVIANA MARYCEL CÉSPEDES CUEVAS, MAGDA LUCÍA FLÓREZ	147
SITUACIÓN DE ENFERMERÍA	
16. La lección de optimismo de un paciente con cáncer: una experiencia de cuidado recíproco <i>A cancer patient's lesson in optimism: a reciprocal care experience</i> <i>A lição de otimismo de um paciente com câncer:uma experiência de cuidado recíproco</i>	
RUTH ELENA FARÍAS MOLANO	154
RESEÑAS	159
INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES	162
CERTIFICADOS DE ORIGINALIDAD	171

Reacreditación Programa de Enfermería Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá: en camino a la calidad de la educación

MARÍA ORFA OCHOA MONTOYA*
ISLENDY NOREÑA ACEVEDO**

La evaluación permanente de la calidad de los programas de pregrado de la Universidad Nacional de Colombia está contemplada en el marco de la Constitución Política de Colombia de 1991, Ley 30 de 1992, y por el Decreto 1210 de 1993, que en su artículo 6º establece: “Los programas académicos de la Universidad Nacional de Colombia se someterán a la acreditación externa que defina el Consejo Superior Universitario”.¹

Es así que el Programa de Enfermería en el año 2004 fue pionero en iniciar su acreditación ante el Consejo Nacional de Acreditación (CNA) al contar con el compromiso de las directivas y de la comunidad académica de ese año hasta obtener la acreditación de máxima calidad por siete años, según Resolución 2571 del 30 de mayo de 2006 del Ministerio de Educación Nacional, en consonancia con la cultura de la autoevaluación institucional en el logro de la excelencia académica.

A partir del segundo periodo académico de 2012, con el firme propósito de evaluar el cumplimiento de lo establecido en el plan de mejoramiento de ese entonces, se da inicio al proceso de reacreditación del programa, basado en la estructura, los procesos, los resultados obtenidos y los lineamientos aportados por la Vicerrectoría Académica, para lo cual se tienen en cuenta los siguientes componentes:

- a. *Factores*: elementos constitutivos que expresan las funciones misionales de la institución.
- b. *Características*: descripción detallada de los aspectos propios de cada factor.
- c. *Indicadores*: instrumentos que permiten medir el grado de ajuste a los criterios de calidad exigidos por el Consejo Nacional de Acreditación.

Como Política de Facultad, para comenzar este proceso se creó el lema: “La autoevaluación, un compromiso de todos”, en virtud de lo cual se convocó la participación de protagonistas internos y externos: estudiantes, razón de ser del programa; docentes, actores en el proceso de formación académica; egresados, impronta de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia; personal administrativo, facilitadores de los procesos académico-administrativos; y empleadores, beneficiarios del talento humano de la enfermería. Sin el aporte de estos protagonistas, hubiese sido difícil gestionar y obtener los factores, características e indicadores evaluados, descritos así:

1. *Misión y Proyecto Institucional*: el Proyecto Institucional de la Universidad Nacional de Colombia se soporta en sus funciones misionales, docencia, investigación y extensión para dar respuesta a las exigencias de la Nación. De esta manera, el plan curricular del Programa de Enfermería se fundamenta en líneas de desarrollo investigativo y tendencias disciplinares a nivel local, regional, nacional e internacional, con el objeto de atender las problemáticas sociales y de salud, a través de su estructura, asignaturas, dinámica y procesos pedagógicos que lo conforman².
2. *Estudiantes*: razón de ser de la institución y con los cuales se construye la academia, la investigación y el cambio social. Se identifica la necesidad de generar es-

* Coordinadora Proceso de Autoevaluación-Reacreditación. Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Género, Especialista en Salud Mental. Especialista en Educación Sexual. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.

** Monitora proceso de Autoevaluación-Reacreditación, Facultad de Enfermería. Enfermera, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.

1 Universidad Nacional de Colombia. Vicerrectoría Académica. Guía de Autoevaluación y Seguimiento de la Calidad Programas de Pregrado. Primera edición, octubre de 2010. p. 10.

2 Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, Sede Bogotá. Programa de Pregrado de Enfermería, Informe Final de Autoevaluación 2007-2012-01, p. 25

- estrategias que permitan la permanencia y culminación del proceso académico que inician los estudiantes.
3. *Profesores*: actores que dinamizan la razón de ser de la Universidad a través de las funciones misionales de la institución. Es importante resaltar la cualificación académica del cuerpo docente de la Facultad, lo cual redonda en la formación y construcción de ciudadanos comprometidos con la comunidad y el país.
 4. *Procesos académicos*: guardan una relación estrecha con las metodologías de enseñanza-aprendizaje, toda vez que hacen alusión a la misión de “formar profesionales competentes y socialmente responsables”, que potencien los procesos de construcción del estudiante como ser crítico y ciudadano del futuro³.
 5. *Investigación y creación artística*: la comunidad académica de la Facultad debe estar comprometida con esta función. Hoy por hoy, se evidencia un incremento en la participación e interacción con el contexto nacional e internacional que se considera importante para la cualificación del programa y la formación docente. En el momento se está incentivando la participación de los estudiantes en la conformación de semilleros y convocatorias de investigación a nivel interno y externo⁴.
 6. *Extensión y proyección social*: son procesos permanentes de interacción e integración con las comunidades locales y nacionales, cuyas acciones están orientadas a la identificación, tratamiento y solución de problemáticas específicas de mujeres, jóvenes, familias, pueblos indígenas y desplazados, así como de problemas en los servicios de salud y el entorno ocupacional⁵.
 7. *Egresados y su impacto en el medio*: para que el impacto de los egresados del programa sea ampliamente reconocido en el ámbito laboral y académico, es importante mantener una comunicación permanente y estrecha que incentive al egresado a hacer parte activa de la dinámica académica de la Facultad y de la Universidad.
 8. *Recursos físicos y financieros*: en el periodo evaluado se evidencia la gestión de las direcciones de la Facultad en los planes para el mantenimiento del actual edificio y la construcción de uno nuevo para el desarrollo del quehacer académico de la Facultad de Enfermería. Cabe destacar el incremento en los ingresos económicos gracias a la participación activa de la Facultad en proyectos de extensión e investigación con entidades estatales y privadas de salud.

Por otra parte, los factores de Bienestar Institucional, Organización, Administración y Gestión no fueron abordados en el informe de reacreditación de la Facultad de Enfermería 2007-2012 I, en tanto que la Universidad Nacional de Colombia los incluyó en el Informe de Reacreditación Institucional del año 2010.

Actualmente el Programa de Enfermería se encuentra a la expectativa del aval por parte del Consejo Nacional de Acreditación. Los resultados del proceso de Autoevaluación-Reacreditación permiten reconocer la importancia que reviste para la Facultad el registrar las actividades académico-administrativas y servicios que presta de manera permanente a la comunidad, con el fin de monitorear el cumplimiento de los planes de mejoramiento propuestos y evaluar la calidad de la educación en enfermería.

3 Ibíd. p. 77.

4 Ibíd. p. 89.

5 Ibíd. p. 90.

Valores en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Santander

Values in nursing students in Universidad de Santander

Valores nos estudiantes de enfermagem da Universidade de Santander

MYRIAM DURÁN PARRA*

Resumen

El trabajo tuvo como propósito validar el instrumento de valores de J. L. Valdez, "Los valores éticos en adolescentes mexicanos". A la vez, se buscó describir los valores en estudiantes de enfermería de la Universidad de Santander. Se trató de un estudio metodológico correlacional, realizado en tres fases: la primera, consistió en una revisión documental y conceptual sobre ética y valores; la segunda, determinó la validez y confiabilidad del instrumento de J. L. Valdez; y en la tercera fase se aplicó el instrumento en la muestra seleccionada. La población y muestra estuvo conformada por los estudiantes del Programa de Enfermería de la Universidad de Santander. Los resultados evidenciaron que existen diversos abordajes y posturas teóricas sobre el tema de valores. La validez facial obtuvo una aceptabilidad del 100%; la de contenido, un índice general de 0.62 para pertinencia y relevancia (según dos de los expertos); la de constructo alcanzó los cuatro factores definidos dentro de la teoría de J. L. Valdez, que son: Afiliativo, Religioso, Desarrollo Personal y Social Normativo; la consistencia interna fue de 0.88. El valor de la Obediencia fue estadísticamente significativo entre los estudiantes de los primeros semestres. Respecto al género, el femenino calificó con mayores puntajes referentes a los valores Dios y Espiritualidad. Se concluye que, pese a las diferencias culturales,

algunos valores prevalecen sin importar tal distinción, es así como el género femenino dio mayor importancia al factor ético-moral. Por otra parte, las pruebas realizadas al instrumento sobre valores de J. L. Valdez recomiendan su uso en futuras investigaciones para esta temática. De acuerdo a la discusión realizada con expertos y los datos obtenidos, los valores éticos presentes en los estudiantes de enfermería de esta unidad educativa son la Obediencia y Verdad.

Palabras clave: Ética; Validez de las pruebas; Estudiantes de Enfermería (Fuente: DeCS BIREME).

Abstract

This investigation was made to validate J. L. Valdez's values instrument, "Ethical Values in Mexican Adolescents". At the same time, we tried to describe the values of the nursery students of Universidad de Santander. This was a correlational methodological study, made in three different stages: the first one was the documental and conceptual revision on ethics and values; the second one, determined the validity and trustability of J. L. Valdez's instrument; and on the third stage, the instrument was applied on the selected sample. The population and sample consisted on the students of the Nursing Program in Universidad de Santander. The results showed that there are different approaches and theoretical stances on the subject of values. Facial validity obtained a 100% acceptability; Content, obtained a general rate of 0.62 for pertinency and relevance (according to two of the experts); Construct, reached the four factors defined by J. L. Valdez's theory: Affiliative, Religious, Personal Development and Normative Social; internal consistency was 0.88. The value for Obedience was statistically

* Enfermera. Magíster en Enfermería con Énfasis en Gerencia de Servicios de Salud, Directora del Programa de Enfermería de la Universidad de Santander, UDES, Bucaramanga, Colombia. Líder del Grupo de Investigación de Enfermería Everest. Presidencia de la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería ACOFAEN. Programa de Enfermería Campus Universitario Lagos del Cacique. Bucaramanga, Colombia. E-mail: enfermeria@udes.edu.co

significative among first semesters students. As for genre, females received higher scores for God and Spirituality values. It is concluded that, despite the cultural differences, some values prevail without regard to this distinction, that is how the female population gave more importance to the ethical-moral factor. On the other hand, the test made on J. L. Valdez's values instrument recommend its use on future investigations on this matter. According to the discussion held with the experts and the obtained data, ethical values present in nursery students of this educational institute are Obedience and Truth.

Key words: Ethics; Validity of Tests; Students, Nursing (Source: DeCS BIREME).

Resumo

Este trabalho teve como propósito validar o instrumento de valores de J. L. Valdez, "Os valores éticos em adolescentes mexicanos". De igual maneira, procurou-se descrever os valores em estudantes de enfermagem da Universidad de Santander. Estudo metodológico correlacional, realizado em três etapas: na primeira foi feita uma revisão documental e conceitual sobre ética e valores; a segunda, determinou a validade e confiabilidade do instrumento de J. L. Valdez; e na terceira fase aplicou-se o instrumento na amostra selecionada. A população e amostra esteve conformada pelos estudantes do Programa de Enfermagem da Universidad de Santander. Os resultados evidenciaram que existem diversas abordagens e posições teóricas sobre o tema dos valores. A validade facial obteve uma aceitabilidade de 100%; a de conteúdo, um índice geral de 0.62 para pertinência e relevância (segundo dois dos experts); a de constructo atingiu os quatro fatores definidos dentro da teoria de J. L. Valdez, sendo estes: Afiliativo, Religioso, Desenvolvimento Pessoal e Social Normativo; a consistência interna foi de 0.88. O valor da obediência foi estatisticamente significativo entre os estudantes dos primeiros semestres. Ao respeito do gênero, o feminino qualificou com maiores pontuações referente aos valores Deus e Espiritualidade. Conclui-se que, ainda que existem diferenças culturais, alguns valores prevalecem sem importar essa distinção, é assim que o gênero feminino deu maior importância ao fator ético-moral. Por outro lado, as provas realizadas ao instrumento sobre valores de J. L. Valdez recomendam seu uso em futuras pesquisas para esta temática. De acordo com a discussão desenvolvida com experts e os dados obtidos, os valores éticos presentes nos estudantes de enfermagem desta instituição educativa são a Obediência e a Verdade.

Palavras-chave: Ética; Validade dos Testes; Estudantes de Enfermagem (Fonte: DeCS BIREME).

Introducción

El sector educativo como responsable de la transformación social, política y económica de una nación debe constituirse en facilitador de procesos dirigidos hacia la formación integral y de calidad a través del desarrollo de sus programas académicos.

Si bien para el caso específico del Programa de Enfermería, donde la naturaleza de ésta se manifiesta en el concepto de *Cuidado*, su desarrollo disciplinar y profesional consiste en "ayudar a las personas o grupos a perfeccionar su capacidad de vivir, mediante la observación de respuestas humanas complejas, facilitando un soporte preventivo y educativo cuando se identifica la necesidad de promover o restaurar la salud, compensando las alteraciones que sobre las funciones vitales se pueda producir en ocasiones de enfermedad" (1). Existen factores como las creencias y los valores que también han influido en la concepción del cuidado, siendo ilógico pensar que todos los profesionales de enfermería presentan un sistema de valores y creencias idénticos por otras variables que influyen en su modo de ser y de actuar, no sólo como profesionales sino también como personas.

Es así como se expresa que el cuidado de las personas no sólo va dirigido a la enfermedad, sino al hecho de compartir aspectos importantes que favorecen el bienestar físico y espiritual. Aquí la enfermera aporta al desarrollo y al crecimiento integral de los individuos en una comunidad. En tal sentido, varios autores (1-5) han revisado la temática de valores resaltando la importancia de la formación de éstos como parte fundamental de la vida en sociedad y para la enseñanza, especialmente de profesiones como la enfermería, en la que se sustente su ser para comprender y reconocer a las personas en su totalidad.

Igualmente, otros investigadores (1-6) interesados en esta temática han realizado estudios con el fin de medir tales aspectos y como resultado se ha encontrado que existen instrumentos como el *Inventario de Motivos, Valores y Preferencias* (MVPI), la *Escala de Valor de Schwartz* (PMJS) y el *cuestionario sobre Valores* del Dr. J. L. Valdez.

Adicionalmente, preocupados por investigar cuáles son los valores esenciales, la enfermera en la University of Oslo, May Solveig Fagemoen, decidió realizar un estudio descriptivo con el propósito de saber cuáles eran los valores esenciales de la enfermera profesional en cuanto a su identidad y cómo lo expresa con su trabajo (10). Jormsri y col. en su estudio refieren que la competencia

moral de la enfermería requiere familiaridad con los valores de la profesión de ser enfermera, los cuales influyen generalmente en la toma de decisiones (11). En el mismo sentido, Franco y Velázquez confrontan lo conceptuado con el significado que otorgan las estudiantes a la ética del cuidado, la responsabilidad consustancial y la compasión, sentimiento humano que reconoce la fragilidad de la vida (12).

López y col. evaluaron la validez del contenido y el nivel de lectura comparando la equivalencia sicométrica en la cultura mexicana. Este estudio proporciona información con respecto al uso de otro instrumento que posibilita revisar la diversidad cultural, como es el caso de la población estudiantil por investigar (13).

Por otra parte, en el estudio de Kashima, Yoshihisa y colaboradores se demostró que existe una relación de causa-efecto importante entre las creencias y los valores (14). En revisiones documentales se ha ampliado un poco más sobre el tema, como lo hace Díaz Barriga en el ensayo *La educación en valores*, donde examina cómo se ha abordado este tema a través de la historia y su proceso de vinculación con el escenario educativo (15).

El cuidado de las personas no sólo va dirigido a la enfermedad, sino también al hecho de compartir particularidades importantes que favorecen el bienestar físico y espiritual. Es así como la investigadora Amaro Cano refleja en su estudio diferentes perspectivas de importancia de la ética del cuidado en enfermería e incorpora a la toma de decisiones de enfermería algunos elementos teóricos acerca de los principios y virtudes éticas, características de la profesión, con el fin de proporcionar luces que permitan el desarrollo de habilidades necesarias para enfrentar situaciones de conflicto moral que surgen en la práctica (16).

Otros estudios (17-20) han revisado esta temática buscando relacionar los valores de los estudiantes con el comportamiento ético. Es por eso que se presenta la propuesta en la población objeto de la investigación teniendo en cuenta la revisión documental. No son tan evidentes las investigaciones acerca de la enseñanza de valores en los profesionales de enfermería y dada la importancia que ello implica para la disciplina, se plantea el siguiente objetivo: Validar el instrumento *Los valores éticos en adolescentes mexicanos* de J. L. Valdez e identificar los valores presentes en estudiantes de enfermería de la Universidad de Santander (Colombia 2008). Este instrumento ha sido aplicado por el autor en ámbitos educativos, con escolares y universitarios en México y en Francia.

Materiales y Métodos

Se trata de un estudio metodológico correlacional realizado en tres fases: la primera, consistió en una revisión documental sobre ética y valores, fundamental en la definición del problema y del método; la segunda determinó la validez y confiabilidad del instrumento de J. L. Valdez; y en la tercera fase se aplicó el instrumento en la muestra seleccionada con el propósito de cumplir con los objetivos propuestos por la investigación. La población y la muestra estuvieron conformadas por los estudiantes del programa académico; el instrumento utilizado para el estudio fue el de Valores creado por J. L. Valdez, al cual se le realizaron pruebas psicométricas para su validación. Para la validez de constructo y consistencia interna, se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia tomando a todos los estudiantes matriculados en el programa y posteriormente fue aplicado a la muestra seleccionada durante el primer semestre del 2008.

El cuestionario de Valdez se seleccionó para este estudio debido a la validez y confiabilidad obtenidas en estudios realizados con población mexicana y francesa. Está conformado por treinta reactivos con cinco opciones de respuesta que van de 1 (*Este valor no dirige en nada mi vida*) hasta 5 (*Este valor dirige casi totalmente mi vida*). Los reactivos son: confianza, diversión, fidelidad, independencia, paz, honestidad, justicia, obediencia, padres, respeto, responsabilidad, humanitario, igualdad, sencillez, sinceridad, solidaridad, estudiar, éxito, libertad, sabiduría, trabajar, amistad, comprensión, Dios, espiritualidad, religión, ser educado, sociable, verdad y amor. Los factores del cuestionario de J. L. Valdez son: Afiliativo, Religioso, Desarrollo Personal y Social-Normativo.

Los procedimientos que se siguieron para el desarrollo de la investigación fueron los siguientes:

- **Validez facial:** se valoró con veinte estudiantes para evaluar la comprensión de cada ítem.
- **Validez de contenido:** fue valorada a través de un panel de cinco expertos en la temática en el país. Luego se valoraron los criterios de pertinencia y relevancia de cada ítem, calculándose el índice de validez de contenido general del cuestionario.
- **Consistencia interna:** para el cálculo de esta prueba se contó con una muestra de ciento sesenta y dos estudiantes a quienes se les aplicó el cuestionario, lo que correspondía al 100% de la población. La medida de consistencia interna fue calculada con el Alfa de Cronbach. La aplicación del cuestionario se realizó a los estudiantes en cada salón de clase. Se explicó previamente el objetivo del estudio y se diligenció el formato del consentimiento informado.

- **Validez de constructo:** se realizó a través de varias pruebas: matriz de correlación, anti-imagen de la matriz de correlación, test de esfericidad de Bartlett y la medida de adecuación de la muestra Kaiser-Meyer-Olkin (kmo). Finalmente, se obtuvieron los factores una vez rotados y con ellos, los ítems que lo integraban.
- **Descripción de los valores presentes en los estudiantes:** una vez obtenidas las pruebas psicométricas, se realizó la aplicación del instrumento de la muestra para luego sistematizar la información obtenida y hacer el análisis descriptivo de las características de la población valorada, así como la identificación de los valores presentes en ella. Posteriormente, se efectuó un análisis bivariado aplicando la prueba *t-Student*, con el fin de hallar significancia entre los valores según género y edad.
- **Consideraciones éticas:** este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y por el Comité de Investigación de la UDES. Se solicitó consentimiento informando a cada participante antes de la entrega del cuestionario auto-administrado según los aspectos contemplados en la Resolución 008430 de 1993 para la investigación con seres humanos, Artículo 11, Capítulo I, Título II del Ministerio de Salud de Colombia (21) y las Pautas CIOMS en relación con los principios y reglas de la ética en la investigación a nivel internacional.

Resultados

- **Validez facial:** al realizar la prueba de validez facial se encontró una validez de los ítems o reactivos del 100% en cuanto al criterio de comprensión.

- **Validez de contenido:** dos de los integrantes del panel dieron su concepto por escrito y con los demás expertos se realizaron intercambios orales. Los resultados fueron: el índice de contenido general fue de 0.62, considerado bajo según criterios de Polit (22). De acuerdo a la calificación dada por los expertos, en cada ítem se observó que los reactivos: Honestidad, Justicia, Respeto, Responsabilidad, Igualdad y Verdad obtuvieron el máximo valor de este índice (1.0), en razón de considerarse como valores esenciales, seguidos por Independencia, Sinceridad (definitivamente cualidades, no necesariamente valores) y Libertad (definitivamente Principio), que alcanzaron un valor de 0.875, considerados como buenos. Existen algunos valores que lograron índices muy bajos, tales como: Padres (0.25), Dios (0.25), Religión (0.25), Sociable (0.25), Diversión (0.375) y Éxito (0.375) ya que son nociones con otra significancia (Tabla 1.).

Los expertos sugirieron reagrupar los reactivos por tipos de valores, por actitudes y sentimientos, pero al consultar al autor del instrumento indicó que era necesario realizar el análisis de factores previamente, lo cual coincide con otros autores. A continuación se presenta la propuesta en la Tabla 2.

- **Consistencia Interna:** los valores del Alpha de Cronbach para la escala general y para cada uno de los ítems indicaron que la homogeneidad de la escala es razonablemente buena y en consecuencia abarcó el constructo Valores en Estudiantes de Enfermería. La Consistencia Interna de la escala (Tabla 3.) fue satisfactoria, con un valor de 0.88 para el momento del estudio.

Tabla 1. Resultados de validez de contenido por ítem y general del instrumento de valores de J. L. Valdez

Ítem	Nombre del reactivo	Pertenencia		Relevancia Índice
		Índice		
1	CONFIANZA	0.62		0.62
2	DIVERSIÓN	0.50		0.375
3	FIDELIDAD	0.62		0.62
4	INDEPENDENCIA	0.875		0.875
5	PAZ	0.50		0.50
6	HONESTIDAD	1		1
7	JUSTICIA	1		1
8	OBEDIENCIA	0.50		0.50
9	PADRES	0.25		0.25
10	RESPETO	1		1
11	RESPONSABILIDAD	1		1
12	HUMANITARIO	0.62		0.62
13	IGUALDAD	1		1
14	SENCILLEZ	0.50		0.50
15	SINCERIDAD	0.875		0.875
16	SOLIDARIDAD	0.625		0.625
17	ESTUDIAR	0.50		0.50
18	ÉXITO	0.375		0.375
19	LIBERTAD	0.875		0.875
20	SABIDURÍA	0.625		0.625
21	TRABAJAR	0.625		0.625
22	AMISTAD	0.50		0.50
23	COMPRENSIÓN	0.50		0.50
24	DIOS	0.25		0.25
25	ESPIRITUALIDAD	0.50		0.50
26	RELIGIÓN	0.25		0.25
27	SER EDUCADO	0.50		0.50
28	SOCIABLE	0.25		0.25
29	VERDAD	1		1
30	AMOR	0.50		0.50
Índice de validez general		0.62		0.62

Fuente: Datos de la investigación.

Tabla 2. Agrupación de ítems según propuesta de expertos

Agrupación de ítems según J. L. Valdez		Agrupación de ítems según propuesta de expertos	
Factores	Ítems	Factores	Ítems
Factor 1. Afiliativo	Comprensión, amistad y amor. Valores éticos.		Responsabilidad, justicia, honestidad, respeto, libertad, autonomía, fidelidad, sinceridad, verdad, igualdad.
Factor 2. Religioso	Espiritualidad, religión y Dios. Valores sociales.		Amistad, amor, religión, estudiar, éxito, trabajar, responsabilidad, ser educado, sociable, paz, justicia, respeto, diversión, fidelidad, sencillez, igualdad.
Factor 3. Desarrollo personal	Estudiar, éxito y trabajar.	Valores democráticos.	Paz, justicia, respeto, libertad, solidaridad, igualdad.
Factor 4. Normatividad social o social normativo	Ser educado, sociable, paz, sabiduría y responsabilidad, igualdad.	Valores religiosos.	Amor, religión, Dios, paz, honestidad, fidelidad, verdad, igualdad.
Factor 5. Ético-Moral	Padres, justicia, honestidad, respeto, obediencia, verdad.	Valores familiares.	Amor, padres, obediencia, fidelidad.
Factor 6. Independencia	Libertad, independencia, diversión, confianza y fidelidad.	Virtudes.	Comprensión, sabiduría, obediencia, humanitario.
Factor 7. Altruismo	Sencillez, sinceridad y solidaridad, humanitario.	Dimensiones del ser humano.	Espiritualidad.

Fuente: Datos de la investigación.

Tabla 3. Alpha de Cronbach para la escala de valores de J. L. Valdez en la prueba final

Item	Obs	Sign	Item-test correlation	Item-rest correlation	Inter-item covariance	Alpha
Confianza	162	+	0.2954	0.2258	.0868337	0.8816
Diversión	162	+	0.1005	0.0149	.0900334	0.8880
Fidelidad	162	+	0.5622	0.5082	.0826318	0.8750
Independencia	162	-	0.0725	-0.0339	.0910679	0.8929
Paz	162	+	0.6225	0.5794	.0825092	0.8737
Honestidad	162	+	0.5586	0.5213	.0847255	0.8758
Justicia	162	+	0.4737	0.4279	.085286	0.8771
Obediencia	162	+	0.3871	0.3127	.0849301	0.8801
Padres	162	+	0.2904	0.2328	.087326	0.8808
Respeto	162	+	0.5709	0.5301	.08403	0.8752
Responsabil.	162	+	0.5786	0.5328	.0832189	0.8748
Humanita	162	+	0.6284	0.5845	.0822227	0.8735
Igualdad	162	+	0.5902	0.5407	.0824571	0.8743
Sencillez	162	+	0.4331	0.3803	.0854005	0.8779
Sinceridad	162	+	0.5315	0.4870	.0843904	0.8760
Solidaridad	162	+	0.7084	0.6729	.0812763	0.8717
Estudiar	162	+	0.4251	0.3717	.085485	0.8781
Éxito	162	+	0.3885	0.3291	.0857148	0.8790
Libertad	162	+	0.2916	0.2207	.0868542	0.8818
Sabiduría	161	+	0.5649	0.5192	.0835056	0.8751
Trabajar	162	+	0.4640	0.3871	.0830417	0.8785
Amistad	161	+	0.6025	0.5564	.0825771	0.8741
Comprensión	162	+	0.6506	0.6093	.0820042	0.8730
Dios	162	+	0.5922	0.5445	.0826407	0.8743
Espíritu	162	+	0.5757	0.5184	.0819021	0.8746
Religión	162	+	0.5659	0.4944	.0806652	0.8755
Ser educado	162	+	0.5224	0.4790	.0846893	0.8762
Sociable	162	+	0.5709	0.5279	.0837582	0.8751
Verdad	162	+	0.6431	0.6112	.0838281	0.8743
Amor	162	+	0.6268	0.5911	.0835526	0.8743
Test scale					.0842852	0.8808

Fuente: Datos de la investigación.

Los valores del Alpha de Cronbach para cada uno de los ítems (si cada uno fuera eliminado) se encuentran entre 0.87 y 0.89. Sin embargo, uno de los reactivos —el de Independencia— se presentó en forma negativa y el valor de Alpha de Cronbach fue igual a 0.89, lo que indica que si el ítem se retira de la escala, su valor no cambiaría, por ser este cambio no significativo en la estructura de esta escala.

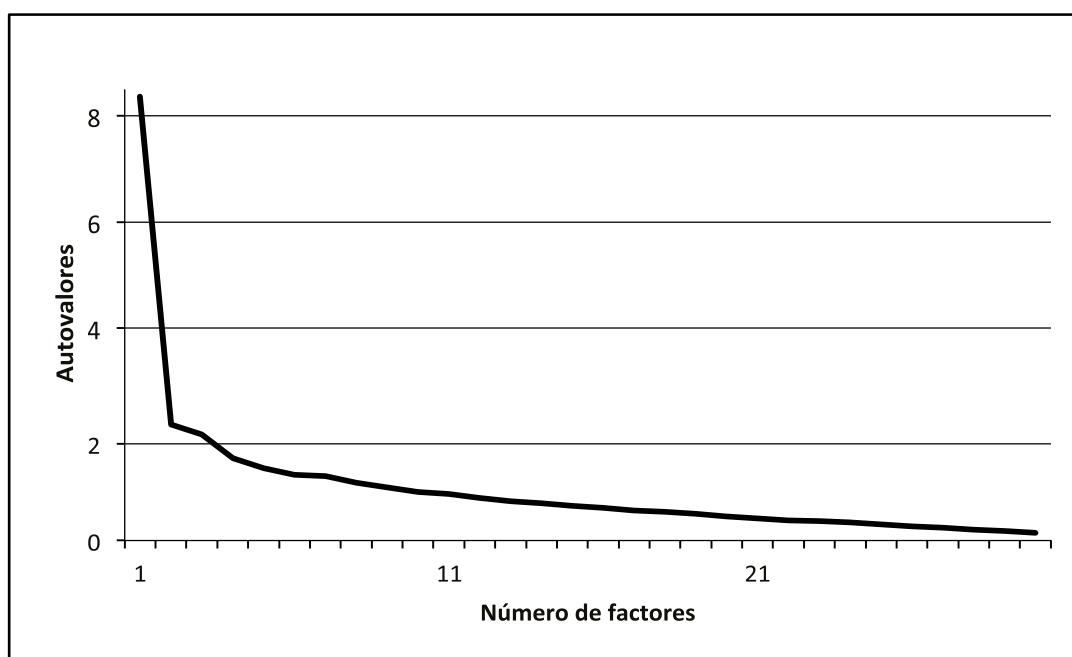
- **Validez de constructo:** los criterios de justificación del análisis de factores indicaron que se debía proseguir con ésta. Se obtuvieron varias reciprocidades mayores de 0.30 en la matriz de correlación; pocas mayores de 0.30 en la matriz anti-imagen; un KMO de 0.81 considerado bueno; el test de Bartlett produjo un valor $X^2 = 2011.8$, $df = 435$ y valor de $p = 0.000$, indicando que la matriz de correlación fue estadísticamente diferente de la matriz de unidad.

Para el descarte y selección de factores, se utilizaron los criterios de la pendiente de Catell que grafica los auto-valores de cada uno de los factores presentes en la muestra. En la Figura 1. se observa que la pendiente se estabilizó después del cuarto factor y como uno de los objetivos es seleccionar aquellos factores más fuertes, se escogieron los cuatro primeros.

De esta manera, el primer factor explica el 28% de la varianza muestral, el segundo factor explica el 7%, el tercer factor explica el 7% y el cuarto factor explica el 5% de la varianza de la muestra, es decir: los cuatro primeros factores explican el 46% de la varianza.

Para la rotación de factores se empleó la *Rotación de Promax* u oblicua porque provee una imagen más exacta de la realidad. Luego de realizar la rotación oblicua con los cuatro primeros factores retenidos, se obtuvo la matriz de factores ponderados tras la rotación. Luego se vio cómo la distribución de los ítems es más uniforme entre estos cuatro factores, aunque algunas variables mostraron un cierto grado de complejidad factorial al cargar con un peso > 0.4 en más de un factor, y otros no cargaron en ninguno de los factores retenidos y rotados (Tabla 4.). Se pudo constatar que algunos reactivos deberían ser eliminados de la escala, como: Diversión, Paz, Honestidad y Justicia por no cargar en ninguno de los factores retenidos, al igual que Sabiduría, por presentar complejidad factorial. Otros factores no aparecieron al realizar la rotación, por ejemplo: Padres, Independencia, Respeto, Responsabilidad, Sencillez y Sinceridad.

Figura 1. Pendiente de Cattell para la escala de valores de J. L. Valdez en la prueba final



Fuente: Datos de la investigación.

Tabla 4. Matriz de los factores ponderados después de la rotación para la prueba final

Variable	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Uniqueness
Confianza		0,4750			0,7053
Diversión					0,8175
Fidelidad		0,5752			0,4677
Paz					0,5507
Honestidad					0,6707
Justicia					0,6859
Obediencia	0,5245				0,6321
Humanitario	0,7954				0,3563
Igualdad	0,8183				0,3742
Solidaridad	0,6923				0,3823
Estudiar		0,4433			0,6339
Éxito		0,8784			0,3054
Libertad		0,8057			0,4148
Sabiduría		0,4747	0,4612		0,4383
Trabajar	0,6213				0,5462
Amistad	0,5260				0,5525
Compresión	0,4198				0,4923
Dios		0,8333			0,3265
Espíritu		0,8585			0,2856
Religión		0,6736			0,5165
Ser educado			0,5925		0,5008
Sociable			0,5343		0,4997
Verdad			0,5953		0,3810
Amor	0,5300				0,4812

Fuente: Datos de la investigación.

En el factor 1 cargaron los ítems: Obediencia, Humanitario, Igualdad, Solidaridad, Trabajar, Amistad y Comprensión, que están más relacionados con el factor Afiliativo y con algunos valores del factor Altruista y Ético-Moral.

En el factor 2 cargaron los reactivos: Confianza, Fidelidad, Dios, Espíritu, Religión, Amor, los cuales están más relacionados con el factor Espiritual seguido del factor de Independencia.

El factor 3 está conformado por los siguientes ítems: Estudio, Éxito, Libertad, afines con el factor de Desarrollo personal.

El factor 4 está conformado por los siguientes ítems: Ser educado, Sociable, Verdad, relacionados con el factor Social-Normativo.

Identificación de valores en los estudiantes de enfermería: En cuanto a las características de la población, el 86% correspondió al género femenino y la

mayoría procedía de Bucaramanga y Barrancabermeja (Santander, Colombia).

En cuanto al semestre que cursaban quienes participaron en el estudio, se encontró que el grupo con mayor participación fue el de cuarto semestre (14%), mientras que los de menor participación fueron los de segundo y quinto semestre (7%), respectivamente.

Al evaluar los cuatro factores obtenidos y compararlos según el género de los estudiantes, se observó que los encuestados pertenecientes al género femenino obtuvieron una media más alta como es particular (calificaron con puntuaciones más altas) al factor 2, lo cual constituye una diferencia estadísticamente significativa. En los demás factores no hubo diferencias estadísticamente significativas entre género masculino y femenino (Tabla 5.). Este factor agrupó ítems relacionados con lo Religioso y la Independencia.

Tabla 5. Prueba de *t-Student* por factores y género

Reactivos	<i>p</i>	T	Media Masculino	DE	Media Femenino	DE
Factor 1	0.184	1.35	4.52	0.33	4.62	0.41
Factor 2	0.044	2.12	4.2	0.89	4.60	0.41
Factor 3	0.177	4.55	0.45	0.45	4.69	0.40
Factor 4	0.384	0.88	4.35	0.42	4.44	0.43

Fuente: Datos de la investigación.

Al evaluar las medias de las calificaciones dadas por los estudiantes a los cuatro factores descritos, obtenidos y comparados según el grupo acorde con los semestres que cursaba (quienes cursaban los semestres de primero a quinto, en contraste con los que cursaban de sexto a décimo semestre), el grupo de los que cursaba de primero a quinto semestre se contrastó con los que cursaban de sexto a décimo semestre (ver Tabla 6.). Al comparar ambos grupos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

En la Tabla 7. los valores que mayor promedio obtuvieron en la población de estudiantes de ambos sexos hacen referencia a los Padres y a la Honestidad, los

cuales corresponden al factor Ético-Moral, que para J. Valdez son característicos de este grupo etario. Los de menor promedio fueron Independencia y Religión, que corresponden a los factores de Independencia y Religioso respectivamente, que no fueron estadísticamente significativos.

Al realizar el análisis bivariado aplicando la prueba de *t-Student* para cada uno de los ítems (valores) por género, se encontró que las mujeres calificaron con mayores puntajes los valores Dios y Espiritualidad, en comparación con los hombres, diferencia estadísticamente significativa, cuyo valor fue de $p < 0.03$ (Tabla 7.).

Tabla 6. Prueba de *t-Student* por Factores y Semestre

Reactivos	<i>p</i>	T	Media Semestre 1-5	DE	Media Semestre 6-10	DE
Factor 1	0.317	1.00	4.64	0.36	4.58	0.43
Factor 2	0.251	1.15	4.59	0.45	4.5	0.59
Factor 3	0.996	0.00	4.67	0.45	4.67	0.38
Factor 4	0.268	-1.11	4.38	0.43	4.46	0.42

Fuente: Datos de la investigación.

Tabla 7. Prueba de *t-Student* por ítem y género de la prueba final

Reactivos	<i>p</i>	T	Media Hombres	DE	Media Mujeres	DE
Confianza	0.285	1.08	4.22	0.73	4.39	0.67
Diversión	0.390	0.86	4.13	0.62	4.26	0.82
Fidelidad	0.197	1.32	4.22	0.95	4.49	0.63
Independencia	0.812	-0.23	4.04	0.93	3.99	0.99
Paz	0.056	1.98	4.30	0.47	4.52	0.63
Honestidad	0.877	0.15	4.69	0.47	4.71	0.48
Justicia	0.433	0.79	4.56	0.59	4.67	0.52
Obediencia	0.338	0.97	4.17	0.97	4.37	0.74
Padres	0.735	-0.33	4.78	0.09	4.74	0.59
Respeto	0.228	1.22	4.61	0.50	4.75	0.54
Responsabilidad	0.201	1.30	4.52	0.51	4.67	0.62
Humanitario	0.813	0.23	4.52	0.59	4.55	0.63
Igualdad	0.443	0.77	4.39	0.78	4.52	0.64
Sencillez	0.259	1.15	4.52	0.66	4.69	0.56
Sinceridad	0.054	2.00	4.43	0.58	4.69	0.53
Solidaridad	0.772	0.29	4.56	0.59	4.60	0.62
Estudiar	0.096	1.72	4.30	0.63	4.54	0.57
Éxito	0.518	0.65	4.56	0.66	4.66	0.62
Libertad	0.897	-0.12	4.48	0.59	4.46	0.71
Sabiduría	0.282	1.09	4.39	0.65	4.55	0.58
Trabajar	0.364	-0.91	4.47	0.59	4.34	0.89
Amistad	0.504	-0.67	4.69	0.56	4.61	0.64
Comprensión	0.201	1.31	4.35	0.71	4.55	0.60
Dios	0.029	2.30	4.30	0.92	4.76	0.56
Espiritualidad	0.024	2.39	4.00	1.17	4.60	0.61
Religión	0.058	1.98	3.82	1.30	4.36	0.79
Ser educado	0.911	-0.11	4.69	0.47	4.68	0.54
Sociable	0.969	-0.03	4.61	0.50	4.60	0.57
Verdad	0.431	0.79	4.61	0.50	4.70	0.47
Amor	0.435	0.79	4.65	0.77	4.78	0.46

Fuente: Datos de la investigación.

Se realizó un análisis bivariado aplicando la prueba de *t-Student* para cada uno de los ítems (valores) por semestre cursado, comparando las calificaciones en cada uno de éstos para estudiantes entre los semestres de 1º a 5º y los estudiantes de los semestres de 6º a 10º. Quienes pertenecían al primer grupo calificaron con mayores puntajes el valor de Obediencia, en comparación con los puntajes dados por los estudiantes del segundo grupo, diferencia estadísticamente significativa, con valor de $p < 0.02$.

En la Tabla 8 se presenta un comparativo entre los valores encontrados en el análisis de factores realizado en la muestra de estudiantes de enfermería y la clasificación de éstos según los factores establecidos por J. L. Valdez y las categorías definidas por el panel de expertos. Según J. L. Valdez, los valores éticos encontrados fueron: Obediencia y Verdad al igual que los expertos. Otros valores en los que se presentan algunas coincidencias fueron los de tipo religioso y Normativo-Social, como Dios y Espiritualidad para el primero, y Ser educado y Sociable para el segundo. En este sentido, estos resultados reflejan la necesidad de fortalecer en los currículos de enfermería

los valores éticos, morales, sociales, desarrollo personal y normativo para la formación integral de los estudiantes.

Discusión

La revisión documental evidenció que existen varios estudios sobre valores e instrumentos para evaluarlos (23, 24). Sin embargo, la mayoría de ellos no contemplaron directamente los aspectos socio-culturales específicos en cada población. Es por ello que J. L. Valdez en su instrumento incluye las particularidades culturales. El autor afirma que los valores deben ser estudiados en el sitio en el que la gente vive día a día, con el fin de que sean relevantes a la cultura de aplicación y no sean vistos como un problema de ética impuesta.

Las pruebas psicométricas realizadas demostraron que el instrumento de J. L. Valdez contaba con validez y confiabilidad para la población de estudio. Los cuatro factores hallados corresponden a: Afiliativo, Espiritual, Desarrollo personal y Social-Normativo. Éstos incluyeron, además, ítems de otros factores como: Honestidad, Justicia, Verdad, Libertad, Solidaridad, Fidelidad, los cuales

Tabla 8. Comparativo de valores encontrados con factores según J. L. Valdez y categorías de panel de expertos

Ítems del análisis de factores	Según Valdez	Según expertos
Obediencia	Valor Ético-Moral	Valor Familiar, Virtud
Humanitario	F. Altruismo	Virtud
Igualdad	F. Social-Normativo	Valor Ético, Democrático y Religioso
Solidaridad	F. Altruismo	Valor Democrático
Trabajar	F. Desarrollo personal	Valor Social
Amistad	F. Afiliativo	Valor Social
Comprensión	F. Afiliativo	Valor Social
Confianza	F. Independencia	Sentimiento
Fidelidad	F. Independencia	Valor Religioso, Ético y Familiar
Dios	F. Religioso	Valor Religioso
Espiritualidad	F. Religioso	Dimensión del ser humano
Religión	F. Religioso	Valores Sociales y Religioso
Amor	F. Afiliativo	Valores Sociales, Familiares y Religiosos
Estudiar	F. Desarrollo personal	Valores Sociales
Éxito	F. Desarrollo personal	Valores Sociales
Libertad	F. Independencia	Valores Éticos y Democráticos
Ser educado	F. Normativo	Valor Social
Sociable	F. Normativo	Valor Social
Verdad	F. Ético-Moral	Valor Ético y Religioso

Fuente: Datos de la investigación.

fueron encontrados y analizados por J. L. Valdez en la investigación realizada con estudiantes universitarios en México, por ser importantes para fortalecer el proceso de enseñanza-aprendizaje de los estudiantes de enfermería que coinciden con los estudios referidos por Agramonte y colaboradores (23) y Wronska y Marianski (24).

Conclusiones

Se concluyó que era necesario e importante en próximos estudios contar en Colombia con un instrumento válido que permitiera identificar y describir los valores presentes en los estudiantes que se forman como futuros profesionales de enfermería.

Respecto a las pruebas psicométricas utilizadas en el estudio, se identificaron los siguientes hallazgos: un índice de aceptabilidad del 100% en la validez facial; una validez de contenido de 0.62, tanto para la pertinencia como para la relevancia, en donde los ítems Honestidad, Justicia, Respeto, Responsabilidad e Igualdad obtuvieron el máximo valor de éste, 1.0 (uno), que según la clasificación definida por el panel de expertos corresponden a valores éticos —los que forman el carácter y permiten promover un mundo más civilizado—. La consistencia interna fue de 0.88, considerada como excelente (22).

En el análisis de factores se emplearon varias técnicas: la matriz de correlación, donde se encontró un número pequeño de correlaciones altas; un test de esfericidad de Bartlett con un $X^2 = 2011$, $df = 435$, $p = 0.000$, indicando con este valor que la matriz de correlación era estadísticamente diferente de la matriz de unidad. La medida de adecuación de la muestra Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue de 0.81, que comprobó la adecuación general de la matriz. Estos tests indicaron que se debía seguir con la realización de análisis de factores. Del análisis factorial se obtuvieron los cuatro factores: el factor Afiliativo, Espiritual, Desarrollo personal y Social-Normativo, que corresponden a la teoría desarrollada por el Dr. Valdez (25).

En relación a los valores identificados en los estudiantes de enfermería de la institución, se encontró que existe diferencia estadísticamente significativa por género y por nivel cursado, encontrándose que los ítems Dios y Espiritualidad obtuvieron mayor puntaje en las mujeres, al igual que la Obediencia para los primeros cinco semestres cursados.

En relación con los valores identificados en los estudiantes de Enfermería de la Universidad de Santander, se encontró que los padres y la honestidad obtuvieron mayor promedio, que se relacionan con el factor Ético-Moral,

según J. L. Valdez. Este resultado es mayor comparado con el encontrado en los estudios realizados en la población mexicana (25) y francesa. Otros valores hallados en los encuestados fueron la Justicia, el Respeto, la Responsabilidad y la Verdad. Por otra parte, fue interesante encontrar en la muestra del estudio que las mujeres, más que los hombres, guían y orientan sus vidas por los valores de tipo espiritual.

En relación a la Obediencia como la variable significante, probablemente indica que los estudiantes de los primeros semestres de la carrera no han logrado, como es de esperar —estudiantes cada vez más jóvenes— la Independencia (heteronomía) requerida para tener la seguridad suficiente en la toma de sus propias decisiones.

Este estudio permitió conocer elementos de la vida social, económica, política y personal de los estudiantes, que con el transcurso de la historia de cada pueblo se han ido conformando como sus propios valores, dado que el instrumento sobre Valores del Dr. J. L. Valdez facilitó que los ítems se agruparan de acuerdo a las características culturales de esta región.

Recomendaciones

Se aconseja realizar nuevas pruebas psicométricas que permitan encontrar otros factores que no fueron hallados en esta investigación y que son propuestos por las investigaciones de J. L. Valdez. En cuanto a la validez de contenido, se recomienda incluir en el panel de expertos un mayor número de participantes para superar esta limitante y demostrar una mayor fiabilidad internacionalmente.

Se recomienda que este mismo estudio se realice en instituciones educativas y de salud, con el fin de ratificar cuáles son los valores fundamentales en enfermería prescritos a nivel internacional por el CIE (Consejo Internacional de Enfermería) y por la Ley de Deontología de Colombia, Ley 911 de 2004.

En general, se puede decir que este estudio es útil para la academia a la hora de realizar el diseño curricular, ya que la formación podría estar más enfocada hacia los valores éticos y aprender a confrontarlos con los cambiantes sistemas de salud, por ende, permitirá mejorar el cuidado de enfermería. Se recomienda realizar réplicas de este tipo de estudios que permitan extrapolar sus resultados, para tomar decisiones en las instituciones de educación superior en relación con el fortalecimiento de los diferentes roles que ha de desempeñar en el ejercicio profesional.

Referencias

- (1) González D. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de Antropología*. 2006;22:1-14.
- (2) Martínez E. Formación de valores en el personal de la salud. *Rev Cubana Med Milit*. 2001;30(3):190-201.
- (3) García HM, Lozada GL, Lugones BM. Estrategia para la formación de valores en la especialidad Medicina General Integral. *Educ Med Sup*. 2005;19(3).
- (4) Izquierdo AM. Por una enseñanza de la ciencia fundamentada en valores humanos. *RMIE*. 2006;11(30):867-882.
- (5) Lescaille TM. Relación de la ética del cuidar y los modelos de enfermería con la persona y su dignidad. *Rev Cubana Enfermer*. 2006;22(1):1-8.
- (6) Delfino GI, Muratori M. Análisis factorial confirmatorio de la escala de valores de Schwartz. *3^{er} Congreso Internacional de Investigación*. La Plata: Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata; 2011.
- (7) Comunian AL. Structure of the Padua moral judgment scale. A study of young adults in seven countries. Padua: University of Padua; 2000, pp.1-13.
- (8) Hofer E, Chasiotis A, Campos D. Congruence between social values and implicit motives: effects on life satisfaction across three cultures. *Eur J Pers*. 2006;20(4):305-324.
- (9) Valdez MJL. Los valores éticos en adolescentes mexicanos. *Enseñ Invest Psicol*. 2003;8(2):245-255.
- (10) Salvaje JS, Favret JO. Nursing students' perceptions of ethical behavior in undergraduate nursing faculty. *Nurse Educ Pract*. 2006;6(1):47-54.
- (11) Jormsri P, Kunavikitkul W, Ketefian S, Chaowalit A. Moral competence in nursing practice. *Nursing Ethics*. 2005;12(6):582-594.
- (12) Franco PZ, Velázquez GC. Desarrollo humano y ética del cuidado en el mundo globalizado y fragmentado de hoy. *Rev Eleuthera*. 2007;1:141-163.
- (13) McKee G, McNeill J, Eriksen L, Ortiz M. Spanish translation, cultural adaptation and validation of the Power Fatalism Inventory. *J Nurs Scholarsh*. 2007;39(1):68-70.
- (14) Bain PG, Kashima Y, Haslam N. Conceptual beliefs about human values and their implications: human nature beliefs predict value importance, value trade-offs, and responses to value-laden rhetoric. *J Pers Soc Psychol*. 2006;91(2):351-367.
- (15) Díaz BA. La educación en valores: avatares del currículum formal, oculto y los temas transversales. *REDIE*. 2006;8(1):1-15.
- (16) Amaro M. El método científico de enfermería, el proceso de atención y sus implicaciones éticas y bioéticas. *Rev Cubana de Enfermer*. 2004;20(1).
- (17) Angelucci L, Da Silva J, Juárez J, Serrano A, Lezama J, Moreno A. Valores y factores sociodemográficos en estudiantes universitarios: un estudio comparativo. *Rev Act Colom Psicol*. 2009;12(1):151-162.
- (18) Beltrán GF, Torres FI, Beltrán TA, García DF. Un estudio comparativo sobre los valores éticos en estudiantes universitarios. *Enseñ Invest Psicol*. 2005;10(2):397-415.
- (19) Molina L, Pérez PS, Suárez A, Rodríguez GW. La importancia de formar en valores en la educación superior. *Acta Odontol Venez*. 2008;46(1):1-14.
- (20) Arteta J, Chona G, Fonseca G, Ibáñez X, Martínez S. La clase de ciencias y la formación en valores. *Enseñanza de las ciencias*. 2005; Número Extra VII Congreso.
- (21) República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Estudio de casos sobre cómo los profesores propician valores desde sus acciones en Colombia.
- (22) Polit D, Hungler BP. Métodos de colecta de datos y biofisiológicos y de otro tipo. En: Polit DF, Hungler BP. *Investigación científica en ciencias de la salud*. 6^a ed. México D.F.: McGraw Hill; 2005. p. 369.
- (23) Agramonte SA, Melón RR, Peña FA. Propuesta de guía metodológica para la formación de valores en los estudiantes de enfermería. *Rev Cubana Enfermer*. 2005;21(2).
- (24) Wronska I, Marianski J. The fundamental values of nurses in Poland. *Nursing Ethics*. 2002;9(1):92-100.
- (25) Valdez MJL, Díaz LR, Pérez BR. Los hombres y las mujeres en México: dos mundos distantes y complementarios. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México; 2005. p. 173.

Grado de adherencia a tratamientos en personas con riesgo cardiovascular*

Degree of adherence to treatments in people with cardiovascular risk

Grau de aderência a tratamentos em pessoas com risco cardiovascular

STELLA IGNACIA ORTEGA OVIEDO**

ELIZABETH VARGAS ROSERO ***

Resumen

Objetivo: Determinar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo cardiovascular inscritos en el programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad cardiovascular en una Institución Prestadora de Salud de Montería, Colombia.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, con 204 pacientes de un programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad cardiovascular. La información se obtuvo aplicando la cuarta versión del Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, diseñado por Bonilla y Gutiérrez (3). Los resultados se analizaron mediante técnicas de estadística descriptiva y medidas de tendencia central y de posición.

Resultados: El grado de adherencia terapéutica en los participantes mostró un 67% en situación de ventaja para adherencia; un 29% en riesgo a no adherirse y un 4% en situación de no adherencia. Los tres grupos de situación de adherencia identificados varían estadísticamente con relación a las cuatro dimensiones estudiadas, siendo la Dimensión ii relacionada con el proveedor la que aportó mayor diferencia.

Conclusiones: Estos hallazgos permiten destacar la importancia de la relación paciente-proveedor en el grado de adherencia de los pacientes, haciendo necesario que la institución y el equipo de salud y enfermería enfaticen las acciones de autocuidado con apoyo, acompañamiento permanente y orientación acorde a sus necesidades, a sus expectativas y a las características individuales de las personas atendidas.

Palabras clave: Adherencia al Tratamiento; Factores de Riesgo; Enfermedades Cardiovasculares; Autocuidado (Fuente: DeCS BIREME).

Abstract

Objective: To determine the degree of adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment in people with cardiovascular risk factors that were registered in a cardiovascular disease prevention and health promotion program in a private Health Provider Institution (hpi) in Montería (Colombia).

Methodology: Descriptive, transversal study, quantitative, with 204 patients of a program of health promotion and prevention of cardiovascular disease. The information was obtained using the fourth version of the Tool to evaluate the factors that influence adherence to pharmacological and

* Este artículo es producto del trabajo de investigación titulado *Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, Montería, 2010*, desarrollado como tesis para optar el título de Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

** Enfermera Universidad de Córdoba. Especialista en Enfermería Médico-Quirúrgica con Énfasis en Cuidados Intensivos. Profesora Asistente,

Facultad de Enfermería, Universidad de Córdoba. Montería, Córdoba, Colombia. E-mail: signacia21ortega@correo.unicordoba.edu.co

*** Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Profesora Asistente, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. E-mail: evargasr@unal.edu.co

Recibido: 26/11/2010

Aprobado: 06/12/2013

nonpharmacological treatments in patients with risk factors for cardiovascular disease, designed by Bonilla and Gutiérrez (3). The results were analyzed using descriptive statistical techniques and measures of central tendency and position.

Results: A 67% of participants are in a favorable situation towards adherence, a 29% in a situation of risk towards non-adherence and a 4% in a situation of non-adherence. The three groups in a situation of adherence that were identified vary statistically along the four dimensions that were studied, being Dimension ii related to the provider, the one that showed the larger difference.

Conclusions: These results highlight that the patient-provider relation is of importance in the degree of adherence that patients, making it necessary for the institution and the health provider and nursing team to emphasize the actions of self-care, support, assistance permanent and guidance to meet their needs and expectations as well as the individual characteristics of the people served.

Key words: Medication Adherence; Risk Factors; Cardiovascular Diseases; Self Care (Source: DECS BIREME).

Resumo

Objetivo: Determinar o grau de aderência ao tratamento farmacológico e não farmacológico em pessoas com fatores de risco cardiovascular, inscritos no programa de promoção da saúde e prevenção da doença cardiovascular em uma Instituição Prestadora de Cuidados de Saúde (ips) de Montería, na Colômbia.

Metodologia: Estudo descritivo, transversal, quantitativo, com 204 pacientes de um programa de promoção de saúde e prevenção da doença cardiovascular. A informação se obteve aplicando a quarta versão do instrumento para avaliar os fatores que influem na aderência a tratamentos farmacológicos e não farmacológicos em pacientes com fatores de risco de doença cardiovascular, desenhado por Bonilla e Gutiérrez (3). Os resultados analisaram-se mediante técnicas de estatística descritiva e medidas de tendência central e de posição.

Resultados: O grau de aderência terapêutica nos participantes mostrou 67% em situação de vantagem para aderência; 29% em risco a não aderir-se e 4% em situação de não aderência. Os três grupos de situação de aderência identificados variam estatisticamente em relação às quatro dimensões estudadas, sendo a Dimensão ii, relacionada com o provedor a que apontou maior diferença.

Conclusões: Estes achados permitem destacar a importância da relação paciente-provedor no grau de aderência dos pacientes, tornando necessário que a instituição e a equipe de saúde e enfermagem enfatizem as ações de autocuidado com apoio, acompanhamento permanente e orientação acorde às suas necessidades, às suas expectativas e às características individuais das pessoas atendidas.

Palavras-chave: Adesão à Medicação; Fatores de Risco; Doenças Cardiovasculares; Autocuidado (Fonte: DeCS BIREME).

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) siguen siendo una de las principales causas de discapacidad y muerte tanto en países desarrollados como en los que están en vía de desarrollo, como lo evidencian los altos indicadores epidemiológicos reportados por el Ministerio de Protección Social de Colombia (MPS) (1), los cuales muestran una tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio para América Latina de 176.6 por cada 100.000 habitantes, para Colombia, de 133.1 y para Córdoba de 100.7. Estas tasas reflejan la seriedad de la problemática de salud que siguen teniendo las patologías cardiovasculares y dejan entrever que las medidas encaminadas a incidir de manera positiva en su control no han arrojado los resultados esperados.

De igual forma, personas con Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) no muestran adherencia a tratamientos principalmente en factores modificables como la dieta, el ejercicio, el control de peso, la ingesta de cigarrillo o de alcohol, como tampoco a la terapia farmacológica requerida. En este sentido, anota Sabaté que la Adherencia Terapéutica (AT) en países desarrollados promedia sólo el 50% y en países en desarrollo como Colombia la deficiencia puede ser mayor, dada la escasez de recursos sanitarios y la inequidad en el acceso a la atención de salud.

La AT en Colombia se ha enfocado en el estudio de los factores que influyen en la adherencia a tratamientos en diferentes contextos; muchos de esos estudios estuvieron también encaminados a determinar la validez y confiabilidad del instrumento para evaluar factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con FRCV diseñado por Bonilla y Gutiérrez (3).

El Departamento de Córdoba y su capital Montería cuentan con una población aproximada de 1'534.854 habitantes. En esta región la mortalidad reportada por ECV es del orden de los 1.500 casos (2.6%) y aunque existen programas de promoción de salud y prevención para patologías crónicas como diabetes e hipertensión, éstas siguen entre las primeras causas de morbilidad, como lo evidencia la alta cobertura de pacientes inscritos en el programa de la IPS donde se realizó el estudio. Sin embargo, no existen estudios sobre adherencia a tratamientos.

Estudiar la AT en enfermería es de suma importancia para valorar acciones de autocuidado, toda vez que la adherencia se concibe como comportamientos o expresiones del autocuidado de las personas. Desde esta óptica, este fenómeno puede vislumbrarse según la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem (4), en la cual, cuando la persona tiene el potencial y la capacidad, puede realizar sus propias acciones de autocuidado; en caso contrario, requiere de la enfermería para agenciarla. En ambas circunstancias, la enfermería juega un papel fundamental tanto en la identificación de necesidades y capacidades de autocuidado, como en la guía, apoyo y enseñanza al paciente-familia en las acciones de autocuidado requeridas. Acciones que exigen del paciente una adecuada adherencia que le permita mantener la vida y la salud, recuperarse de la enfermedad o adaptarse a sus cambios.

El objetivo de la investigación fue determinar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con FRCV inscritas en el programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en una Institución Prestadora de Salud privada de Montería e identificar los factores que afectan la adherencia de estos pacientes para orientar acciones específicas encaminadas a que éstos logren un mejor estado de salud y bienestar.

En el estudio se tuvieron en cuenta los siguientes conceptos:

- **Grado de adherencia:** “Correspondencia entre los comportamientos de un paciente con factor de riesgo cardiovascular y las recomendaciones hechas por uno o más miembros del equipo de salud, las cuales corresponden a una situación de ventaja para la adherencia, situación de riesgo de no adherencia y situación de no adherencia” (3).
- **Adherencia al tratamiento farmacológico:** “Grado al cual el comportamiento de un paciente con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular corresponde a las recomendaciones hechas por un proveedor de cuidado de salud sea éste un médico o personal de enfermería. Estas recomendaciones se relacionan con medicamentos: tipo de medicamento, dosis, frecuencia, duración del tratamiento y recomendaciones sobre su administración en relación con horario de comidas, horarios diurnos y otros” (3).
- **Adherencia al tratamiento no farmacológico:** “Grado al cual el comportamiento de un paciente con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular corresponde a las recomendaciones hechas por un proveedor de cuidado de salud sea éste médico o personal de enfermería. Estas recomendaciones no farmacológicas corresponden a cambios de dieta, control de peso y regulación del ejercicio, supresión o disminución en el hábito de fumar o alcohol” (3).

- **Personas con factor de riesgo de enfermedad cardiovascular:** “Se identifica como las personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular que presentan condiciones tales como hipertensión arterial, diabetes, sedentarismo, obesidad, hipercolesterolemia, dislipidemias, alcohol y tabaquismo” (3).

Metodología

Estudio descriptivo, transversal, con abordaje cuantitativo, con 204 pacientes seleccionados mediante muestreo probabilístico aleatorio simple de la base de datos de 1.278 pacientes inscritos en el programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en una Institución Prestadora de Salud (ips) de Montería.

Para obtener la información, se utilizó el instrumento diseñado por Bonilla y Gutiérrez en su cuarta versión, validada por Ortiz y Guáqueta (5), cuya confiabilidad según Alfa de Cronbach es de 0.60. Éste consta de 24 ítems y cuatro dimensiones: Dimensión I: factores socioeconómicos (6 ítems); Dimensión II: factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud (8 ítems); Dimensión III: factores relacionados con la terapia (6 ítems); Dimensión IV: factores relacionados con el paciente (4 ítems), cuya valoración se efectúa en escala tipo *Likert* de 0, 1 y 2 para *nunca, algunas veces y siempre*, que permite identificar tres situaciones de adherencia: persona en ventaja para adherencia cuando los puntajes están entre 80%-100% (38-48) del ideal; en riesgo de no de adherencia entre 60%-79% (29-37); y en situación de no adherencia cuando es menor de 60%, (< 29) (3, 5).

La información se recolectó durante los meses de febrero a marzo de 2010; los pacientes seleccionados se localizaron el día de su cita médica o de enfermería y previa información de los objetivos y procedimiento a seguir en la investigación; se aplicó el instrumento de forma autodiligenciada o con ayuda del encuestador. La información se procesó en una base de datos de EXCEL 2007, la cual se analizó mediante técnicas de estadística descriptiva como distribución de frecuencias, de tendencia central como el promedio y la mediana, y posición como cuartiles y percentiles; además, se realizó un análisis según coeficiente de correlación y ANOVA, para identificar si existía diferencia significativa en los tres grupos y a qué factor obedecía esa diferencia.

En cuanto a los aspectos éticos, se respetaron los contemplados en la normatividad colombiana: Resolución 008430/1993 y en el Código de Ética de Enfermería (7). La participación de los pacientes fue voluntaria, firmaron consentimiento informado y se mantuvo la

confidencialidad de la información mediante la asignación de códigos al instrumento. Se obtuvo aval de: el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, de la IPS y de las autoras del instrumento, y se garantizó la propiedad intelectual mediante citas bibliográficas.

Resultados

- **Características sociodemográficas:** Los participantes tenían edad promedio de 58 años, con rango de 21-90 años, el 70% de los pacientes estaba en edades de 45-68 años. El 53% era de sexo femenino, lo cual podría obedecer según lo encontrado por Martín a que las mujeres suelen acudir en mayor número y frecuencia a la consulta médica y en consecuencia también ser más responsables en el cumplimiento de las indicaciones recibidas. No obstante, la literatura reporta que los hombres tienen mayor riesgo de enfermedad cardiovascular que las mujeres y son afectados en edades más tempranas (9). Con relación al estado civil, el 57% de los pacientes era casado, 22% vivía en unión libre y el 21% restante no tenía vínculo conyugal. El 48% tiene nivel educativo universitario, el 22% secundaria y el 16% técnica, esto debido quizás a que la población estudiada pertenece al Régimen del Magisterio. Sin embargo, el 6% no realizó estudios y el 8% sólo alcanzó primaria, que correspondían a pacientes beneficiarios. De acuerdo al estrato socioeconómico, el 82% pertenecía a estratos 2 y 3. El 54% estaba afiliado al Régimen de Seguridad Social, de los cuales el 41% eran docentes activos y el 13% jubilados; el 46% era beneficiario.

- **Factores de Riesgo Cardiovascular:** El FRCV predominante fue la hipertensión arterial con 70%, mientras que el 18% presentaba más de un factor de riesgo, lo que concuerda con lo reportado por el MPS de Colombia, en el cual la hipertensión constituye el primer FRCV y una de las cinco primeras causas de mortalidad (1).

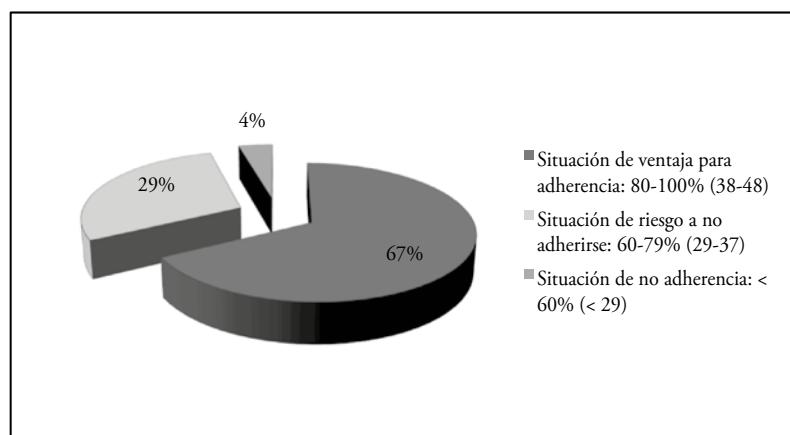
El estudio encontró que el 67% de los pacientes se encontraba en situación de ventaja para adherencia, el 29%, en situación de riesgo a no adherirse y el 4%, en situación de no adherencia. Esto puede estar relacionado con el hecho que estos pacientes pertenecían a un régimen de seguridad social que garantiza a sus usuarios la oportuna disponibilidad de medicamentos y a un programa en que realiza control por parte del médico y de la enfermera. Según la OMS, el sistema de prestación de asistencia sanitaria tiene gran potencial para influir en el comportamiento de adherencia de los pacientes (10), sustentado también por Bonilla, cuando anota que en el sistema de salud al cual pertenece el paciente le dará elementos que pueden ser los adecuados o necesarios para que el paciente tenga o no mayor grado de adherencia (3).

Descripción de los hallazgos según grado de adherencia y dimensiones

Grupo de pacientes en ventaja para adherirse al tratamiento

- **Dimensión I: Factores socio-económicos.** En este grupo, entre el 66.9% y el 83.1% de los pacientes *siempre* tenía disponibilidad económica para atender las necesidades básicas, costearse los medicamentos y asistir a la consulta; estaban en capacidad de leer la información escrita

Gráfica 1. Grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico



Fuente: Resultados de la investigación.

sobre el manejo de su enfermedad y contaban con apoyo familiar-social para cumplir su tratamiento. No obstante, el 50,7% consideró que *algunas veces* y 14% que *siempre* se les dificultaba los “cambios en la dieta debido al costo de los alimentos recomendados”, indicando que este aspecto de la terapia no farmacológica los pacientes no la están cumpliendo. Lo anterior conlleva a que la enfermería realice mayor énfasis en la educación al paciente sobre dietas adecuadas de acuerdo a la particularidad del tratamiento, sus costumbres y alimentos propios de la región, que permitan su adquisición a menor costo y un mejor cumplimiento de este aspecto de la terapia.

- **Dimensión II: Factor proveedor: sistema y equipo de salud.** Porcentajes superiores al 80% de participantes manifestaron que *siempre* “recibían información y explicaciones por parte del médico y de la enfermera con palabras entendibles sobre resultados, beneficios y forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias”; se daban cuenta que el médico controlaba si estaban siguiendo el tratamiento por las preguntas que les hacían y en caso que fallaran en su tratamiento, éstos entenderían sus motivos. Sin embargo, el 71,3% anotó que *siempre* y el 21,9% que *algunas veces* “las personas que los atendían respondían sus inquietudes y dificultades con respecto al tratamiento” y el 63,2% opinó que *siempre* “el médico y ellos coincidían en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que estaban haciendo en sus hábitos”, pero el 27,2% consideró que *algunas veces* y el 9,6% que *nunca* “coincidían”.

Se observa que aunque este factor fue bien valorado por los participantes, se requiere que el personal médico y de enfermería siga afianzando procesos comunicativos de doble vía, donde se tengan en cuenta las inquietudes, las motivaciones y las expectativas del paciente, y no sólo la simple orientación o información. Lo cual guarda coherencia con lo expresado por Bonilla, apoyada en Halka (3), según la cual la comunicación de las expectativas del cliente en cuanto a su tratamiento mejora la adherencia; con Flórez (11), cuando anota las intervenciones integrales que combinan distintos componentes que fueron más efectivas que las unifocales; y con lo planteado por la oms (10), que una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica. De allí que si el sistema tiene buena capacidad para educar a los pacientes, proporcionar apoyo y seguimiento y fomentar la capacidad de autocuidado, existen ventajas para lograr la adherencia.

- **Dimensión III: Factor relacionado con la terapia** (ítems con enunciados negativos). Porcentajes mayores al 80% consideraron que *nunca* “las diversas ocupaciones que tenían dentro y fuera del hogar y las distancias para llegar al consultorio les dificultaban seguir el tratamiento o cumplir sus citas, ‘nunca’ tenían dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos y no suspendían el

tratamiento cuando mejoraban los síntomas”. Sin embargo, el 55,1% anotó que *nunca* y el 42,6% que *algunas veces* habían “presentado dificultades para cumplir su tratamiento, lo cual podría estar relacionado con costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar”, según lo expresó el 46,3% en *algunas veces* y el 17,6% en *siempre*. Este resultado evidenció que estos aspectos no farmacológicos tenían influencia negativa en pacientes de este grupo, haciendo necesario concertar e involucrar activamente a estos pacientes en la planeación de las acciones a seguir en estos aspectos de la terapia.

- **Dimensión IV: Factor relacionado con el paciente.** Ítems valorados por más del 90% con *siempre*, indicador de que estos pacientes estaban convencidos de la importancia y los beneficios del tratamiento en su salud y se interesaban y se responsabilizaban por su cuidado. Este grado de compromiso de los participantes de este grupo es un aspecto positivo que el equipo de salud debe aprovechar y fortalecer en aras de crear condiciones más favorables para el fomento de su autocuidado, como también para el desarrollo de trabajos grupales que potencialicen en otros pacientes el interés, el compromiso y la responsabilidad por el cuidado de su salud.

Los resultados en el grupo de pacientes en ventaja para adherencia coinciden con los de Flórez, Herrera y Contreras, quienes encontraron respectivamente el 88%, el 92% y el 95% de los participantes en la categoría sin riesgo de no adherirse a los tratamientos, relacionados con la disponibilidad de recursos económicos para satisfacer las necesidades básicas, las redes de apoyo familiares, la disponibilidad de un sistema y el equipo de salud organizados que respondan a las inquietudes y a la consecución de los tratamientos y grupos de apoyo para la práctica de hábitos saludables (11, 12, 13). En contraste están los resultados de Rodríguez (16), quien encontró el 80.8% en riesgo de no adherencia y el 6,4% en no adherencia, por dificultad para mantener las necesidades básicas, asistir a la institución de salud, continuidad en el tratamiento, falta de compromiso para cambiar algunos hábitos y déficit de conocimientos en cuanto a la enfermedad, los tratamientos, los controles y los cuidados.

Grupo de pacientes en situación de riesgo para no adherencia a los tratamientos

- **Dimensión I: Factores socio-económicos.** En este grupo, el 60% *siempre* “tenía disponibilidad económica para atender las necesidades básicas, costearse los medicamentos 56,7%, asistir a la consulta 58,3% y el 68,3 podía leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad”. Los porcentajes restantes consideraron *algunas veces* y un porcentaje bastante mínimo que *nunca* la tenían. Por su parte, el 73,3% *algunas veces* “se le dificultaba los cambios en la dieta debido al costo de los alimentos recomendados”.

- dos" y el 48,3% *siempre* "contaba con apoyo familiar o de allegados para cumplir su tratamiento". Sin embargo, el 48,3% *algunas veces* y el 3,3% *nunca* tenía apoyo.
- **Dimensión II: Factor relacionado con el proveedor.** En este factor manifestaron que algunas veces "las personas que los atendían respondían sus inquietudes y dificultades con respecto al tratamiento (58,3%); recibían información o explicación sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico (53,3%); forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias (61,7%); resultados del tratamiento en su salud (51,7%); explicaciones del médico y la enfermera con palabras que entendían (65%); en caso que fallaran en su tratamiento, éstos entenderían sus motivos (55%) y se daban cuenta que su médico controlaba si estaban siguiendo el tratamiento por las preguntas que les hacían" (56,7%). El 41,7% consideró que *algunas veces* y el 30% que *nunca* coincidía con el médico en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que estaban haciendo en sus hábitos, requiriendo este grupo un mayor apoyo, seguimiento y orientación por parte del equipo de salud para aclarar sus dudas, inquietudes y expectativas. Estos hallazgos soportan lo expresado por Sánchez (14): "Una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente en la interacción profesional de la salud-enfermo son de gran importancia y contribuyen a mejorar la adherencia".
 - **Dimensión III: Factor relacionado con la terapia.** Para el 68,3% de participantes, *siempre* "las diversas ocupaciones les dificultaban seguir el tratamiento o cumplir sus citas" (63,3%); el 58,3% "tenía dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos" y el 65% "cuando mejoraban sus síntomas, suspendían el tratamiento". Por su parte, el 55% consideró que *algunas veces* y el 38,3% que *siempre* "había presentado anteriormente dificultades para cumplir su tratamiento". Para el 60%, *algunas veces* y el 16,7% *siempre* "había costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar", evidenciando falta de conocimientos tanto de la terapia farmacológica como de la no farmacológica.
 - Según hallazgos respaldados en lo expresado por Bonilla (3), la falta de conocimientos del paciente de su enfermedad los lleva a tomar alternativas como las de abandonar el tratamiento, siendo necesario informar al paciente de todo lo relacionado con la patología. No obstante, estos resultados difieren de los de Flórez y Herrera, que encontraron en el 93% y el 87,4% actitudes positivas en el cumplimiento de la terapia farmacológica y no farmacológica (11, 12).
 - **Dimensión IV: Factor relacionado con el paciente.** Del 75% al 90% de los pacientes consideró "estar convenido de la importancia y beneficios del tratamiento, mostraba interés y sabía que era responsable de seguir

el cuidado de su salud", aunque para el rango entre el 8% y el 25% sólo *algunas veces*.

Estos hallazgos evidencian que este grupo requiere mayor apoyo, seguimiento e información por parte del equipo de salud, teniendo en cuenta las dudas, las necesidades y las expectativas de los pacientes, tal como lo plantea la OMS (10) cuando hay poca capacidad o incapacidad del sistema para educar a los pacientes, proporcionar seguimiento y apoyo a la comunidad, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla. Estos factores ejercen un efecto negativo en la adherencia terapéutica.

Grupo de pacientes en situación de no adherencia a los tratamientos

- **Dimensión I: Factores socioeconómicos.** El 50% de los pacientes *algunas veces* y entre el 12,5% y el 25% "nunca" tenía disponibilidad económica para atender las necesidades básicas, costearse los medicamentos o asistir a la consulta", lo cual también "hacía que presentaran dificultades con los cambios en la dieta". Iguales porcentajes *algunas veces* o *nunca* "podían leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad" y un 75% *algunas veces* y 25% *nunca* "contaba con apoyo familiar para cumplir su tratamiento". En este sentido, Bonilla encontró como factores que intervienen en la falta de adherencia de los pacientes la incapacidad económica de conseguir los medicamentos por falta de dinero, adicionalmente la incapacidad de leer las recetas por el bajo nivel de escolaridad o alteración en la agudeza visual y no tener buenas redes de apoyo para la ejecución del tratamiento (3).
- **Dimensión II: Factor proveedor.** Porcentajes entre el 50 y el 75% anotaron que *algunas veces* "las personas que los atendían respondían sus inquietudes y dificultades con respecto al tratamiento" (50%) y "se daban cuenta de que su médico controlaba si estaban siguiendo el tratamiento por las preguntas que les hacían, así como si recibían información y explicación sobre los beneficios y resultados que iban a tener en su salud con el tratamiento (62,5%)". El 75% *algunas veces* "recibía información sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias y el médico y la enfermera les daban explicaciones con palabras que entendieron". Para el 50% *nunca*, seguido de 25% *algunas veces*, "en caso que fallaran en su tratamiento, su médico y enfermera entenderían sus motivos". Lo anterior denota la necesidad de un mayor acompañamiento del equipo de salud, donde la enfermería juega un papel importante al brindar apoyo y educación como un sistema de intervención para el logro del autocuidado, como lo sugiere el sistema de apoyo educativo de Orem (15).

En este aspecto, la OMS (10) considera que la poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento ejerce un efecto negativo en la adherencia. Bonilla expresa que en la relación cliente-proveedor la comunicación influye en la adherencia de manera distinta; aquellas donde faltaron las explicaciones la influencia fue negativa y disminuyó la adherencia.

- **Dimensión III: Factor terapia.** Aunque al 62,5% *nunca* “las diversas ocupaciones les dificulta seguir el tratamiento”, al 37,5% *algunas veces*. Por su parte, *algunas veces* “las distancias a los consultorios les dificultaba el cumplimiento de sus citas (50%)”, “tenían dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos (37,5%)”, “suspenden el tratamiento cuando mejoran sus síntomas y han presentado anteriormente dificultades para cumplir su tratamiento (62,5%)”. Esto último podría estar relacionado con que el 50% *siempre* y 37,5% *algunas veces* creen que “hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar”. En este grupo se evidencia aún más la falta de conocimientos tanto de la terapia farmacológica como de la no farmacológica.
- **Dimensión IV: Factor paciente.** Mayor porcentaje de los participantes (62,5%) evidencia estar “convencido de que el tratamiento es beneficioso, por eso sigue tomándolo”, aunque el 37,5% lo está *algunas veces*. El 75% *siempre* “se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse y creen que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud”, pero el 25% *algunas veces*. Por su parte, el 50% “cree que es responsable de seguir el cuidado de su salud”, pero otro 50% sólo *algunas veces*. Se requiere que a este grupo de pacientes en situación de no adherencia la enfermería les ofrezca refuerzo conductual sobre el manejo de la alteración de su salud, su tratamiento y cuidados, que lleven a que ellos asuman un mayor compromiso y responsabilidad en el autocuidado de su salud y el cumplimiento de su tratamiento farmacológico y no farmacológico. Sustentan estos hallazgos la OMS (10) y Rodríguez (16), cuando manifiestan que ejercen un efecto negativo sobre la adherencia factores como las dificultades económicas, el bajo nivel educativo o el analfabetismo las dificultades en modificar hábitos, la falta de redes de apoyo social, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento.

Otros análisis

A los datos obtenidos se les realizó un análisis de varianza (ANOVA) con la finalidad de identificar si existía diferencia estadística significativa entre los tres grupos y a qué factor obedecía esa diferencia. El ANOVA aportó según el valor de la Estadística F que la *Dimensión II: factores relacionados con el proveedor* es la que aporta una mayor diferencia

entre estos grupos (106,038), lo cual muestra que la relación paciente-proveedor es de gran importancia en el grado de adherencia que pueden tener los pacientes.

Este hallazgo se apoya en lo anotado por la OMS (10), en cuanto a cómo una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica, de allí que si el sistema tiene buena capacidad para educar a los pacientes, proporcionar apoyo y seguimiento, fomentar la capacidad de autocuidado, conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla, existen ventajas para lograr la adherencia. Lo contrario ejerce efecto negativo en la adherencia.

También se sustenta en lo planteado por Orem (15) la confianza y aceptación que tiene el paciente en la enfermera y el respeto de ésta con el paciente, pues son fuerzas que actúan recíprocamente y ayudan al mantenimiento de una relación enfermera-paciente, así como el interés sostenido por la enfermera en los esfuerzos de cuidado sanitario del paciente, que puede contribuir mucho a que llegue a ser un agente eficaz de autocuidado.

Conclusiones

Los pacientes inscritos en el Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad Cardiovascular de la IPS privada del municipio de Montería en un mayor porcentaje se encuentran en situación de ventaja para adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, un porcentaje intermedio en situación de riesgo de no adherencia y un porcentaje mínimo en situación de no adherencia.

En cuanto a los factores que influyen en la adherencia, el grupo de pacientes en situación de ventaja para adherencia manifestó en mayor porcentaje tener disponibilidad económica y apoyo familiar para satisfacer las necesidades básicas, costearse los medicamentos, asistir al lugar de la consulta y cumplir el tratamiento; recibir educación y orientación del equipo de salud sobre importancia, resultados y beneficios del tratamiento en su salud y aclaraciones a sus dudas e inquietudes; no tener dificultad en el cumplimiento del tratamiento o de las citas debido a sus ocupaciones; y estar convencidos de la importancia del tratamiento y su interés y responsabilidad en cumplirlo.

En el grupo de pacientes en situación de riesgo de no adherencia, estos aspectos se cumplen en mayor porcentaje *algunas veces*, a pesar de estar convencidos de la importancia y de los beneficios del tratamiento, mostrar interés por su salud y saber que ellos son responsables de su cuidado; y en el grupo de pacientes en situación de no adherencia,

los aspectos antes anotados se cumplen en un alto porcentaje *algunas veces* siguiéndole en porcentaje *nunca*.

Un aspecto de los factores socioeconómicos presente en los tres grupos es el relacionado con la dificultad para hacer cambios en la dieta debido al costo de algunos alimentos, variable del tratamiento no farmacológico que influye de manera negativa en los pacientes estudiados.

Los tres grupos de situación de adherencia identificados varían estadísticamente con relación a las cuatro dimensiones, siendo la *Dimensión II: factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud*, la que aportó mayor diferencia. En esto se destaca que la relación paciente-proveedor es de gran importancia en el grado de adherencia que pueden tener los pacientes. Este hallazgo representa un reto para la enfermería, haciendo necesario que en su papel de cuidador la enfermera enfatice las acciones de autocuidado con orientación, enseñanza, apoyo y acompañamiento permanente, teniendo en cuenta las características individuales encontradas en los pacientes en los distintos grupos, sus necesidades, experiencias y expectativas, dándole participación activa en la planeación de las acciones a seguir en un ambiente de desarrollo, fortalecimiento, cambio de actitudes y toma de decisiones, que favorezcan tanto la adherencia como el autocuidado de los participantes del programa.

Referencias

- (1) Ministerio de Protección Social. Indicadores básicos 2008 [documento en Internet]. 2008 [acceso: 2009 may 04]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vBecontent/NewsDetail.asp?ID=15895&IDCompany=3>
- (2) Sabaté E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción [página principal en Internet]. OMS; c2004 [acceso: 2009 may 04] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/nc-adherencia.htm>.
- (3) Bonilla C. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: validez de contenido y validez aparente del mismo [tesis magistral]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2006.
- (4) Taylor S. Orem D. La teoría enfermera del déficit de autocuidado. En: Marriner T, Alligood M, editores. Modelos y teorías de enfermería. 5^a ed. Madrid: Elsevier Science; 2003. pp. 189-210.
- (5) Ortiz C. Validez de constructo y confiabilidad del instrumento *Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular* [tesis magistral]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2008.
- (6) República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Boletín Oficial del Estado n°159 (10/04/1993).
- (7) Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería. Código de Ética de Enfermería: *Guía para el desempeño del profesional de enfermería*. Bogotá: ACOFAEN; 1998.
- (8) Martín L, Sairo M, Bayarre H. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003;19(2):1-4.
- (9) UNED. Guía de alimentación y salud: factores de riesgo cardiovascular [documento en línea]. [acceso: 04 may 2009]. Disponible en: <http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-II/guia/enfermedades/cardiovasculares/index.htm>
- (10) OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción [documento en Internet]. 2004 [acceso: 04 may 2009]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>
- (11) Flórez I. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular [tesis magistral]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2007.
- (12) Herrera A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular [tesis magistral]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2007.
- (13) Contreras A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular [tesis magistral]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2006.
- (14) Sánchez CN. Adherencia terapéutica en hipertensión arterial sistémica. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2006;14(3):98-101.
- (15) Orem D. Normas prácticas en enfermería. Madrid: Ediciones Pirámide s.A.; 1983.
- (16) Rodríguez AL, Gómez OA. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. Av Enferm. 2010;28(1):63-71.

Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial

Degrees of risk for therapeutical adherence in persons with arterial hypertension

Graus de risco para a aderência terapêutica em pessoas com hipertensão arterial

ARIEL SALCEDO BARAJAS*
ANA MARITZA GÓMEZ OCHOA**

Resumen

Objetivo: Determinar los grados de riesgo para la adherencia terapéutica en los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial.

Metodología: Estudio de abordaje cuantitativo, descriptivo y transversal, realizado con 282 personas hipertensas hospitalizadas en el Hospital Universitario de Santander (HUS). Se utilizó un instrumento validado, con alto índice de confiabilidad y trayectoria para la medición del fenómeno de adherencia, elaborado por Bonilla y De Reales (2006); para este estudio se utilizó la última versión propuesta por Consuelo Ortiz Suárez (2008).

Resultados: El 18.4% de la población hipertensa estudiada se encuentra en un nivel de riesgo alto, el 47.2% en un nivel de riesgo medio y el 34.4% de las personas hipertensas en un nivel de riesgo bajo. El 50% de la población estimada se clasifica como adulta mayor (≥ 60 años) y la proporción de hombres (63.1%) fue mayor que la de mujeres (36.9%) participantes en el estudio.

Discusión y Conclusiones: Más del 50% de la población hipertensa evaluada se encuentra en un grado de adherencia

global en riesgo medio y alto, lo que se simboliza un preocupante pronóstico del comportamiento de la adherencia en este grupo poblacional. De igual forma, se demostró el impacto negativo en la adherencia cuando el nivel educativo de las personas es bajo y cuando existen limitaciones económicas para subsanar las necesidades básicas, lo que generó un grado de riesgo medio limítrofe que pone en peligro el alcanzar o mantener comportamientos compatibles con la adherencia en este grupo poblacional.

Palabras clave: Adherencia al Tratamiento; Grado de Riesgo; Factores de Riesgo; Presión Sanguínea Alta (Fuente: DECS BIREME).

Abstract

Objective: To determine the degree of risk for adherence in pharmacological and no pharmacological treatments in people with hypertension.

Methodology: Quantitative approach, descriptive and cross-sectional study with 282 hypertensive patients was hospitalized at the Hospital Universitario de Santander. We used a validated instrument, with high reliability and path for measuring the phenomenon of adhesion, drafted by Bonilla and De Reales (2006), with the latest version proposed by Consuelo Ortiz Suárez (2008).

Results: 18.4% of the hypertensive population studied is in a high risk level, 47.2% of the sample population in a medium risk and 34.4% of hypertensive patients in a low risk. 50% estimated population classified as elderly (≥ 60 years) and the proportion of men (63.1%) was higher than females (36.9%) participants in the study.

* Enfermero. Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Docente Cátedra, Universidad Industrial de Santander, UIS. Docente Cátedra, Universidad de Santander, UDES. Enfermero Cuidados Intensivos, Fundación Oftalmológica de Santander, FOSCAL. Bucaramanga, Colombia. E-mail: asalcedob@unal.edu.co

** Enfermera, Candidata a Doctor en Educación. Magíster en Enfermería para el Cuidado de la Salud Cardiovascular. Magíster en Docencia. Especialista en Enfermería Cardiorrespiratoria. Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. E-mail: amgomez@unal.edu.co

Discussion and conclusions: More than 50% of the hypertensive population is evaluated on a global level of adhesion medium and high risk which is symbolized a disturbing forecast of adherence behavior in this population. Similarly, the negative impact on adherence is demonstrated when the educational level of people is low and when there are economic constraints to address basic needs, which generated an average risk grade boundary, which threatens to reach and/or maintaining behaviors consistent with adherence in this population.

Key words: Medication Adherence; Risk Grade; Risk Factors; Hypertension (Source: DECS BIREME).

Resumo

Objetivo: Determinar os graus de risco para a aderência terapêutica nos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos em pessoas com hipertensão arterial.

Metodologia: Estudo de abordagem quantitativo, descritivo e transversal, realizado com 282 pessoas hipertensas hospitalizadas no Hospital Universitário de Santander (HUS). Utilizou-se um instrumento validado, com alto índice de confiabilidade e trajetória para a medição do fenômeno de aderência, elaborado por Bonilla e De Reales (2006). Para este estudo utilizou-se a última versão, proposta por Consuelo Ortiz Suárez (2008).

Resultados: 18,4% da população hipertensa estudada encontra-se em um nível de risco alto, 47,2% em um nível de risco médio e 34,4% das pessoas hipertensas em um baixo nível de risco. 50% da população estimada se classifica como idosa (≥ 60 anos) e a proporção de homens (63,1%) foi maior do que a de mulheres (36,9%) participantes no estudo.

Discussão e Conclusões: Mais de 50% da população hipertensa estudada se encontra em um grau de aderência global em risco meio e alto, o que simboliza um preocupante prognóstico do comportamento da aderência neste grupo populacional. Da mesma forma, se demostrou o impacto negativo na aderência quando as pessoas apresentam um nível educativo baixo e quando existem limitações econômicas para suprir as necessidades básicas, o que gerou um grau de risco médio limítrofe que dificulta atingir ou manter comportamentos compatíveis com a aderência neste grupo populacional.

Palavras-chave: Adesão à Medicação; Grau de Risco; Fatores de Risco; Pressão Sanguínea Alta (Fonte: DECS BIREME).

Introducción

La salud y la calidad de vida de las personas en Colombia se ve actualmente afectada por las enfermedades cardiovasculares, entre las que se destaca la hipertensión arterial como el principal precursor, constituyendo en conjunto la primera causa de mortalidad en el país y en el mundo

con 16 millones de muertes al año, según los últimos informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Ministerio de la Protección Social y la Secretaría de Salud del Departamento de Santander (1).

Una vez constituida la hipertensión como enfermedad cardiovascular, ésta persiste silenciosamente durante muchos años hasta deteriorar el estado de salud y producir la muerte. Sin embargo, la actuación oportuna de las personas y los profesionales de la salud a favor de la adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica reduce el riesgo de sufrir un evento cerebrovascular en un 30-43% y un infarto agudo de miocardio en un 15%, si se logra controlar y modificar los factores que afectan el mantener una conducta de adherencia terapéutica (2).

Estudios de vigilancia epidemiológica en Estados Unidos y Europa reportan que 25 de cada 100 personas presentan hipertensión arterial de diferente etiología y clasificación, concluyendo que a pesar de las distintas opciones terapéuticas disponibles en la actualidad de comprobada eficacia y seguridad, menos del 55% de las personas hipertensas no recibe tratamiento alguno y el porcentaje de personas con cifras de tensión arterial controladas por el tratamiento no supera el 45% (3, 4).

La adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo es lo que compromete gravemente la efectividad del tratamiento, de manera que es un tema fundamental para la promoción de la salud de la población mundial y local desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía de la salud (5).

En la red clínica y hospitalaria de Santander, Colombia, el principal motivo de consulta no urgente está relacionado con la morbilidad de las personas con hipertensión arterial y sus complicaciones. La cifra se encuentra en aumento con una prevalencia según la Encuesta Nacional en Salud del 9,2% con edades comprendidas entre los 18 y 64 años (6).

En respuesta a la problemática de adherencia en personas hipertensas, el profesional de enfermería debe desempeñar un papel de liderazgo en el fortalecimiento y la gestión de estrategias y proyectos dirigidos a mejorar la adherencia de las personas a los tratamientos antihipertensivos, demandando la colaboración de los usuarios y familiares y la participación multidisciplinaria del equipo de salud con el objeto de lograr el mantenimiento del bienestar y el control de la hipertensión arterial, a través de procesos de capacitación, educación, acompañamiento, enseñanza de estrategias y apoyo social.

Definición de conceptos

- **Adherencia terapéutica:** Es el grado de comportamiento de una persona para tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida, de acuerdo a las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria.
- **Grado de riesgo para la adherencia:** Clasificación de la condición de sujetos con hipertensión arterial en relación con tres posibles estados calculados, de acuerdo con los rangos de puntuación de los factores que influyen en la adherencia y que permiten ubicarlos en riesgo alto, medio o bajo.
- **Factores que influyen en la adherencia:** Son características o condicionantes que afectan el comportamiento de la persona hacia el seguimiento de la medicación o recomendaciones dadas por el personal de salud.
- **Adherencia en personas con hipertensión arterial:** Es el grado de cumplimiento de adherencia de una persona hipertensa para consumir los medicamentos prescritos, aplicar un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida, para obtener el logro de la presión arterial deseada.

Materiales y Métodos

Se ejecutó un estudio de abordaje cuantitativo, descriptivo, transversal, acorde con los objetivos de la investigación, en el que se determinó el grado de riesgo para la

adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial en el Hospital Universitario de Santander (HUS) entre los meses de mayo y agosto del 2010; se utilizó el instrumento *Factores que influyen en la adherencia* de Bonilla con la última versión propuesta por Consuelo Ortiz (8), que consta de 24 ítems. El instrumento alcanzó la validez de constructo con un Alfa de Cronbach de 0.60.

Este instrumento se soporta en una exhaustiva revisión temática sobre adherencia que determina la existencia de múltiples factores que son favorables o desfavorables para la condición de adherirse a los tratamientos que benefician el control de la hipertensión arterial. Estos factores son agrupados en dimensiones que tienen como fin medir el porcentaje del riesgo para no adherirse: a menor porcentaje, mayor riesgo (ver Tabla 1.).

La sumatoria de los niveles que se hacen del total de factores favorables logrados por un sujeto es lo que califica ese riesgo en bajo, medio y alto. De acuerdo a esta revisión y en consulta con expertos en psicometría, se modificó la categoría de riesgo del instrumento original en esta investigación, previo conocimiento y autorización de los autores originales (ver Tabla 2.).

Tabla 1. Porcentaje para evaluar la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos

Valoración de Adherencia	Porcentaje (%)
Ventaja para adherirse	80-100
En riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia	60-79
No puede responder con comportamientos de adherencia	< 60

Fuente: Bonilla (7).

Tabla 2. Clasificación modificada de los grados de riesgo para la adherencia

Categoría de riesgo	Porcentaje	Puntuación Escala de Likert	Definición
Riesgo bajo	80% al 100%	38-48 puntos	Ventaja para generar comportamientos compatibles con la adherencia
Riesgo medio	60% a 79%	29-37 puntos	En peligro de no generar comportamientos de adherencia
Riesgo alto	Menor o igual a 59%	Menor a 28 puntos	No puede responder con comportamientos de adherencia

Fuente: Basada en la clasificación propuesta por las autoras originales del instrumento.

Población

La población promedio mensual del estudio estuvo conformada por 240 personas adultas con diagnóstico de hipertensión arterial en tratamiento farmacológico con una temporalidad mayor a tres meses, sin limitación mental u orgánica, atendidos en el área de hospitalización de medicina interna del HUS.

Muestra

Se calculó un tamaño de muestra de $n = 282$ pacientes, con un error estimado del 5%, según datos obtenidos de la prueba piloto, con un nivel de confianza de 95%, un ajuste de no participación del 10% y una proporción estimada de personas hipertensas que expresaron adherencia del 45%. Esto se basó en datos de investigaciones anteriores, en las cuales se mostraron prevalencia de adherencia en hipertensión arterial para Colombia menores al 50% (9).

Consideraciones ético-legales

Se consideró la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (10), en la que se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y la Ley 911 del 2004 (Tribunal Nacional Ético de Enfermería) (11) en sus apartes más relevantes, gracias a las cuales se concluyó que el presente estudio no implicó riesgo para los participantes y su participación fue autónoma con consentimiento informado firmado. El estudio fue avalado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Procedimiento de recolección de la información

La recolección de la información se desarrolló en el área de hospitalización del servicio de medicina interna. Una vez realizado el trabajo de campo y verificada la información, se desarrolló una base de datos doblemente digitada en *EPI INFO 6.04d*. Al terminar la digitación, se aplicó el programa *VALIDATE* con el objetivo de identificar inconsistencia de los datos y corregir errores de transcripción. Posteriormente, la base de datos se analizó en el programa *STATA 10*.

Procesamiento de la información

La información recolectada de acuerdo a la muestra establecida permitió abordar el estudio en tres fases:

- **Primera fase:** se evaluó el grado de riesgo en la adherencia en los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos

en personas hipertensas del HUS, mediante la obtención de los puntajes de la escala de *Likert* para establecer los grados de riesgo de adherencia por dimensiones y el puntaje total del grupo muestral a través del análisis de máximos y mínimos de los valores obtenidos en el estudio.

- **Segunda fase:** se describieron los grados de riesgo que intervienen en la adherencia y el comportamiento de los sujetos del estudio en relación con los factores que influyen en la adherencia mediante el análisis de cada uno de las dimensiones y de acuerdo a los criterios elaborados por las autoras del instrumento.
- **Tercera fase:** se estableció la medición de la consistencia interna para determinar la confiabilidad del instrumento para este grupo muestral específico a través del Alfa de Cronbach.

Resultados y Discusión

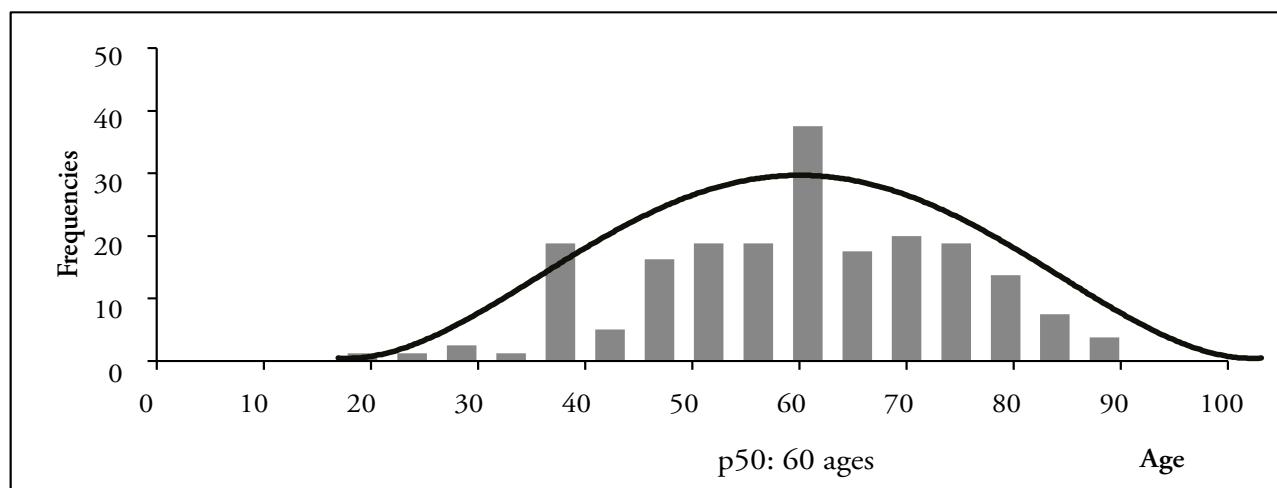
Algunos estudios han demostrado que muchos factores contribuyen negativamente en la adherencia al tratamiento de las personas hipertensas. Tres de los más importantes son, indudablemente: la naturaleza de la enfermedad asintomática, el estado crónico e incurable de la hipertensión arterial y los factores sociodemográficos, cuyos comportamientos son inversamente proporcionales a la adherencia (12).

Distribución de la edad y género de los participantes

El 50% de la población estimada se clasifica como adulta mayor (≥ 60 años), datos que son compatibles con estudios similares realizados en personas hipertensas en Colombia (13) y en el mundo, lo que destaca la asociación y el aumento lineal en el porcentaje de la enfermedad y el envejecimiento de las personas (14) (ver Gráfica 1.). Con respecto a la adherencia, no existe una conceptualización que permita relacionar fuertemente la idea de que a mayor edad, mayor riesgo de abandono al tratamiento, pero se advierte que cuando la edad supera los 75 años y existe una patología concomitante limitante con la tensión arterial, el riesgo de no adherencia es alto (15).

Con respecto al género, la investigación mostró que fue mayor la proporción de hombres (63.1%) que de mujeres (36.9%) participantes en el estudio. Esto contrasta con algunos estudios recientes en poblaciones con iguales características y otros donde el mayor porcentaje se centró en el género femenino después de los 50 años de edad, asociado a la disminución de la protección hormonal (16).

En el análisis bivariado, este estudio reportó una diferencia estadística significativa entre los promedios del

Gráfica 1. Distribución de la edad de los participantes

Fuente: Base de datos del autor.

puntaje de grados de riesgo de adherencia y el género, con una $p = 0.030$. Los hombres y las mujeres se clasificaron en una categoría de riesgo de adherencia medio sin diferencias marcadas para la puntuación (ver Tabla 3).

Con relación a la edad y el género, se encontró que la presión arterial sistólica aumenta con la edad. También tuvo una media de 132.6 mmHg en hombres y de 127.6 mmHg en mujeres, con un aumento relativo de

la presión sistólica en hombres en comparación con la mujeres hasta los 60 años. Los hombres y las mujeres > 60 años mostraron cifras de tensión arterial sistólica similares. Esta diferencia en el efecto de la edad de < 60 y > 60 años sobre la presión sistólica fue estadísticamente significativa con una $p = 0.03$ (ver Tabla 4.).

La presión arterial diastólica no presentó diferencia marcada entre los géneros; ambos tuvieron un aumento

Tabla 3. Relación entre el género y los grados de riesgo de adherencia

Género	(n)	Media del grado de riesgo	Error estándar	Desviación estándar	IC 95% Grados de riesgo
Femenino	104	33.46 (RM)	0.7040	7.145	32.06-34.86
Masculino	178	35.32 (RM)	0.5075	6.7143	34.32-36.32
Total	282	34.63	0.4152	6.9230	33.81-35.45

Fuente: Análisis de la base de datos del autor.

Tabla 4. Promedio de presión arterial sistólica por grupos de edad

Edad en años	Hombres		Mujeres		Total	
	Media	IC 95%	Media	IC 95%	Media	IC 95%
20-29	129.0	116	122	108	105.2	109.0
30-39	128.9	112	126	120.2	106.4	109.2
40-49	132.3	126	136	128.2	111.3	125.5
50-59	130.0	127	142	130.0	122.4	135.2
60-69	135.0	125	142	138.1	129.6	142.1
≥ 70 años	134.6	125	143	148.8	130.7	160.7
Total	132.6	118.5	134.7	127.6	113.7	131.8
					129.7	117.8
						132.5

Fuente: Base de datos del autor.

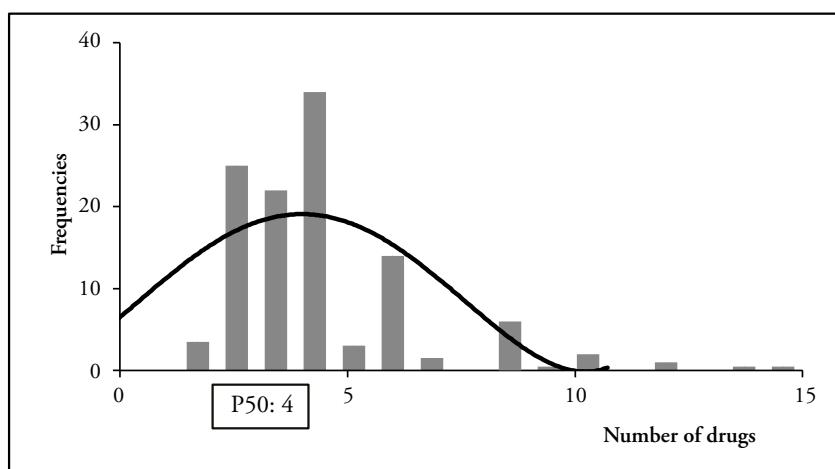
progresivo de hasta los 60 años, edad en la que se muestra una tendencia a estabilizarse y disminuir las cifras diastólicas.

Frecuencia de medicamentos consumidos al día y cronicidad

En el análisis univariado del número de medicamentos consumidos al día, se obtuvo una media de 4.12 (IC 95% de 3.85 a 4.39). La gráfica no representó una distribución normal según la prueba estadística de *Shapiro-Wilk* por lo que se muestra una mediana de 4 medicamentos

día, con un rango máximo de 15 medicamentos y un mínimo de una tableta diaria (ver Gráfica 2.).

El porcentaje de personas con tratamiento de monoterapia fue bajo, con un 3.2 %. De acuerdo con estos resultados, la literatura reporta que algunos determinantes que afectan severamente la adherencia en pacientes con hipertensión arterial se relacionan con aspectos propios de la farmacoterapia, como la complejidad del régimen terapéutico, la tolerancia al medicamento, los costos y la duración permanente del tratamiento antihipertensivo (17).

Gráfica 2. Frecuencia de medicamentos consumidos al día

Fuente: Base de datos del autor.

De igual forma, en este estudio la media de tiempo de consumo de medicamentos fue de 58.8 meses (IC 95%: 53.25-64.42) con una mediana de 48 meses de tratamiento, un rango mínimo de 3 meses y uno máximo de 360 meses, lo que explica la cronicidad del grupo muestral en el manejo de la hipertensión arterial.

Distribución de las personas por estrato socioeconómico

En relación con los lugares de procedencia de los participantes del estudio, la mayoría de las personas son residentes de Bucaramanga, en un área metropolitana distribuida principalmente en estratos socioeconómicos bajos.

La literatura informa que el bajo nivel socioeconómico, el analfabetismo y el desempleo son factores de riesgo alto importantes en la adherencia deficiente (18). Estos datos son similares a los resultados encontrados en este estudio, donde se evidenció el impacto socioeconómico en relación a la estratificación social y los grados de riesgo de adherencia, que reflejaron cómo la población en estratos socioeconómicos 1 y 2 presentaron comportamientos limítrofes de riesgo medio de adherencia, ante la ausencia de herramientas que facilitaran el proceso salud/enfermedad. Las personas hipertensas en estrato socioeconómico 3 y 4 se encontraban en una categoría de riesgo bajo cuyo nivel de adherencia era satisfactorio (ver Tabla 5.).

Tabla 5. Relación entre el estrato socioeconómico y los grados de riesgo de adherencia

Variable estrato	Media del puntaje global	Intervalo de confianza 95%	Clasificación de grado de riesgo
Estratos 3 y 4	40.12	38.41	Riesgo bajo
Estrato 1 y 2	33.02	32.20	Riesgo medio
Total	34.63	33.81	Riesgo medio

Fuente: Base de datos del autor.

Nivel de escolaridad del grupo muestral

El nivel de escolaridad de la población fue en su mayoría bajo: el 72.4 % de la población muestral tiene un nivel de escolaridad primaria o menor, lo que se convierte en una limitación significativa para la comprensión de la educación y las recomendaciones dadas por el proveedor de salud.

En un intento por determinar el impacto del nivel educativo en los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en la

población hipertensa, se elaboró una variable dicotómica del nivel de escolaridad que permite ver cómo la población con nivel educativo mayor (estudios de educación secundaria, técnica y universitaria) presenta un grado de riesgo bajo y una ventaja para generar o mantener comportamientos óptimos de adherencia al tratamiento antihipertensivo, mientras que las personas con nivel de estudios básicos de primaria o en analfabetismo se ubicaron en un grado de riesgo medio y en peligro de no generar o mantener dichos comportamientos (ver Tabla 6.).

Tabla 6. Relación entre el nivel de escolaridad y los grados de riesgo de adherencia

Variable escolaridad	Media del puntaje global del instrumento	Intervalo de confianza 95%	Clasificación de grado de riesgo	
Estudios de secundaria, técnicos y universitarios	39.10	37.51	40.69	Riesgo bajo
Analfabetismo y estudios de primaria	32.95	32.10	33.80	Riesgo medio
Total	34.63	33.81	35.45	Riesgo medio

Fuente: Base de datos del autor.

Descripción del comportamiento de las dimensiones y evaluación global de los grados de riesgo para la adherencia

Una vez desarrollada la descripción de las variables sociodemográficas, se desarrolló el análisis de las dimensiones más relevantes del instrumento con el fin de conocer cuáles dimensiones influenciaron en el comportamiento de la adherencia y cuál fue la ubicación de ese comportamiento dentro del grado de riesgo global de la adherencia en los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial (ver Tabla 7.).

- **Dimensión No 1.** Factores socioeconómicos. El comportamiento global de los factores socioeconómicos describió una categorización del riesgo de adherencia significativamente comprometida, donde el 49.5% de la población se encontró en el nivel de riesgo alto, un 24.7% en riesgo medio y un 25.8% en riesgo bajo. Esto puede explicar el impacto de la situación económica y su influencia en la adherencia a los tratamientos antihipertensivos en esta población. Como conclusión, se destacó que los grados de riesgo de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos crecían a medida que se disminuían las condiciones económicas de sostenibilidad y suplencia de las necesidades básicas.

Sin embargo, es aquí donde el trabajo del profesional de enfermería cobra relevancia al aplicar herramientas e intervenciones útiles en contra del déficit económico, como es la educación y la asesoría. Esta intervención liderada por la enfermería requiere de un enfoque multidisciplinario donde se involucre a la familia en una sociedad saludable, donde el Estado mediante sus políticas apoye y garantice el suministro ininterrumpido de los medicamentos de acuerdo al Plan Obligatorio de Salud (pos) y donde se adopten programas educativos basados en la caracterización e identificación de las necesidades de cada población, comunidad, familia e individuo con problemas de hipertensión.

- **Dimensión No 2.** Factores relacionados con el proveedor. El comportamiento de los factores relacionados con el proveedor, el sistema y el equipo de salud mostró un comportamiento muy similar respecto a los grados de riesgo de adherencia; el 31.2% presentó un grado de riesgo bajo, el 36.2% mostró un grado de riesgo medio y el 32.6% presentó un grado de riesgo alto, lo que se traduce en un preocupante reporte, dado que esta dimensión evalúa el grado de comunicación asertiva, el entendimiento, la compresión y la empatía entre el usuario o paciente y el equipo de trabajo de salud.

Con relación a esta dimensión, se concluyó que las intervenciones en salud deben evolucionar y adaptarse a las necesidades educativas de los pacientes, mediante procesos de comunicación asertiva y presencia auténtica del profesional de enfermería, de tal forma que se permita acompañar, evaluar y monitorizar el cumplimiento continuo del tratamiento desde el enfoque del cuidado.

- **Dimensión No 3.** Factores relacionados con la terapia. El comportamiento global de la dimensión relacionada con la terapia mostró que el 18.1% de las personas del estudio se encontró en la categoría de riesgo alto de adherencia y no poseía conocimientos que le favorecieran la continuidad del tratamiento. El 35.2% de la población se encontró en la categoría de riesgo medio y el 46.4%, en una categoría de riesgo bajo. La conclusión más importante fue que la adherencia terapéutica aumenta cuando se desarrolla la simplificación de los regímenes terapéuticos, se brinda educación acerca la importancia del tratamiento y se evalúa constantemente el cumplimiento del tratamiento.

- **Dimensión No 4.** Factores relacionados con el paciente. El comportamiento global de la dimensión relacionada con el paciente mostró que el 1.4% de la población se encontró en la categoría de riesgo alto, el 18.4% se encontró en un categoría de riesgo medio y el 80.1% se encontró en un riesgo bajo, lo que se significa que en esta dimensión la mayoría de la población hiper-

Tabla 7. Porcentaje de comportamiento de riesgo de cada dimensión

Dimensiones	Riesgo de la población		
	Riesgo alto	Riesgo medio	Riesgo bajo
Dimensión 1	49.5%	24.7%	25.8%
Dimensión 2	32.6%	36.2%	31.2%
Dimensión 3	18.2%	35.2%	46.6%
Dimensión 4	1.4%	18.4%	80.1%

Fuente: Base de datos del autor.

tensa considera conocer, continuar y responder por su tratamiento y su enfermedad.

La conclusión en esta dimensión es que a mayor nivel de motivación por el conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento, mayor es el grado de adherencia y por lo tanto menor el riesgo.

Evaluación global de los grados de riesgo para la adherencia en personas con hipertensión arterial

Para determinar los grados de riesgo para la adherencia terapéutica en los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial y dar cumplimiento al objetivo general de la investigación, se establecieron los puntos de corte para el estudio que determinaron los grados de riesgo previamente descritos para esta población y que fueron muy similares a los de los estudios anteriormente descritos.

El 18.4% de la población hipertensa estudiada se encontró en nivel de riesgo alto, lo que corresponde a una puntuación menor al 59% del total de la puntuación del instrumento en la escala *Likert*. Su significancia radica en que este importante grupo de personas no puede ni tiene las herramientas para responder con comportamientos de adherencia.

El 47.2% se encontró en un nivel de riesgo medio, lo que corresponde a una puntuación entre el 60 y el 79% del total del instrumento. Su significado se expresa en

la presencia de factores comprometidos que ponen en peligro la capacidad de generar o mantener los comportamientos de adherencia.

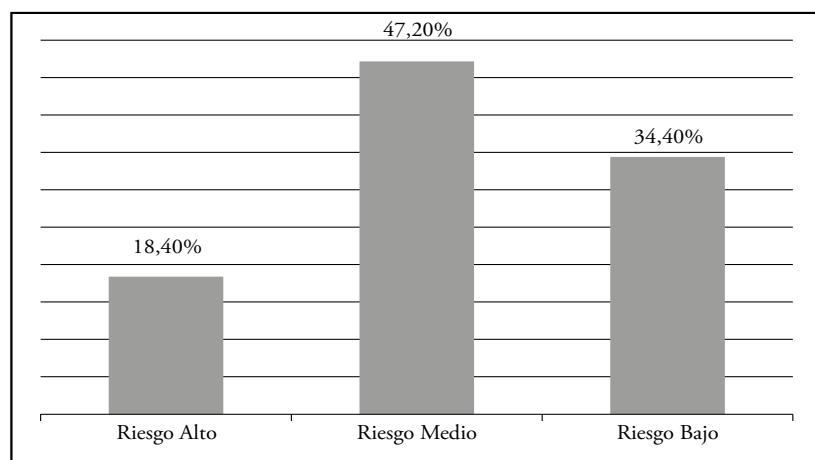
El 34.4% de las personas hipertensas se encontró en un nivel de riesgo bajo, alcanzando una puntuación entre el 80% y el 100% del total del instrumento (38-48 puntos), generando una ventaja para responder con comportamientos compatibles con la adherencia (ver Gráfica 3.).

La importancia de los anteriores datos representa para la investigación en enfermería una imagen real acerca del problema de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en el caso de la hipertensión arterial en Santander y Colombia, donde el 65.6% de personas del estudio mostró un grado de riesgo alto y medio global en la adherencia antihipertensiva. Este resultado refleja un impacto multifactorial que atañe a esta población y que requiere estrategias de educación e intervención puntuales e individualizadas por parte de los profesionales de la salud, de la institución, de la Secretaría de Salud Departamental y del Ministerio de Protección Social en Colombia para generar un cambio en sus políticas de intervención y manejo.

Medición de consistencia interna del instrumento

Como aporte adicional a la investigación, el autor realizó la medición de la consistencia interna de los datos a través de la aplicación del coeficiente de Alfa de

Gráfica 3. Porcentajes de los grados de riesgo total de adherencia



Fuente: Base de datos del autor.

Cronbach en el programa *STATA 10*, teniendo en cuenta que es la primera vez que se aplica el instrumento en su cuarta versión en una población específica y delimitada de personas hipertensas.

El análisis se aplicó a la totalidad del instrumento obteniendo un valor de 0.8476 (IC 95%: 0.820-0.875) lo que significa que es un instrumento con buena correlación de reactivos y homogeneidad, mayor al coeficiente obtenido por Ortiz (19) para la generación de la última versión del instrumento y similar a los coeficientes obtenidos en estudios previos de adherencia con versiones anteriores. La determinación para evaluar la confiabilidad del instrumento reportó un Alfa de Cronbach de 0.8, lo que significa que es un instrumento con buena correlación de reactivos y homogeneidad para evaluar la adherencia en pacientes hipertensos.

Conclusiones

El aporte de este estudio a la psicometría del instrumento de adherencia permitió realizar un acercamiento a la evaluación de cada una de las dimensiones que lo conforman y visualizar el comportamiento de los factores influyentes positivos y negativos de mayor peso en el desarrollo del fenómeno multidimensional de la adherencia de las personas hipertensas. Entre los aspectos que se destacan como negativos, están los factores socioeconómicos, el factor relacionado con el proveedor, el sistema y el equipo de salud; como positivos, los factores relacionados con el paciente y con la terapia.

Más del 50% de la población hipertensa evaluada se encontró en un grado de adherencia en riesgo medio y alto, lo que se simboliza un preocupante pronóstico del comportamiento de la adherencia en este grupo poblacional y que podría verse reflejado en una sumatoria de complicaciones cardiovasculares a corto y largo plazo. Las complicaciones se derivan de un significativo porcentaje de factores negativos influyentes e interviniéntes, como lo son los factores socioeconómicos bajos, el bajo nivel educativo y la complejidad del régimen terapéutico.

Con relación a la edad, se encontró que la presión arterial sistólica aumentó en los hombres hasta los 60 años, momento en el cual la mujer iguala y supera la media de dichas tensiones arteriales al perder la protección hormonal por el climaterio. No se encontró diferencia marcada con respecto a la presión diastólica.

Este estudio reportó una diferencia estadística significativa entre los promedios del puntaje de grados de riesgo para la adherencia y el género. No obstante, ambos

se clasificaron en una categoría de riesgo de adherencia medio sin divergencia para dicha puntuación.

En el número de medicamentos consumidos al día se destacó el bajo porcentaje de personas con tratamiento de monoterapia y una cronicidad media de consumo del tratamiento farmacológico de 4 años. Se trata de una población que requiere de un grado de adherencia mayor y por ello debe ser objeto de los programas que hagan una mayor vigilancia y motivación para apoyar la adherencia.

La relación entre la estratificación social y los grados de riesgo de adherencia mostraron una diferencia significativa entre la población más vulnerable y aquella cuyos recursos favorecen el proceso salud/enfermedad. Las personas hipertensas en estratos socioeconómicos 3 y 4 se ubicaron en un grado de riesgo bajo, cuyo nivel de adherencia es satisfactorio, mientras que las personas hipertensas en estratos socioeconómicos 1 y 2 se ubicaron en un grado de riesgo medio limítrofe, que pone en peligro el alcanzar o mantener comportamientos compatibles con la adherencia.

El impacto del nivel educativo en los grados de riesgo de adherencia presentó un comportamiento similar, la población con un nivel educativo mayor mostró un grado de riesgo bajo y una ventaja para generar o mantener comportamientos óptimos de adherencia al tratamiento antihipertensivo, mientras que las personas con nivel de estudios básicos de primaria o en analfabetismo se ubicaron en un grado de riesgo medio.

Referencias

- (1) Organización Mundial de la Salud (oms). Informe sobre la salud en el mundo 2003. Forjemos el futuro [documento en Internet] 2003. [acceso: 01 mar 2014]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/wkr/2003/9243562436.pdf>
- (2) Organización Mundial de la Salud (oms). Adherencia terapéutica. Pruebas para la acción. Capítulo XIII 2004 [documento en Internet]. 2004 [acceso: 01 feb 2014]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf>
- (3) Burt VL, Whelton P, Roccella EJ, Brown C, Culter JA, Higgins M *et al.* Prevalence of hypertension in the us adult population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey 1988-1991. Hypertension 1995;25:305-313.
- (4) Organización Mundial de la Salud (oms). Adherencia terapéutica. Pruebas para la acción. Capítulo XIII 2004

- [documento en Internet]. 2004 [acceso: 01 feb 2014]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf>
- (5) Observatorio de Salud Pública de Santander. Indicadores de morbilidad basados en el Registro individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS). Rev osps. 2007;(2):25.
- (6) Rodríguez J, Ruiz F, Peñaloza E, Eslava J, Gómez LC, Sánchez H *et al.* Encuesta Nacional de Salud. Departamento de Santander 1^a ed [documento en Internet]. 2007 [acceso: 01 jun 2014]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/documents/santander.pdf>
- (7) Bonilla C. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: validez de contenido y validez aparente del mismo [tesis magistral]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2006.
- (8) Ortiz C. Validez de constructo y confiabilidad del instrumento *Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular* [tesis magistral]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.; 2008.
- (9) Contreras A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. Sincelejo [tesis magistral]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2006.
- (10) República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [documento en Internet]. 04/10/1993 [acceso: 17 jun 2014]. Disponible en: http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res_8430_1993_-Salud.pdf
- (11) República de Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 911 del 5 de octubre del 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones [documento en Internet]. Diario Oficial No. 45.693, (06-10-2004) [acceso: 17 jun 2014]. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf
- (12) Rudd P. Compliance with antihypertensive therapy. Raising the bar of expectations. Am J Manag Care [revista en Internet]. 1998 Jul. [acceso: 17 jun 2014];4(7):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://europepmc.org/abstract/med/10181995>
- (13) Rodríguez AL, Gómez AM. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. Av Enferm [revista en Internet]. 2010 jun [acceso: 22 abr 2014];28(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012145002010000100007&lng=en
- (14) Bautista L, Vera-Cala LM, Villamil L, Silva SM, Peña IM, Luna JV. Factores de riesgo asociados con la prevalencia de hipertensión arterial en adultos de Bucaramanga, Colombia. Salud Pública Méx [revista en Internet]. 2002 sep [acceso: 22 abr 2014];44(5):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342002000500003&script=sci_arttext
- (15) Oates DJ, Berlowitz DR, Glickman ME, Silliman RA, Borzecki AM. Blood pressure and survival in the oldest old. J Am Geriatr Soc. 2007 mar;55(1):383-388.
- (16) Hazuda HP. Hypertension in the San Antonio Heart Study and the Mexico City Diabetes Study. PHR [serial on the Internet]. 1996 Sep [access: 2014 Apr 1];3(2):[about 3 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1381655/pdf/pubhealthrep00043-0020.pdf>
- (17) Martin AL, Bayarre VH, La Rosa MY, Orbay AM, Rodríguez AJ, Vento IF *et al.* Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2007 [acceso: 01 abr 2014];33(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_3_07/spu13307.htm
- (18) Saounatsou M, Patsi O, Fasoi G, Stylianou M, Kavga A, Economou O *et al.* The influence of the hypertensive patient's education in compliance with their medication. Public Health Nurs [serial on the Internet]. 2001 Feb [access: 2014 Apr 20];18(2):[about 6 p.]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1525-1446.2001.00436.x/abstract>
- (19) Ortiz SC. Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Av Enferm [revista en Internet]. 2010 dic [acceso: 22 abr 2014]; 28(2):[aprox. 14 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012145002010000200007&lng=es

Identificar distracciones en el proceso de administración de medicamentos garantiza una práctica segura

To identify distractions in the process of administering medication guarantees a safe practice

Identificar distrações no processo de administração de medicamentos garante uma prática segura

DIANA YAMILE RAMOS*

VIRGINIA INÉS SOTO LESMES**

Resumen

Objetivo: Identificar las distracciones que tiene el profesional de enfermería mientras realiza el proceso de administración de medicamentos en los servicios de hospitalización del Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, de tal forma que permita entender las distracciones como causas que pueden generar riesgo para cometer errores dentro del proceso.

Método: Estudio descriptivo-observacional. Se aplicó la lista de chequeo Hoja de administración de medicamentos, distracciones y observación (mados) con las categorías de distracción mientras se administran los medicamentos, previa adaptación de validez facial y de contenido a 32 profesionales de enfermería que realizaron el proceso de administración de medicamentos durante los cuatro diferentes turnos (mañana, tarde, noche par e impar).

Resultados: En los 192 procesos observados, se logró evidenciar que se presentaron en promedio 18 distracciones por procesos realizados. Las distracciones con mayor frecuencia fueron, en su orden: Otros miembros del personal y estudiantes (34.9%), Conversaciones (32%), Llamadas telefónicas y Médico (10.5%), de las cuales representaron el 77.5% del total de las diez distracciones previstas en la lista de chequeo.

Conclusiones: Los hallazgos permiten aportar a la construcción teórica en enfermería de las Distracciones y de esta forma

abordar un constructo que hasta el momento es desconocido y poco conceptualizado. Permitirá rediseñar y desarrollar sistemas en torno a la seguridad en el proceso de administración de medicamentos en las instituciones de salud.

Palabras clave: Enfermería; Seguridad del Paciente; Calidad de la Atención de Salud (Fuente: DeCS BIREME).

Abstract

Objective: To identify the distractions that the nursery professional has while administering medication in the hospitalization services in Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, in a way that distractions can be understood as a risk factor for mistakes within the process.

Method: Observational-descriptive study. The checklist Sheet of Administration of Medication, Distractions and Observation (mados) with Distraction Categories While Administering the Medication was applied. There was a previous adaptation of facial and content validity for 32 professionals of nursery which went through the medication administering process during the four different shifts (morning, afternoon, even and odd nights).

Results: In the 192 processes observed, an average of 18 distractions was observed. The most frequent distractions were, in order: Other members of the staff and students (34.9%), Conversation (32%), Phone calls and Medic (10.5%), which are the 77.5% of a total of ten distractions considered in the checklist.

Conclusions: These findings allow to contribute to the theoretical construction of Distractions in nursery, to approach a construct so far unknown and with little conceptualization. It will allow to redesign and to develop systems around the

* Enfermera. Magíster en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia Profesional Especializada, Secretaría de Salud de Cundinamarca. E-mail: dianayamileramoscastro@gmail.com.

** Enfermera. Doctora en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. E-mail: visotol@unal.edu.co

security in the process of administering of medication in health institutions.

Key words: Nursery; Patient Safety; Quality of Health Care (Source: DeCS BIREME).

Resumo

Objetivo: Identificar as distrações que o profissional de enfermagem tem, enquanto realiza o processo de administração de medicamentos nos serviços de hospitalização do Hospital Universitario Fundación Santafé de Bogotá, de forma que permita entender as distrações como causas que podem gerar risco e levar a cometer erros no processo.

Método: Estudo descritivo-observacional. Aplicou-se a lista de check-up Folha de administração de medicamentos, distrações e observação (mados) com as categorias de distração enquanto são administrados os medicamentos, previa adaptação de validade facial e de conteúdo a 32 profissionais de enfermagem que realizaram o processo de administração de medicamentos durante os quatro diferentes turnos (manhã, tarde, noite par e ímpar).

Resultados: Nos 192 processos observados, conseguiu-se evidenciar que se apresentaram em média 18 distrações por processos realizados. As distrações com maior frequência foram, em ordem: Outros membros do pessoal e estudantes (34,9%), Conversas (32%), Ligações telefônicas e Médico (10,5%), das quais representaram 77,5% do total das dez distrações previstas na lista de check-up.

Conclusões: Os achados permitem aportar à construção teórica em enfermagem das *Distrações*, e desta forma, abordar um constructo que, até este momento, é desconhecido e pouco conceitualizado. Permitirá redesenhar e desenvolver sistemas em torno à segurança no processo de administração de medicamentos nas instituições de saúde.

Palavras-chave: Enfermagem; Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde (Fonte: DeCS BIREME).

Introducción

La seguridad del paciente se considera una prioridad en la atención en salud, se ha convertido en una forma de brindar calidad al paciente y satisfacer sus necesidades, pero también ha sido una preocupación a nivel mundial, demostrándose por las cifras reportadas en algunos estudios que se evidencia el problema como causa de la ocurrencia de eventos adversos en las instituciones de salud que atentan directamente contra el bienestar de la población (1).

Se debe reconocer que el cuidado de la salud tiene una serie de debilidades e imperfecciones, tanto organizacionales

como humanas, que generalmente no permiten una práctica segura en el paciente y generan un riesgo de posible daño en los individuos a quienes se les brinda atención. Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también se ve afectado, pues en muchas ocasiones se señala como culpable a éste sin detenerse a analizar que no ha habido una intención de dañar la cadena de procesos de la atención en salud aunque al fallar hayan facilitado la ocurrencia de tales situaciones (1).

Una de las actividades fundamentales dentro del cuidado del paciente que hace continuamente la enfermería es la administración de medicamentos. El proceso de administración de medicamentos, además del conocimiento para el que se debe tener, requiere alta concentración y continuidad en el momento de su realización. Sin embargo, para la enfermería la ocurrencia de los eventos adversos más frecuentes son causados por errores en la administración de medicamentos (2). Las distracciones son uno de los tipos de causas que puede generar riesgo en las enfermeras a cometer errores en el proceso de administración de medicamentos (3, 11), rompiendo su continuidad y generando riesgos en la seguridad del paciente. Las distracciones de todo tipo se producen en la vida cotidiana, pero cuando tienen lugar en el entorno clínico, y específicamente en la administración de medicamentos, los resultados pueden ser graves e incluso, mortales (4). Por consiguiente, se hace necesario tener en cuenta prácticas que mitiguen los riesgos dentro del proceso de administración de medicamentos (5).

Surge entonces la necesidad de aclarar el fenómeno *Distracciones en el proceso de administración de medicamentos* como un problema de interés en torno a la seguridad del paciente; es uno de los principales riesgos que se encuentran en el ambiente y que es posible modificar. Por ello, vale la pena iniciar con una revisión teórica alrededor del tema y de esta forma que el profesional de enfermería se relacione con este tema, que hasta el momento no se ha conceptualizado y es desconocido para gran parte de los profesionales de enfermería.

Theresa M. Pape en 2003 plantea para la distracción una definición centrada en el contexto clínico como *cualquier acción que desvíe, distraiga o perturbe la mente o la atención del logro de la meta*. Las distracciones pueden tomar muchas formas, incluyendo preocupaciones, conversaciones, entre otras. Este concepto ha sido poco estudiado, sin embargo, en el área de la salud se ha tomado la distracción como sinónimo de interrupción —por tanto, en esta revisión los dos términos serán compatibles—, entendiéndola como una interrupción

en la realización de una actividad humana, causada por una fuente interna o externa al receptor y dando lugar a la ruptura o la suspensión de la tarea inicial (7).

El proceso de Administración de Medicamentos se refiere a los pasos secuenciales realizados por la enfermera, que inicia con la preparación, administración y registro de medicamentos asignados al paciente, en el horario establecido, con el fin de suministrar la medicación al paciente de manera oportuna (6).

Las interrupciones como distracciones mientras se realiza el proceso de administración de medicamentos son el primer factor circunstancial que contribuye a los errores. Los estudios muestran que la mayoría de los errores son el resultado de inconvenientes, como alta carga laboral, inexperiencia, vacíos de comunicación, malos o pobres desempeños (falta de concentración) y fallas en el seguimiento de protocolos (6). Desafortunadamente, las distracciones en momentos críticos y de alta concentración, como lo es el proceso de administración de medicamentos, pueden generar que el profesional de enfermería pierda su nivel de atención y fácilmente ocasione una tragedia (8).

En este sentido, se adaptó y se aplicó al contexto colombiano una lista de chequeo que permitió identificar las diferentes distracciones mediante la observación al profesional de enfermería mientras realizaba el proceso de administración de medicamentos.

Antecedentes

Se estima que 6.5 de cada 100 pacientes que ingresan a un hospital experimentan un error en la medicación y que por lo menos el 28% de estos errores son preventibles. Si los posibles errores se consideran, este número se incrementa en un 5,5 adicional por cada 100 pacientes admitidos. Aproximadamente el 38% son errores en la administración de medicamentos (9).

Westbrook *et al*, en el 2010 (10), encontraron, por un lado, que se produjeron 2268 interrupciones (53,1%) en la preparación y administración de 4271 medicamentos a 720 pacientes y por otro lado, que el número de errores clínicos se asoció positivamente con la ocurrencia de interrupciones; así, cada interrupción en el proceso aumenta 12,7 % la posibilidad de error.

Estas cifras podrían ser mucho mayores si los profesionales de enfermería no identificaran aproximadamente el 86% de los posibles errores. Pero debido a la complejidad del proceso de administración de medicamentos,

hay un alto potencial de cometer errores, asumiendo o asignándoles a los profesionales de enfermería la responsabilidad de éstos, sin embargo, las acciones de todos los involucrados en el sistema y el propio diseño del sistema contribuyen a los errores. Cook y sus colegas afirman que los enfermeros son a menudo culpados de los errores de medicación, incluso cuando la fuente del error puede atribuirse a la persona que hace la prescripción de la medicación. Agrega que “una de las mayores causas de error en la administración de medicamentos son las distracciones e inevitables interrupciones” (11).

Múltiples factores contribuyen a menudo a cometer errores de administración de medicamentos, entre los que se pueden incluir los errores inherentes al profesional de enfermería y al diseño de sistema de salud, de los procesos o del ambiente en donde desempeñe sus funciones (2). Al analizar las limitaciones de quienes participan en la administración de medicamentos, se debe tener en cuenta la capacidad de concentrarse ante las distracciones, la conversación y los ruidos para realizar el proceso de manera eficiente y segura (6). Las interrupciones en el proceso de administración de medicamentos pueden ser una amenaza continua que tiene el profesional, afectando el rendimiento de sus funciones, la calidad de trabajo y la seguridad del paciente. Las interrupciones de todo tipo se producen en la vida cotidiana, pero cuando tienen lugar en el entorno clínico, los resultados pueden ser graves o mortales (4). Entonces, se evidencia la necesidad del profesional de enfermería de realizar investigaciones en torno a la seguridad en la administración de medicamentos.

Este estudio pretende identificar cuáles son las distracciones del profesional de enfermería en el proceso de administración de medicamentos en el Hospital Universitario Fundación Santafé de Bogotá (segundo, tercero y cuarto piso del Área de Hospitalización Adulto) que pueden generar errores en el proceso. Su propósito es entregar a la comunidad científica y académica, a las instituciones de salud y a la profesión elementos para determinar las distracciones durante el proceso de administración de medicamentos como una de las causas a las que está sometida la enfermería de cometer eventos adversos.

Marco teórico

El potencial de equivocarse es una función del medio interno, mientras que las distracciones o interrupciones, los problemas de comunicación, la presión del tiempo y el ruido se presentan al ejercer funciones del entorno externo (8). Cuando se combinan los dos entornos, el riesgo a cometer un error es alto, en consecuencia, es

responsabilidad de los líderes en la seguridad del paciente y de las instituciones de salud controlar los factores extrínsecos (12) en el área de trabajo para disminuir el riesgo de generar daño por una inadecuada administración de medicamentos en los pacientes. El exceso de estimulación en cualquier grado puede afectar la precisión, la capacidad de atención, el conocimiento de recuperación, la concentración y la habilidad de rendimiento (12).

Cotidianamente en las instituciones de salud, el profesional de enfermería se ve enfrentado a un entorno externo perturbador en donde surgen distracciones continuas en la realización de procedimientos inherentes a la profesión. Éstos son (6):

- Realizar más de una tarea a la vez.
- Atender llamadas telefónicas mientras administra medicamentos.
- Interrupción del personal de la salud al enfermero.
- Interrupción del paciente o un visitante al enfermero.
- Presencia de medicamentos incompletos.
- Presencia de dosis incompletas.
- Situaciones de emergencia.
- Conversaciones en voz alta.
- Entorno ruidoso.
- Hacinamiento en el área de trabajo.

Entender las distracciones en el contexto de trabajo de la enfermería puede ayudar a los profesionales a rediseñar y reforzar el trabajo en las instituciones de salud. Esto implica tener dentro de los planes de mejoramiento continuo la reducción de distracciones en los diferentes procesos realizados por los profesionales de la salud.

Diseño de la investigación

Estudio descriptivo observacional que comprendió la selección, observación y registro sistemático (13) de las distracciones mientras el profesional de enfermería realizaba el proceso de administración de medicamentos. Se utilizó la lista de chequeo *Hoja de administración de medicamentos, distracciones y observación (MADOS)*, diseñado con 10 categorías de distracción mientras se administran los medicamentos, de Theresa Pape. Contó con un índice de validez de contenido de 0.75 y de confiabilidad de 0.90, indicando un cociente *inter-rater* alto. Las fuentes potenciales de distracción durante la administración de medicamentos incluyen a los doctores, otros miembros del personal, llamadas telefónicas, otros pacientes, visitantes, medicamentos faltantes, medicamentos en la dosis equivocada, situaciones de emergencia, conversaciones y ruidos externos (13).

Previa autorización de la autora para este estudio, se realizó la traducción y retrotraducción (español-inglés) del MADOS; se determinó la validez de apariencia (14) que reportó 100% de aceptabilidad por parte de los expertos para el contexto colombiano y validez de contenido (15) (ICV) de 0.90. Luego se aplicó esta lista de chequeo (MADOS) a los profesionales de enfermería de los Servicios de Hospitalización del segundo, tercero y cuarto piso del Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá para identificar las distracciones durante el proceso de administración de medicamentos.

Se utilizó el Método Observacional Estructurado Específico para observar las distracciones del profesional de enfermería con la preparación del instrumento (13). Se realizó la prueba piloto necesaria para hallar la varianza de la población que se desconocía (16), para la cual fueron los procesos de administración de medicamentos que realizan los profesionales en enfermería asignados en los servicios de hospitalización adulto, segundo, tercer y cuarto piso del Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, durante los cuatro diferentes turnos (mañana, tarde, noche par e impar) (16).

La muestra se determinó para obtener intervalos estrechos con alta confiabilidad (16) y se estimó la media de la población, calculando un $n = 192$, valor que permitió observar la totalidad de los horarios, la totalidad de los turnos, la totalidad de los pisos y la misma cantidad de profesionales de enfermería que cumplieran con los criterios de inclusión: ser profesional de enfermería, administrar medicamentos de forma rutinaria, estar asignado en los servicios mencionados anteriormente, no tener otro cargo aparte en la institución y tener una experiencia mínima de tres meses en la institución, tiempo en el que pasa el profesional su periodo de prueba.

Una vez se contó con la autorización de la institución donde se realizó la investigación y el aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, se informó, se explicó y se entregó la *Autorización para la participación en la Investigación en Enfermería* a cada una de las jefes de pisos, Coordinadoras de Enfermería de las diferentes áreas y turnos y Jefe del Departamento de Enfermería, quienes se comprometieron a informar a todos los miembros del personal del área de hospitalización a su cargo acerca de la realización de la presente investigación. A los profesionales de enfermería a quienes se les iba a aplicar la lista de chequeo se les informó que se iba a realizar una observación integral del turno; esto permitió controlar sesgos de observación, pues al conocer exactamente lo que se va a observar a menudo se encubren emociones, acciones y

se comportan de manera distinta a la habitual, transformando su comportamiento cotidiano —recomendación realizada por el Comité de Ética del hospital (17).

Análisis y discusión de resultados

Se realizó un análisis descriptivo y evaluación de diferencias de frecuencias promedio de las distracciones por variables de contexto que se procesaron con el programa SPSS Versión 15.

Descriptivos

Sobre el total de observaciones realizadas (192) al proceso de administración de medicamentos, se presentaron 3.413 distracciones (Tabla 1.). La distracción más frecuente que se le presentó al profesional de enfermería fue: *Distracciones por otros miembros del personal* y

estudiantes que distraen o interrumpen al profesional en enfermería que administra medicamentos, el cual representó el 34,8% de la totalidad de distracciones observadas. Le sigue: *Las conversaciones en voz alta que sucedan en el área donde se está brindando la atención o cualquier conversación no relacionada con la administración de medicamentos, en la cual el profesional en enfermería tenga algún tipo de participación*, correspondiente a un total de 1091 (31,9%) veces observadas.

Por cada observación realizada, el número medio de veces que otros miembros del personal distrajeron al profesional de enfermería fue de 6 veces. Resultado similar arrojó la distracción *Conversaciones*, con una mediana de 5.

La distracción *Llamadas telefónicas* fue la tercera que se presentó, alcanzando 10,5% en promedio, con cerca de dos llamadas por observación realizada. Finalmente, la

Tabla 1. Análisis general de distracciones mediante métodos descriptivos

Distractores	Descriptivo	Frecuencia	Promedio	Desviación Estándar	Mediana
Médico		194	1,0104	1,407	0
Otros miembros del personal		1191	6,2031	4,124	6
Llamadas telefónicas		360	1,8750	1,951	1
Otros pacientes		182	0,9479	1,379	0
Visitantes		126	0,6563	1,222	0
Medicamentos faltantes		107	0,5573	0,884	0
Medicamentos en la dosis incorrecta		4	0,0208	0,176	0
Situaciones de emergencia		28	0,1458	0,434	0
Conversaciones		1091	5,6820	3,646	5
Ruidos externos		130	0,6770	1,044	0
Total		3413	17,18	10,61	16

Fuente: Ramos, Diana. Distracciones del profesional de enfermería en el proceso de administración de medicamentos en el Hospital Universitario Fundación Santafé de Bogotá. Abril-mayo de 2010.

distracción *Médico* se presentó en un 5,6%, presentándose una interrupción aproximadamente por el médico en cada observación realizada. Las distracciones que menos interrumpieron al profesional de enfermería en el proceso de administración de medicamentos fueron: *Medicamentos en la dosis incorrecta* y *Situaciones de emergencia*.

Al observar todos los turnos, frente al comportamiento de las distracciones que tiene el profesional de enfermería en el proceso de administración de medicamentos, coincidieron las dos distracciones de mayor ocurrencia: *Otros miembros del personal* y *Conversaciones*. La distracción *Llamadas telefónicas* es la tercera distracción que más se presentó en los turnos, excepto en el turno de la mañana, que fue reemplazada por el *Médico*.

La distracción *Médico* fue importante en el día, pero en los turnos de la noche su comportamiento fue totalmente diferente, causando menos interrupción en el profesional de enfermería. Los *Ruidos externos* como distracción en el día no fueron significativos, pero en las noches pasó a ocupar un puesto importante, mostrando que por cada observación realizada aproximadamente una vez se vio interrumpido el profesional de enfermería por *Ruidos externos*. La ocurrencia de *Situaciones de emergencia* se presentó en un 75% de las veces en los turnos de la noche.

Con relación a los horarios, en donde se presentaron mayor número de distracciones, fue a las 20:00 horas, con 536 distracciones, cuando aproximadamente se registraron por observación 33 interrupciones durante el proceso de administración de medicamentos. A las 16:00 horas se presentaron en total 403 distracciones y a las 08:00, 399, mostrando que por cada observación realizada en estos dos horarios, aproximadamente se registraban 25 distracciones. Estos tres horarios representaron el 39,2% de registros sobre distracciones que se presentaron.

Revisões más detalladas relacionadas con el número de distracciones y el tiempo transcurrido lograron identificar que los horarios en que el profesional de enfermería gasta mayor cantidad de tiempo en realizar el proceso de administración de medicamentos son las 08:00 y las 20:00 horas, utilizando en promedio entre 80 y 84 minutos en el proceso, mientras que a las 16:00 horas gastan aproximadamente 58,5 minutos.

Diferencias de frecuencias

La Tabla 2. presenta el análisis de varianza para evaluar la relevancia de las diferencias de cada una de las distracciones relacionadas con el turno, el horario, los pisos, el número de pacientes y el tiempo transcurrido. Así, se encontró que mientras las distracciones *Otros miembros del personal* ($p = 0.973$), *Llamadas telefónicas* ($p = 0.075$) y *Conversaciones* ($p = 0.957$) no demostraron suficiente evidencia estadística para afirmar que se comportaban diferente entre los turnos observados, la distracción *Médico* ($p = 0.000$) sí tiene un comportamiento diferente. El estudio demuestra, por ejemplo, que en los turnos de la noche esta distracción no se presenta con mucha frecuencia.

Sin embargo, el tiempo transcurrido en el proceso de administración de medicamentos es un factor interviniente en la magnitud de las distracciones *Médico* ($p = 0.016$), *Otros miembros del personal* ($p = 0.000$), *Llamadas telefónicas* ($p = 0.004$) y *Conversaciones* ($p = 0.000$), es decir: estas distracciones tienen comportamientos diferentes de acuerdo al tiempo que utilice el profesional de enfermería en el proceso.

Llama la atención que las principales distracciones identificadas durante la observación están relacionadas directamente con el equipo multidisciplinario de trabajo y menos con los pacientes asignados, lo que evidencia que es posible que no haya cultura en torno a la importancia de la concentración durante el proceso de administración de medicamentos.

Tabla 2. Evaluación de diferencias de frecuencia promedio de distracciones

Distractores	Descriptivo	Turno	Piso	Horarios programados	Número de pacientes	Tiempo Transcurrido
Médico	0,000	0,038	0,000	0,001	0,016	
Otros miembros del personal	0,973	0,899	0,000	0,717	0,000	
Llamadas telefónicas	0,075	0,645	0,000	0,547	0,004	
Otros pacientes	0,000	0,758	0,000	0,378	0,009	
Visitantes	0,021	0,778	0,000	0,139	0,026	
Medicamentos faltantes	0,455	0,001	0,002	0,823	0,118	
Medicamentos en la dosis incorrecta	0,455	0,641	0,089	0,240	0,998	
Situaciones de emergencia	0,041	0,733	0,024	0,279	0,000	
Conversaciones	0,957	0,000	0,000	0,069	0,000	
Ruidos externos	0,000	0,420	0,000	0,057	0,239	

Fuente: Ramos, Diana. Distracciones del profesional de enfermería en el proceso de administración de medicamentos en el Hospital Universitario Fundación Santafé de Bogotá. Abril-mayo de 2010.

Los anteriores datos se relacionan de manera similar con el estudio efectuado en el Hospital John Radcliffe en Oxford, Reino Unido (18). Allí se observó que las interrupciones se generaron por los médicos (21%), otras enfermeras (17%), los pacientes (11%) y las llamadas telefónicas (8%).

El estudio de intervención de Pape (2003) manejó tres grupos para el proceso de administración de medicamentos: enfermeras que usaban los procedimientos estándar (grupo control), un segundo grupo que utilizó el protocolo enfocado y el tercer grupo que utilizó el sistema o protocolo *Medsafe*. Además, se demostró que los puntajes de distracción en las enfermeras disminuyeron cada vez más desde el grupo control hacia el grupo de protocolo enfocado (63%) y luego hacia el grupo de *Medsafe* (87%), con menos errores, indicando que existen intervenciones efectivas para reducir las distracciones de las enfermeras (6). Del mismo modo, concluyó en su análisis descriptivo que la mayoría de las distracciones ocurrían debido a interrupciones del personal y distracciones causadas por conversaciones que nada tenían que ver con la actividad de administrar medicamentos. La conversación por motivos externos o la iniciada por la enfermera contaba por casi el mismo valor de las interrupciones ($n = 155$; 58%) para el grupo de control, menos para el grupo de protocolo enfocado ($n = 50$; 23%) e incluso menos para el grupo *Medsafe* ($n = 10$; 5%). Estos resultados son similares a los encontrados en el estudio realizado en el Hospital Universitario Fundación Santafé de Bogotá, en donde la distracción que más se presentó fue causada por *Otros miembros del personal*, ocupando el segundo lugar las *Conversaciones*.

De acuerdo con los resultados que arrojó esta investigación y la similitud entre ellos con los del estudio de Pape y lo que plantea Otero (19), se comparte la necesidad de utilizar técnicas que reduzcan a través de protocolos específicos las distracciones que causan otros miembros del equipo, las conversaciones y las llamadas telefónicas durante la administración de medicamentos, pues es claro que la seguridad no reside en los individuos, sino que es una característica de un sistema en su conjunto.

Estas intervenciones no fueron aplicadas al presente estudio, lo cual es una limitación del mismo. De la misma forma, los hallazgos del estudio están limitados a unos servicios específicos del Hospital Universitario Fundación Santafé de Bogotá, por ende, los resultados no se pueden generalizar ni es posible afirmar que son las distracciones presentadas en la totalidad del Hospital.

Conclusiones y Recomendaciones

El estudio identificó 3.413 distracciones que tiene el profesional de enfermería mientras realiza el proceso de administración de medicamentos; en promedio, ocurren 18 distracciones por observación realizada. Las distracciones que merecen atención para garantizar un proceso de administración de medicamentos seguro son en su orden: *Otros miembros del personal*, *Conversaciones*, *Llamadas telefónicas* y *Médico*, los cuales representan un 83,38% del total de las distracciones.

La versión en español de la lista de chequeo MADOS cuenta con la Validez de apariencia del 100% de aceptabilidad para el contexto colombiano y Validez de contenido en cada uno de sus ítems. El Índice de Validez de Contenido (icv) fue de 0.90. En síntesis, todas las distracciones de la lista de chequeo poseen un contenido común.

La distracción *Otros miembros del personal* fue la que más ocurrió durante la aplicación de la lista de chequeo MADOS, con una frecuencia de 102 interrupciones. Los horarios con mayor frecuencia fueron las 04:00 y las 16:00 horas.

La distracción *Conversaciones* fue la segunda causa de interrupción en el profesional de enfermería, que en todos los horarios se presentó de manera significativa, ya que se registraron seis distracciones por este ítem en cada uno de los horarios. Los horarios en que se presentó con mayor frecuencia esta distracción fueron a las 08:00 (127 veces) y a las 00:00 (113 veces). También se observó que en el cuarto piso se presentó un 25,92% más de conversaciones en relación con el segundo y tercer piso.

El turno de la mañana alcanzó hasta 80 interrupciones generadas por la distracción *Médicos*, especialmente en los horarios de las 08:00 y las 10:00, y el horario de las 18:00 horas coincidió con los horarios en que los médicos pasaron valorando los pacientes en los diferentes servicios.

Frente a *Llamadas telefónicas*, los horarios en que más se presentó esta distracción fueron las 08:00 y las 18:00, y también varió de acuerdo al tiempo que usó el profesional de enfermería realizando el proceso de administración de medicamentos.

Estas cuatro distracciones observadas con mayor frecuencia tuvieron un comportamiento diferente de acuerdo al tiempo que usó el profesional de enfermería para realizar el proceso de administración de medicamentos, por lo tanto, es probable que la distracción se incremente si el tiempo para el proceso se aumenta.

Llama la atención que las distracciones identificadas con mayor frecuencia están relacionadas directamente con el equipo multidisciplinario de trabajo y menos con los pacientes asignados. Es posible que no exista cultura en torno a la importancia de la concentración durante el proceso de administración de medicamentos.

La distracción *Otros pacientes* se presentó con mayor frecuencia en la mañana, 76 veces, y en la noche ímpar solamente se presentó 18 veces. Así mismo, se comportó de una manera diferente en la madrugada, donde menos se presentó, comparado con los horarios de 08:00 (44 veces) y 16:00 (31 veces), siendo más frecuente la distracción. Entre los pisos y el número de pacientes no hubo diferencias significativas.

Respecto a la distracción *Visitantes*, el profesional de enfermería se vio interrumpido con mayor frecuencia a las 20:00 horas (27 veces) y a las 18:00 horas (24 veces), y su comportamiento fue similar entre los pisos y el número de pacientes asignados.

La distracción *Medicamentos en la dosis incorrecta* fue similar entre los diferentes turnos, los horarios de programación, el número de pacientes asignados y el tiempo transcurrido.

La distracción *Situaciones de emergencia* se presentó con mayor ocurrencia, ocupando el 75% del total de registros realizados a las 20:00 horas (9 veces). Esta distracción se comportó de manera diferente de acuerdo al tiempo que usó el profesional de enfermería realizando el proceso de administración de medicamentos, porque en las observaciones en donde se vio interrumpido en este proceso por una situación de emergencia aumentaron considerablemente los tiempos utilizados en su ejecución.

Se recomienda fomentar el uso de la lista de chequeo *Hoja de administración de medicamentos, distracciones y observación (MADOS) con las categorías de distracción mientras se administran los medicamentos* en los diferentes servicios de enfermería y motivar su utilización como herramienta para evaluar una de las causas de error en el proceso de administración de medicamentos que realizan los profesionales de enfermería como función esencial del cuidado.

De la misma forma, se aconseja establecer mediciones periódicas en diferentes áreas para observar el comportamiento de las distracciones en el profesional de enfermería sin intervenciones en los procesos mientras administra medicamentos y posterior a ello con

intervenciones que generen prácticas seguras, analizando la conducta de los eventos reportados en el hospital.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, se deben generar planes de mejoramiento en torno a las distracciones más frecuentes que tuvo el profesional de enfermería durante el proceso de administración de medicamentos, creando lineamientos, estrategias y prácticas seguras que vayan de la mano con las políticas y los objetivos de la institución. Éste debe centrarse prioritariamente en los ítems que representaron el 83% y el 38% de las distracciones observadas durante la aplicación del instrumento, las cuales son en su orden: *Otros miembros del personal, Conversaciones, Llamadas telefónicas y Médico*, que representaron el 83,38%.

Finalmente, las distracciones dentro del proceso de administración de medicamentos es un constructo nuevo que hasta ahora se está comenzando a explorar y que a nivel nacional, de acuerdo con la búsqueda bibliográfica, no ha sido trabajado ni planteado con fundamentos teóricos, por ello se debe continuar el desarrollo de pruebas psicométricas de la lista de chequeo, con el fin de dejar datos válidos, confiables y con respaldo teórico. De manera que haya un fundamento sólido y desarrollo teórico alrededor de las distracciones en enfermería y convertir esta lista de chequeo en una herramienta que aporte resultados medibles, confiables y comparables para ser utilizados en enfermería.

Referencias

- (1) Ministerio de la Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: Fundación FITEC; 2007.
- (2) Wakefield B, Uden-Holman T, Blegen MA. Nurses' perceptions of why medication administration errors occur. *Med Surg Nursing* [serial on the Internet]. 1998 [access: 2010 Oct 20];7(11):[about 5 p.]. Available from: http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSS/is_n1_v7/ai_n18607697
- (3) Organización Mundial de la Salud (oms). World Alliance for Patient Safety [document on the Internet]. Ginebra: oms; 2004 [access: 2010 Aug 1]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf.
- (4) Beyea S. Distractions, interruptions and patient safety. *AORN Journal* [serial on the Internet]. 2007 [access: 2009 Sep 02];86(1):[about 3 p.]. Available from: http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_1_86/ai_n19448224/

- (5) Henriques C, Jorseli Á, Bortoli C, Silvia H. Segurança na utilização de medicamentos: dificuldades de detecção dos erros de medicação e algumas propostas de prevenção. *Ciência Cuidado e Saúde*. 2004;3(2):153-160.
- (6) Pape T. Applying airline safety practices to medication administration. *MEDSURG: Nursing*. 2003;12(2):77-93.
- (7) Brixey J, Robinson D, Johnson cw, Johnson TR, Turley JP, Zhang J. A concept analysis of the phenomenon interruption. *Adv Nurs Sci*. 2007;30(1):26-42.
- (8) Pape T, Guerra D, Muzquiz M, Bryant JB, Ingram M, Schranner B *et al*. Innovative approaches to reducing nurses' distractions during medication administration. *J Contin Educ Nurs*. 2005;36(3):108-116.
- (9) Matsen D, Titlen M, Dochtermann J, Shever L, Kim T, Abramowitz P *et al*. Predictors of medication errors among elderly hospitalized patients. *American Journal of Medical Quality* [serial on the Internet]. 2008 [access: 2008 Oct 31];23(2):[about 12 p.]. Available from: <http://ajm.sagepub.com/cgi/content/abstract/23/2/115>
- (10) Westbrook JL, Woods A, Rob MB, Dunsmuir wr, Day RO. Association of interruptions with an increased risk and severity of medication administration errors. *Arch Intern Med*. 2010;170(8):683-690.
- (11) Burke K, Mason D, Alexander M, Barnsteiner J, Rich V. Making medication administration safe: report challenges nurses to lead the way. *AJN*. 2005;105(3):2-3.
- (12) National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention; Council Recommendations. Recommendations to enhance accuracy of administration of medications [document on the Internet]. 2005 [access: 2008 Oct 25]. Available from: <http://www.nccmerp.org/council/council1999-06-29.html>
- (13) Polit D, Hungler B. *Investigación científica en ciencias de la salud. Principios y métodos*. 6^a ed. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
- (14) Sánchez R, Echeverri J. *Validación de escalas de medición en salud*. *Rev Salud Pública*. 2004;6(3):302-18.
- (15) Tristán A. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Av Medic*. 2008;6:37-48.
- (16) Wayne D. *Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud*. México D.F.: Editorial LIMUSA s.A.; 2007.
- (17) Garzón N, Peña B, Arango G, Aguinaga O, Munévar R, Prieto R. *Recomendaciones éticas para las investigaciones en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia*. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2008.
- (18) Kreckler S, Catchpole K, Bottomley M, Handa A, McCulluch P. Interruptions during drug rounds: an observational study. *Br J Nurs*. 2008;17(21):1326-1330.
- (19) Otero M. *Errores de medicación y gestión de riesgos*. *Rev Esp Salud Pública*. 2003;77(5):527-540.

Desarrollo y características psicométricas del instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular

Development and psychometric characteristics of the instrument to evaluate factors that influence adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment in persons with a cardiovascular disease risk factor

Desenvolvimento e caraterísticas psicométricas do instrumento para avaliar os fatores que influem na aderência a tratamentos farmacológicos e não farmacológicos em pessoas com fatores de risco de doença cardiovascular

CLAUDIA PATRICIA BONILLA IBÁÑEZ*
EDILMA GUTIÉRREZ DE REALES**

Resumen

El diseño de instrumentos validados en enfermería es de gran relevancia en la medida en que estas escalas miden y determinan fenómenos o conceptos propios de la disciplina, convirtiéndose en elementos de trabajo importantes en aquellos aspectos de la investigación sobre el cuidado de la salud humana, objeto de la enfermería. Este artículo trata de los procesos que ha seguido el desarrollo psicométrico de un instrumento que se concibió para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con riesgo de enfermedad cardiovascular en el periodo comprendido entre los años 2005 y 2011. Se describe la forma como se diseñó el instrumento original incluyendo las bases teóricas de su construcción y la

validez facial y de contenido que se realizó; la evolución en cuanto a mediciones o pruebas psicométricas realizadas con diferentes poblaciones y diferentes contextos a nivel nacional; y la aplicación del instrumento a poblaciones diversas. Se reseñan los estudios realizados para evidenciar la validez facial, de contenido, la consistencia interna y la confiabilidad y validez de constructo, realizados por investigadores estudiantes de la Maestría con Énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, con los cuales se ha procesado el desarrollo psicométrico.

Palabras clave: Psicometría; Enfermería; Factores de Riesgo; Enfermedades Cardiovasculares; Adherencia al Tratamiento (Fuente: DECS BIREME).

* Docente de Planta TC. Programa de Enfermería, Universidad del Tolima. Magíster en Enfermería con Énfasis en Salud Cardiovascular. Grupo de Investigación Cuidado de la Salud, Universidad del Tolima. E-mail: cbonilla@ut.edu.co

** Magíster en Enfermería. Profesora Asociada Emérita Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. E-mail: egutierrez@unal.edu.co

This article is about the processes gone through by the psychometric development of an instrument conceived to evaluate factors which influence the adherence to pharmacological and non-pharmacological treatments in persons with a cardiovascular disease risk factor, in the 2005-2011 period. The way in which the original instrument was designed is described here, including the theoretical basis of its construction and the facial and content validity; also, the evolution regarding the measurements or psychometric tests made with different populations and national contexts; and the application of the instrument on different populations. We review the investigations made to evidence the facial and content validity, the internal consistency and reliability and validity of construct, made by the investigating students on the Master's Degree: Emphasis in the Care for Cardiovascular Health of the Faculty of Nursing of the Universidad Nacional de Colombia, with whom the psychometric development was processed.

Key words: Psychometrics; Nursing; Risks Factors; Cardiovascular Diseases; Medication Adherence (Source: DECS BIREME).

Resumo

O desenho de instrumentos validados em enfermagem é de grande relevância na medida que estas escalas medem e determinam fenômenos ou conceitos próprios da disciplina, convertendo-se em importantes elementos de trabalho naqueles aspectos da pesquisa sobre o cuidado da saúde humana, objeto da enfermagem. Este artigo trata dos processos que seguiu o desenvolvimento psicométrico de um instrumento que foi concebido para avaliar os fatores que influem na aderência a tratamentos farmacológicos e não farmacológicos em pessoas com risco de doença cardiovascular, no período compreendido entre os anos 2005-2011. Descreve-se a forma como se desenhou o instrumento original, incluindo as bases teóricas de sua construção e a validade facial e de conteúdo que se realizou; a evolução das medições ou provas psicométricas realizadas com diferentes populações e diferentes contextos a nível nacional, assim como a aplicação do instrumento a populações diversas. Resenham-se os estudos realizados para evidenciar a validade facial, de conteúdo, consistência interna, e confiabilidade e validade de constructo, realizados por pesquisadores estudantes do Mestrado com Ênfase em Cuidado para a Saúde Cardiovascular da Faculdade de Enfermagem da Universidad Nacional de Colombia, com os quais se processou o desenvolvimento psicométrico.

Palavras-chave: Psicometria; Enfermagem; Fatores de Risco; Doenças Cardiovasculares; Adesão à Medicação (Fonte: DECS BIREME).

Introducción

La literatura sobre el cuidado de la salud en las enfermedades crónicas abunda en referencias sobre la importancia de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos como determinante de resultados exitosos en los tratamientos médicos, mejores condiciones de salud y con ello, mejor calidad de vida de quienes las padecen.

Se ha señalado la importancia de la adherencia proponiendo que su “práctica aumenta la efectividad de los tratamientos y que tiene un impacto en la salud de la población mucho mayor al de los tratamientos médicos” (1).

La adherencia es un modificador importante en la efectividad de los sistemas de salud, por lo cual los resultados de salud no se pueden valorar exactamente si se miden predominantemente mediante la utilización de indicadores de recursos y la eficacia de las intervenciones. Los resultados de salud de la población que se predicen mediante los datos de eficacia de los tratamientos no se pueden alcanzar a menos que se utilicen tasas de adherencia para guiar la evaluación y la planeación de proyectos (2). Haynes señala que “Las intervenciones en la adherencia aumentan la efectividad, con lo cual logran un impacto en la salud de la población mayor que cualquier avance en los tratamientos médicos específicos” (3).

La revisión hecha por la OMS en cuanto al estado del arte sobre el tema de la adherencia sugiere que es necesario hacer una valoración exacta de los comportamientos de adherencia para realizar la planeación de tratamientos efectivos y eficientes para garantizar que los cambios en los resultados en salud se puedan atribuir a los regímenes recomendados. Además, las decisiones para cambiar recomendaciones, medicaciones o estilos de comunicación para promover la participación de los pacientes dependen de medidas válidas y confiables del constructo de adherencia. No existen estándares máximos para medir los comportamientos, aunque el uso de una variedad de estrategias para hacerlo se encuentran en la literatura. Una de ellas puede ser la respuesta subjetiva tanto de los proveedores como de los pacientes al calificar los comportamientos de adherencia: unos sobreestiman la respuesta y otros pueden incluso negar sus fallas. No existen factores estables que predigan la adherencia, sin embargo, los cuestionarios que valoran comportamientos específicos relacionados con recomendaciones médicas específicas —como por ejemplo cuestionarios acerca de la alimentación y manejo de la obesidad— pueden ser mejores predictores de comportamientos de adherencia (4).

Las estrategias de medición de la adherencia, por tanto, deben tener no solamente la estimación del comportamiento por parte del paciente sino también estrategias de medición que nos muestren un comportamiento más real de la adherencia. Lo importante de las estrategias es encontrar estándares psicométricos básicos con aceptable validez y confiabilidad (5).

Fleury, al considerar los comportamientos de adherencia frente a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, ha encontrado problemático que se mida únicamente si el paciente se adhiere o no sin que se tengan en cuenta los innumerables motivos que el individuo en riesgo de enfermedad cardiovascular pueda tener (6).

En conclusión, sobre el estado del arte en la medición de los comportamientos de adherencia encontramos que no existe una estrategia de medición única que se haya considerado óptima, sino que se sugiere un método múltiple que combine la posibilidad de autodiligenciamiento y medidas objetivas razonables. Por estas razones, el diseño y la evaluación continua de un instrumento para evaluar los factores que influyen en el tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo cardiovascular pretendieron hacer un aporte para realizar una medición de comportamientos de adherencia en esta población contemplando las recomendaciones de la OMS.

A partir de las premisas propuestas por la OMS acerca de la adherencia, se puede señalar que existe una relación entre adherencia y estado de salud, ya que la adherencia depende principalmente del compromiso del paciente como agente de cuidado o de la familia o de los grupos que tienen la potencialidad de convertirse en agentes dependientes de autocuidado. Éstos, al estar más cerca de los pacientes, pueden influir favorable o desfavorablemente en los comportamientos de adherencia teniendo en cuenta que los comportamientos en salud necesitan de un compromiso altamente regulado (7).

Es claro que la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos depende de muchos factores propios del paciente, del entorno social y económico, de las agencias prestadoras de servicios de salud, del tipo de tratamiento que recibe y de factores psicoactivos. Estos factores influyen en los comportamientos propios de autocuidado en los pacientes crónicos, entre los que se cuentan aquellos en situación de enfermedad cardiovascular (8).

El desarrollo de una línea de investigación en Cuidado para la Salud Cardiovascular de la Maestría en Enfermería en la Universidad Nacional de Colombia ha tomado

como marco de referencia para diversos estudios la teoría del Déficit de Autocuidado de Dorotea Orem, en los que se ha considerado principalmente el concepto la agencia de autocuidado.

Al revisar en la taxonomía NOC el resultado correspondiente al concepto de adherencia (o cumplimiento), se encontró una correspondencia llamativa entre los indicadores del resultado con los requisitos de autocuidado en estados de desviación de la salud propuestos por D. Orem (9), quien apoya la idea de que la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo cardiovasculares es un comportamiento de autocuidado.

Entendido el postulado de Orem de que el autocuidado está condicionado por factores múltiples (10), las autoras originales del instrumento *Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular* creyeron necesario crear una escala para evaluar algunos de los agentes condicionantes, por ejemplo: el estado de salud, la orientación sociocultural, los factores relacionados con los sistemas de cuidado de salud —diagnóstico médico y las modalidades de tratamiento—, los factores relacionados con el sistema familiar, los factores ambientales y los recursos disponibles (10). La postura de enfermería como disciplina se impone aquí para proponer la individualidad de las personas en condiciones de riesgo o con enfermedad cardiovascular, para reconocer las relaciones con su entorno y cómo éste condiciona de muchas maneras las respuestas a la salud, concretamente en este caso, los comportamientos de adherencia a los tratamientos.

Los factores condicionantes básicos se corresponden con la propuesta de las cinco dimensiones formuladas por la OMS a fin de reconocer los factores que interactúan para afectar la adherencia. Estas dimensiones se consideraron a su vez como los elementos organizadores de los hallazgos en la literatura sobre adherencia y de la información obtenida por encuesta a pacientes con situaciones de salud cardiovasculares y enfermeras en programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad cardiovascular en la ciudad de Ibagué (12). Puesto que la adherencia a los tratamientos es un comportamiento de autocuidado en estados de desviación de la salud y que éste ha servido como marco de referencia en la línea de investigación de cuidado de la salud cardiovascular de la maestría en enfermería, es importante incorporar las ideas sobre adherencia a las políticas de acción para terapias a largo plazo en enfermedades crónicas de la OMS, las cuales incluyen enfermedades como la hipertensión arterial.

Fue dentro de este marco de referencia que surgió en el año 2005 el estudio sobre factores que influyeron en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo cardiovascular, para cuyo desarrollo Bonilla y de Reales propusieron la creación de una escala para evaluar estos factores. Teniendo en cuenta que el proceso de construcción de una escala es una tarea compleja y que los métodos de medición en muchos de los casos no se han desarrollado para fenómenos de investigación en enfermería, el instrumento que trata este artículo se diseñó de acuerdo a la teoría de prueba clásica de Nunally (1978) (13). Puesto que se trata de una escala nueva, las investigadoras originales han requerido el apoyo de otras investigadoras para continuar el proceso de desarrollo y validación del instrumento, proceso que presentaremos más adelante (13).

Este artículo se propone entonces:

1. Describir el proceso que se ha seguido para continuar el desarrollo psicométrico de esta escala e identificar los resultados alcanzados en los diferentes estudios realizados con este fin hasta la fecha.
2. Formular recomendaciones sobre su uso.

Desarrollo de la escala

La escala creada por las investigadoras originales estuvo conformada por 72 ítems, distribuidos en 5 dimensiones con una escala de valor tipo *Lickert* de 3 puntos a la cual en primer lugar se le evaluó su validez facial y validez de contenido. A partir del 2006, otros investigadores han contribuido con sus trabajos individuales en las tesis de Maestría en Enfermería con Énfasis en Salud Cardiovascular al avance de su validación y de pruebas en la práctica.

A continuación se presentan los procesos seguidos con el instrumento, teniendo en cuenta el método de la teoría de prueba de Nunally citado por Burns (11):

1. **Definición teórica de los constructos:** Las autoras realizaron inicialmente una exploración del concepto *Factores que influyen en la adherencia*, realizando una entrevista no estructurada para encontrar opiniones sobre lo que podría afectar la adherencia con enfermeras profesionales a cargo de servicios de promoción y control de la hipertensión y con pacientes de los mismos servicios. Las opiniones de ambos grupos fueron grabados, transcritos y analizados independientemente, encontrándose así aspectos comunes de los cuales se tomaron los más destacados o más frecuentes como factores que favorecen o no la adherencia. Por otra parte, se hizo una amplia revisión de literatura: artículos médicos, de psicología y

de enfermería; textos sobre adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, enfatizándose en aquellos referentes a la hipertensión arterial, aunque también considerando algunas otras referencias de adherencia en enfermedades cardiovasculares —como la falla cardiaca— y de otras condiciones de riesgo para la enfermedad cardiovascular —como la diabetes—. Todo dato que sugiriera una influencia según la opinión de pacientes y enfermeras, se organizó en una matriz.

A partir de la revisión de la literatura, se tomó la definición de adherencia y se construyó la definición de factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos así: la adherencia o cumplimiento se puede definir como *el grado al cual los pacientes siguen las instrucciones que se les da para realizar un tratamiento* (14). Como factor que influye en la adherencia, se estableció la definición: *Conjunto de factores internos y externos que el paciente en situación de riesgo de enfermedad cardiovascular percibe como influyentes en cierto grado respecto al cumplimiento de los tratamientos y sugerencias dadas por los profesionales de la salud* (11).

2. **Construcción de la escala y formulación de ítems:** Se organizó la información acumulada adoptando una clasificación sugerida por la OMS correspondiente a 5 dimensiones de factores que influyen en la adherencia y se redactaron los ítems en un lenguaje centrado en la persona del usuario, como: *Usted cree, Tiene, Está*, etc. Además, se propuso una escala de medición con tres puntos de posible escogencia que señalaban la frecuencia en que el evento descrito en el ítem ocurría; se calificó como *nunca = 0; a veces = 1 y siempre = 2*.

De este modo, el instrumento quedó conformado en la primera versión de la siguiente manera:

Primera dimensión: factores socioeconómicos que se detallan a su vez por sub-dimensiones, como estatus económico, educación, aspectos de apoyo social, aspectos del ambiente y aspectos culturales. Esta dimensión consta de 17 ítems.

Segunda dimensión: factores relacionados con el proveedor, el sistema y el equipo de salud, conformado por relaciones entre paciente y proveedor, acceso al cuidado y escenario del cuidado. Esta dimensión consta de 24 ítems.

Tercera dimensión: condición de salud del paciente. Comprende sub-dimensiones como severidad de la enfermedad e incapacidad, percepción del paciente sobre su enfermedad y dificultad para usar los medicamentos. Consta de 4 ítems.

Cuarta dimensión: factores relacionados con la terapia. Organizados en una sola dimensión descrita como mediadores de la terapia. Consta de 17 ítems.

Quinta dimensión: factores relacionados con el paciente. Los ítems se organizaron bajo las sub-dimensiones

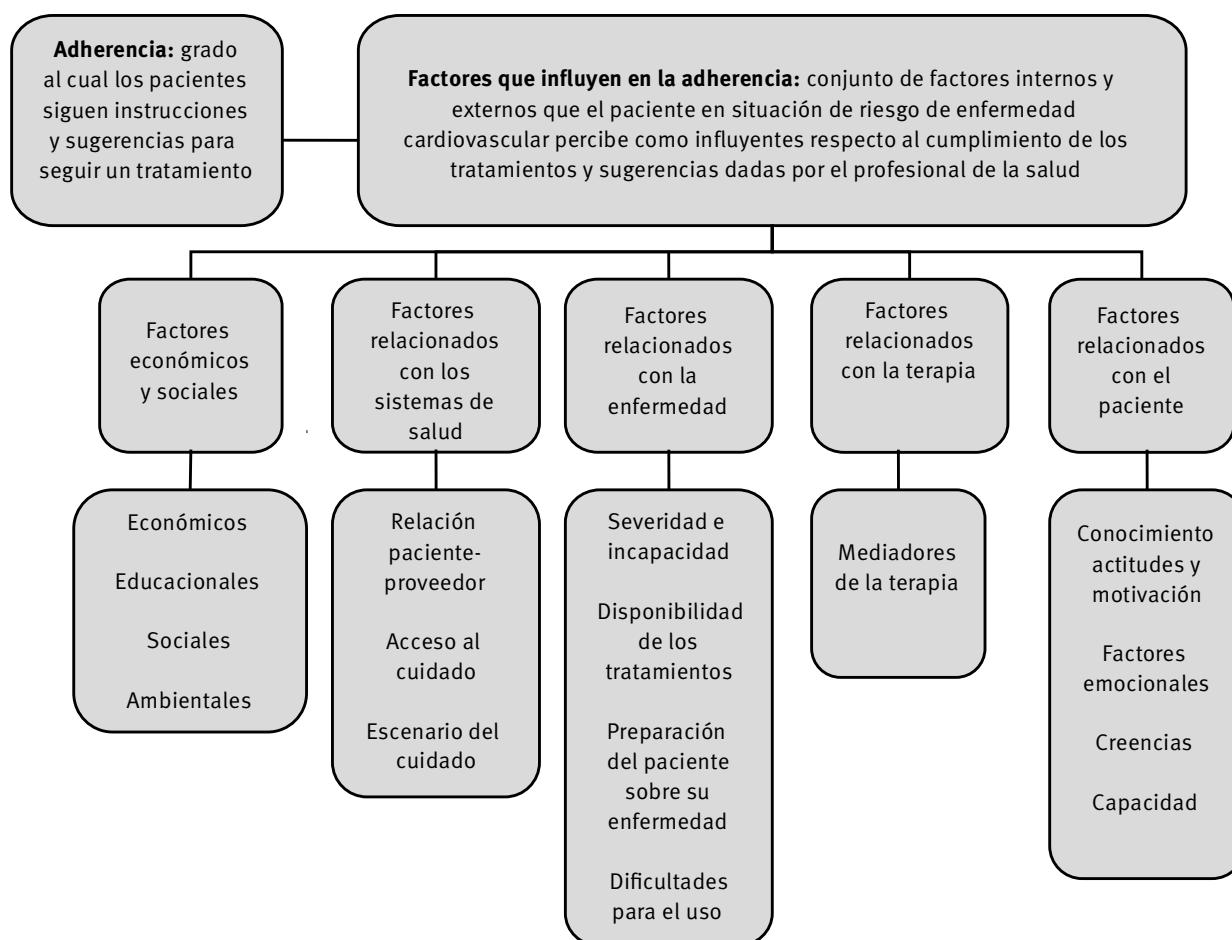
de conocimientos, actitudes y motivación hacia el tratamiento, factores emocionales, creencias y capacidades. Esta dimensión consta de 10 ítems.

Cabe anotar que tener en cuenta las sub-dimensiones ayudó a apreciar mejor el contenido de la escala y a hacer más completo el repertorio de posibles factores que se derivaron de las experiencias de enfermeras y pacientes y de la literatura que trataba sobre problemas, apoyo, limitaciones, barreras y soporte para la adherencia. La presentación final de este instrumento hizo caso omiso de las sub-dimensiones y se limitó a su ubicación bajo las diferentes dimensiones únicamente, como lo describe la Gráfica 1.

3. **Validez facial y de contenido (revisión de ítems, Nunnally):** Como parte del primer estudio dedicado a la construcción del instrumento, se hizo la revisión de éste por parte de 10 expertos en cuidado de pacientes con

factores de riesgo cardiovascular, enfermeras docentes del área y enfermeras de servicio con experiencia de varios años en este campo, a quienes se les se solicitó la evaluación del instrumento en relación a la pertinencia y la relevancia de las dimensiones y los ítems en ellas ubicados. Para este fin, se estableció para la validez de contenido un valor de aceptación de los ítems igual o superior a 0.80. Esta evaluación logró un resultado promedio para la validez de contenido general de 0.91. La validez facial se evaluó por parte de las mismas expertas quienes identificaron qué tan bien se correlacionaban el instrumento con el concepto que se quería medir (15). La validez facial considera la apariencia y la apreciación subjetiva sobre el contenido y el punto de vista que se tenga sobre la representación del concepto construido por parte de los expertos en el tema.

Gráfica 1. Mapa conceptual constructo de factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo cardiovascular



Fuente: Datos de la investigación de las autoras (11).

Se realizaron algunos estudios complementarios de validez facial y de contenido en la Región Caribe por las aspirantes a magíster, enfermeras relacionadas en el Cuadro 1., entre Astrid Contreras, Inna Flórez y Arleth Herrera con el fin de revisar la comprensión, claridad y precisión de los enunciados de los ítems, para lo cual se estableció una muestra de 40 enfermeras expertas en el área y 40 pacientes con factores de riesgo cardiovascular, proponiendo el grado de acuerdo aceptable igual o superior a 0.80 para los ítems de la primera versión. Esto dio como resultado la sugerencia de cambio, supresión o modificación de ítems, los cuales se consultaron con las autoras originales, quienes después de estudiar estas sugerencias y su justificación aceptaron la modificación de algunos y supresión de 10 de

ellos. Lo anterior dio como resultado la disminución de 72 a 62 ítems redactados de forma comprensible para la Región Caribe —según las investigadoras de esta región— obteniéndose así la segunda versión del instrumento (16, 17).

4. **Estudios preliminares:** El estudio arriba mencionado cumplió lo esperado para esta etapa, ya que realizó observaciones cualitativas relevantes emitidas por los expertos que tuvieron en cuenta los aspectos lingüísticos propios de la Región Caribe, conservando la claridad semántica del instrumento (16, 17).
5. **Prueba de campo, análisis de los ítems, selección de ítems a conservar, estudios de validez y de confiabilidad:** Estos pasos se desarrollaron en las siguientes investigaciones:

Cuadro 1. Estudios de medición realizados en el proceso de validación del instrumento para medir adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular

Tesis	Autor y región	Validez facial	Validez de contenido	Población y cantidad	Validez de constructo varianza	Confiabilidad y consistencia interna
Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular (17).	Arleth Herrera REGIÓN CARIBE (Cartagena) 2006	Sí	—	262 pacientes Caja de Previsión Social de Cartagena	—	62 ítems Alfa de Crombach 0.797
Evaluación de los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular (18).	Inna Flórez REGIÓN CARIBE (Cartagena) 2006	Sí coherencia entre el contenido del instrumento y lo que pretende medir	—	293 pacientes, programa de hipertensión y diabetes del Hospital Naval de Cartagena	—	53 ítems: Alfa de Crombach 0.833
Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con riesgo cardiovascular en la Fundación Cardiovascular de Colombia (19).	Alba Luz Rodríguez BUARAMANGA 2008	—	Índice Validez de Contenido: 0.91	172 pacientes, consulta de factores de riesgo cardiovascular, nutrición y medicina interna	—	53 ítems: 0.8525
Adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial. Montería 2010 (20).	Eugenio del Pilar Herrera REGIÓN CARIBE (Montería) 2010	Sí coherencia entre el contenido del instrumento y lo que pretende medir	—	177 pacientes, diagnósticas inscritas y activas del Programa de Hipertensión Arterial en Montería-Córdoba 2010	—	No aplica

Tesis	Autor y región	Validez facial	Validez de contenido	Población y cantidad	Validez de constructo varianza	Confiabilidad y consistencia interna
Validez de constructo y confiabilidad del instrumento factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (21).	Consuelo Ortiz BOGOTÁ 2008	—	—	485 pacientes con factor de riesgo de enfermedad cardiovascular de 6 localidades de la ciudad de Bogotá.	Análisis factorial varianza de Varimax 0.39-0.40	24 ítems: 0.60
Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial (22).	Ariel Salcedo SANTANDER 2010	—	—	282 pacientes con hipertensión arterial del Hospital Universitario de Santander	—	24 ítems: 0.8476
Validez y confiabilidad del instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular (23).	Yadira Pabón REGIÓN CARIBE (Santa Marta) 2007	Sí	—	301 pacientes con hipertensión de la EPS COOMEVA	—	62 ítems Crombach: 0.802 Spearman: 0.552

Fuente: Datos de la investigación de las autoras.

El cuadro anterior muestra los resultados de las evaluaciones realizadas al instrumento hasta la fecha e indica que en los estudios realizados en la región Caribe (4 investigadoras) determinaron la confiabilidad de la segunda versión del instrumento (62 ítems), con una muestra estadísticamente significativa aplicando la prueba *test-retest* y el paquete estadístico SPSS Versión 12. Se utilizaron las medidas de consistencia interna Alfa de Crombach y de estabilidad. Estos resultados sugirieron que se eliminaran algunos ítems con base en el bajo valor del Alfa de Crombach que se considerara redundante en algunos ítems y en la dimensión III el Alfa de Crombach fue tan baja que sugirieron su eliminación. Esto llevó a que las autoras originales revisaran nuevamente la versión 2 del instrumento a partir de estas sugerencias y decidieran igualmente reconsiderar la eliminación de 9 ítems, lo cual dio como resultado la tercera versión del instrumento, que se redujo a 53 ítems.

El estudio realizado por Acelas, Alba Luz en 2008 (19), quien hizo la prueba de confiabilidad al instrumento versión 3 de 53 ítems a través del programa STATA 10, encontró un leve aumento del Alfa de Crombach de 0.833 a 0.851, lo cual indica homogeneidad en el instrumento. Adicionalmente, la candidata a magíster Consuelo Ortiz en 2010 (21) realizó su trabajo de tesis con el objetivo

de determinar la validez de constructo y confiabilidad del instrumento, versión 3, con 53 ítems. Este estudio se realizó con 485 sujetos en la ciudad de Bogotá. Se determinó la validez de constructo por medio del análisis factorial de tipo exploratorio con carga factorial de 0.4 para medir el constructo con el programa SPSS de Windows y se realizó la confiabilidad a través del coeficiente Alfa de Crombach. De acuerdo con los parámetros establecidos por estas pruebas de validez, se encontró que este estudio propuso un primer análisis, quedando 39 ítems con 5 dimensiones y una variabilidad explicada de 33.9, demostrando así que hay variación entre los 39 ítems. Sin embargo, la investigadora señala que este resultado no explica el constructo porque no hay coherencia teórica entre los ítems y las cinco dimensiones, señalando que solamente hay 2 dimensiones que conformarían el instrumento, como son las que evalúan los factores socioeconómicos y los que están relacionados con el proveedor y los servicios de salud.

El estudio de confiabilidad para estos 39 ítems dio un Alfa de Crombach de 0.50, lo que muestra una consistencia interna baja. Este mismo estudio realizó adicionalmente, por medio del método de extracción, el análisis de componentes principales, señalando que la carga factorial fue de 0.39 en 14 ítems. Esto sugirió que

la correlación con el constructo era baja y por lo tanto sería conveniente retirar del instrumento estos 14 ítems. Este estudio propone entonces un instrumento de 24 ítems con cargas factoriales mayores de 0.40 con una varianza total de 48%. De esta manera, la propuesta de Consuelo Ortiz hasta este momento es de un instrumento de 24 ítems y 4 dimensiones, lo que constituye la cuarta versión del instrumento.

El estudio de Eugenia del Pilar Herrera de Montería en 2010 (20), con 177 sujetos diagnosticados con hipertensión arterial, evaluó los factores que influyeron en la adherencia y simultáneamente hizo la prueba de confiabilidad, observando la correlación entre los ítems del instrumento y encontrando que las dimensiones con correlación positiva fuerte son las de factores relacionados con el proveedor y con la terapia. La dimensión *factores socioeconómicos* muestra una correlación moderada y la dimensión *factores relacionados con el paciente* muestra una correlación positiva débil.

6. Estudios de aplicación realizados en poblaciones definidas con el instrumento: Simultáneamente con las pruebas psicométricas hechas al instrumento que dieron como resultado 4 versiones diferentes del mismo, las investigadoras estudiantes de maestría han realizado estudios que se enfocan en poblaciones definidas, orientados siempre a describir en estas poblaciones los factores que influyen en su adherencia.

Para la calificación de los factores que influyen en la adherencia —primera versión del instrumento—, se propusieron unos criterios para calificar los resultados

en tres niveles de la siguiente manera: *en ventaja para adherencia, en riesgo de no adherirse y no puede responder a comportamientos de adherencia*.

En el cuadro anterior se presentan los estudios sobre factores que influyen en la adherencia realizados por algunos autores con personas o pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular para evaluar su posibilidad de adherirse. Como se puede observar, encontramos un alto porcentaje de pacientes que tienen riesgo de no adherirse y en riesgo moderado, lo cual consideramos relevante en la medida en que de allí deben partir las acciones correctivas para mejorar la adherencia.

En razón a que se ha presentado alguna confusión en la interpretación de los resultados, es preciso aclarar que lo que el instrumento pretende evaluar finalmente es el grado de riesgo a adherirse o no a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos determinados por los factores que influyen en la adherencia. Se insiste entonces en que lo que se mide no es la adherencia propiamente dicha sino el grado de riesgo a no adherirse. Los reportes de resultados han mostrado algunas variaciones en la forma de expresar esta idea, por lo cual la interpretación de los resultados debe corresponder a:

1. Los puntajes más altos en los factores que influyen son los de aquellas personas que están en **MENOR riesgo de no adherirse**, o sea que tienen mayor posibilidad de adherirse.
2. Los puntajes más bajos son los que tienen **MAYOR riesgo de no adherirse** a los tratamientos.

Cuadro 2. Estudios de aplicación del instrumento

Nombre	Total pacientes	Sin riesgo (ventaja de adherencia)	Con riesgo (de no adherirse)	Moderado (de no adherencia)
Arleth Herrera (17) (Cartagena)	262	92%	No aplica	8%
Inna Flórez (18) (Cartagena)	293	88%	_____	12%
Alba Luz Acelas (19) (Bucaramanga)	172	19.2%	80.8%	_____
Eugenia Herrera (20) (Cartagena)	177	44%	56%	_____
Ariel Salcedo (22) (Santander)	240	34.40%	18.40%	47.20%
Stella Ortega (24) (Montería)	204	67%	4%	29%

Fuente: Datos de la investigación.

El intervalo de riesgo moderado puede servir para interpretar globalmente los datos pero para efectos significativos de formular programas o formas de intervención, consideramos que este rango no es útil, ya que estas personas continúan con riesgo y es más conveniente considerarlas en estado de riesgo.

Estado actual del instrumento

En la actualidad, este instrumento ha sido solicitado para su aplicación en diferentes investigaciones en el país (Medellín, Bogotá y Cartagena). Existen dos estudios en el Perú para los cuales se solicitó un permiso para el uso del instrumento, pero no se conoce información sobre los resultados.

Es necesario decir que en los diferentes estudios se están utilizando las dos últimas versiones del instrumento: el instrumento de 53 ítems con una confiabilidad Alfa de Crombach de 0.82 y el instrumento de 24 ítems con una confiabilidad Alfa de Crombach de 0.84 (2).

Recomendaciones

Las siguientes recomendaciones han surgido a partir de la observación de los diferentes resultados producidos por los investigadores que han contribuido con la aplicación, las mediciones y los análisis al instrumento que nos permiten entender que éste está aún en perfeccionamiento. Por esta razón, se recomienda tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Considerar el perfeccionamiento del instrumento mediante:

- Estudios de confiabilidad en regiones del país donde aún no se han hecho estudios con este instrumento. En estos casos se sugiere iniciar con validación del lenguaje, prueba de comprensión y retroalimentación a las autoras originales. Posterior a esto, consideramos que se puede utilizar el instrumento revisado en poblaciones de esas regiones.
- Determinar la validez de constructo con análisis factorial de tipo exploratorio al instrumento de 53 ítems con una muestra mayor de 485 sujetos.
- Llevar a cabo estudios que correlacionen los grados de riesgo a no adherirse con otras variables que se inscriben en otros marcos de referencia o teorías de enfermería, como la teoría del Déficit de Autocuidado de Orem, por ejemplo: agencia de autocuidado, prácticas de autocuidado, adherencia en personas con falla cardiaca o percepción del estado de salud del sujeto, ya sea informado o constatado con indicadores clínicos.

- Se sugiere denominar a este instrumento de aquí en adelante: *Escala para evaluar grados de riesgo para la no adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo cardiovascular*.
- La literatura sobre adherencia maneja el concepto de una manera global, es decir: aplicable a múltiples condiciones de salud crónicas que requieren tratamiento de larga duración. Esto es evidente en el documento producido por la OMS sobre adherencia a terapias de larga duración, donde además de generalidades existen una sección de revisión específica a enfermedades diferentes a las cardiovasculares, como son asma, cuidado paliativo en el cáncer, depresión, diabetes, epilepsia, HIV/SIDA, abandono del tabaquismo y tuberculosis (2). Por esta razón, recomendamos probar este instrumento en personas con enfermedades crónicas de otro tipo diferentes a las cardiovasculares para evidenciar la confiabilidad del instrumento en otro tipo de poblaciones clínicas.
- La interpretación de los grados de riesgo se puede hacer creando intervalos con puntaje total ideal, sean 24 o 53 reactivos. Sin embargo, por lo observado en algunos estudios, el intervalo moderado o intermedio no es muy significativo, y si se piensa en que la utilidad de este instrumento consiste en señalar hacia qué tipo de pacientes van dirigidos los programas de promoción y prevención, sería más útil establecer rangos de la siguiente manera: *los que no están en riesgo y los que sí están en riesgo*, ya sea en grado mayor o menor a partir de medidas de tendencia central.
- Asignar numeración secuencial a los ítems de los instrumentos versión 3 (53 ítems) y versión 4 (24 ítems) sin que tenga dependencia de la numeración del instrumento original para evitar confusiones.

Referencias

- Organización Mundial de la Salud (OMS). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción [documento en Internet]. Washington: 2004. p. 13 [acceso: 15 ene 2011]. Disponible en: www.who.int/common/Display.asp?Lang=S&RecID=8062
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción [documento en Internet]. Washington: 2004. p. 19-21 [acceso: 15 ene 2011]. Disponible en: www.who.int/common/Display.asp?Lang=S&RecID=8062
- Haynes RB, Montague P, Oliver T, McKibbon KA, Brouwers MC, Kanani R. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. Cochrane Database Syst Rev [database on the Internet]. 2000;(2):11 [acceso: 2011 Jan 15]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000011/full>

- (4) Organización Mundial de la Salud (oms). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción [documento en Internet]. Washington: 2004. p. 4 [acceso: 15 ene 2011]. Disponible en: www.amro.who.int/common/Display.asp?Lang=S&RecID=8062
- (5) Farmer K. Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clin Ther.* 1999;21(6):1074-90.
- (6) Fleury J. La aplicación de la teoría motivacional a la reducción del riesgo cardiovascular. *J Nurs Scholarsh.* 1992;24(3):229-239.
- (7) Organización Mundial de la Salud (oms). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción [documento en Internet]. Washington: 2004. p. 4 [acceso: 15 ene 2011]. Disponible en: www.amro.who.int/common/Display.asp?Lang=S&RecID=8062
- (8) Organización Mundial de la Salud (oms). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción [documento en Internet] Washington: 2004. p. 107-111 [acceso: 15 ene 2011]. Disponible en: www.amro.who.int/common/Display.asp?Lang=S&RecID=8062
- (9) Bastidas sc. Asociación entre la capacidad de la agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad coronaria [tesis magistral]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2006.
- (10) Fawcett J. *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories.* 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2005.
- (11) Bonilla ic. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: validez de contenido y validez aparente del mismo [tesis magistral]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. 2006.
- (12) Nunally J, Bernstein I. *Teoría psicométrica.* 3^a ed. México: McGraw Hill; 1995.
- (13) Burns N, Grove sk. *The practice of Nursing Research Conduct, critique and utilization.* 3^a ed. Evolve; 2005.
- (14) Haynes RB. *Determinants of compliance: the disease and the mechanics of treatment. Compliance in health care.* Hopkins J, editor. Baltimore: University press; 1979.
- (15) Lynn MR. The determination and qualification of content validity. *Nurs Res.* 1986;35(6):382-385.
- (16) Herrera LA. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. *Av Enferm.* 2008;26(1):36-42.
- (17) Contreras A. Flórez I. Herrera A. Un instrumento para evaluar la adherencia: su validez facial y confiabilidad. *Av Enferm.* 2008;26(2):35-42.
- (18) Flórez I. Factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular [tesis magistral]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2008.
- (19) Acelas A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular en la fundación cardiovascular de Colombia [tesis magistral]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2008
- (20) Herrera E. Adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial Montería 2010 [tesis magistral]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2010.
- (21) Ortiz C. Validez y confiabilidad del instrumento Factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular [tesis magistral]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2008.
- (22) Salcedo A. Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial [tesis magistral]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2008.
- (23) Pabón R. Validez y confiabilidad del instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular [tesis magistral]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2007.
- (24) Ortega. S. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factor de riesgo de enfermedad cardiovascular, Montería 2010 [tesis magistral]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2010.

Factores asociados al hallazgo de lesiones preneoplásicas detectadas en citología vaginal: estudio de casos y controles

Factors linked with the discovery of preneoplastic lesion detected in pap smear: a case-control study

Fatores associados à encontrar lesões pré-neoplásicas detectado no esfregaço vaginal: estudo caso-controle

LIDA YOANA CIFUENTES*
FRED GUSTAVO MANRIQUE ABRIL**
JUAN MANUEL OSPINA DÍAZ***

Resumen

Objetivo: Identificar factores socioculturales asociados a la presencia de lesiones preneoplásicas en mujeres residentes en un municipio de predominio rural en Boyacá, Colombia.

Materiales y Métodos: Estudio observacional analítico, retrospectivo de casos y controles. De un registro institucional, mediante muestreo aleatorio secuencial, se seleccionó una muestra de 168 mujeres: 42 casos y 126 controles, apareadas por edad y estrato socioeconómico, a quienes mediante encuesta se evaluaron los antecedentes y los factores familiares y culturales, posiblemente asociados a la presencia de lesiones preneoplásicas en la citología vaginal.

Resultados: Rango de edad entre 16 y 71 años; promedio de edad 42,2 años ($SD = 14,57$ años); el 79,2% se encontraba con pareja estable; el 90,0% cursó educación primaria o menos; el 11,3% fumaba; la edad promedio de menarquia fue de 13,8 años ($SD = 1,38$) y el 17,9% la presentó a los 12 años o antes. Todas las mujeres encuestadas han tenido al menos una gestación y el 66,1% ha tenido 3 o más. La edad media de la primera gestación es de 19,7 años ($SD = 3,45$) y

el rango de edad de la primera gestación oscila entre los 15 y 29 años. En el 35,7% de los casos el primer embarazo ocurrió antes de los 18 años. El 31,5% de las mujeres estudiadas tiene antecedente familiar de cáncer. Los siguientes factores se encontraron significativamente asociados con la presencia de lesión preneoplásica en la citología vaginal: historia de dos o más parejas sexuales ($OR = 85,0$); primer embarazo antes de los 18 años ($OR = 40,0$); antecedente familiar de cáncer ($OR = 23,9$); consumo de cigarrillo ($OR = 12,1$); inicio sexual antes de los 17 años ($OR = 11,8$); consumo de bebidas alcohólicas ($OR = 10,8$); antecedente de infecciones vaginales ($OR = 10,1$); 3 o más gestaciones ($OR = 5,2$); ningún grado de escolaridad ($OR = 3,49$); antecedente de aborto ($OR = 2,87$).

Conclusión: Se encontraron factores de riesgo susceptibles de intervención educativa y motivación que podrían mejorar sustancialmente la oportunidad y la cobertura de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, además de la adherencia a la práctica de la citología vaginal.

Palabras clave: Promoción de la Salud; Prevención de Cáncer de Cuello Uterino; Factores de Riesgo; Frotis Vaginal (Fuente: DeCS BIREME).

Abstract

Objective: To identify sociocultural factors linked with the presence of precancerous lesions in women living in a predominantly rural municipality in Boyacá, Colombia.

Materials and Methods: An observational analytical retrospective case-control study. From the institutional records, by

* Enfermera. Especialista en Epidemiología. MPH (e). Investigadora GISP-UPTC, Tunja, Colombia. E-mail: lidayocif7@hotmail.com

** RN. MPH, Ph.D. Salud Pública. Ph.D Investigación Clínica. Profesor Asociado, Escuela de Enfermería UPTC. Profesor Titular, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Director GISP-UPTC, Tunja, Colombia. E-mail: gisp@uptc.edu.co

*** M.D. MSc. Epidemiología. Profesor Titular Escuela de Medicina UPTC. Investigador Grupo GISP – UPTC, Tunja. Colombia. E-mail: juan.ospina@uptc.edu.co

sequential random sampling, there were selected a sample of 168 women: 42 cases and 126 controls, matched by age and socioeconomic status, they were asked through a questionnaire, about antecedents, and family and cultural factors, possibly associated with the presence of preneoplastic lesions in vaginal smears.

Results: Age range 16 to 71 years, average age 42.2 years ($SD = 14.57$), 79.2% with steady partner, 90.0% completed only primary education or less, 11.3% smoked, average age of menarche was 13.8 years ($SD = 1.38$) and 17.9% had menarche at 12 or younger; all women have had at least one pregnancy and 66.1% had 3 or more. The average age of first pregnancy is 19.7 years ($SD = 3.45$) and range of age at first pregnancy between 15 and 29 years in 35.7% of cases the first pregnancy occurred before 18 years, 31.5% had family history of cancer. The following factors were significantly associated with the presence of preneoplastic lesion in the pap smear: a history of 2 or more sexual partners ($OR = 85.0$), first pregnancy before 18 years ($OR = 40.0$), family history of cancer ($OR = 23.9$), smoking ($OR = 12.1$), sexual initiation before age 17 ($OR = 11.8$), drinking alcohol ($OR = 10.8$), history of vaginal infections ($OR = 10.1$), 3 or more pregnancies ($OR = 5.2$), no education ($OR = 3.49$), history of abortion ($OR = 2 , 87$).

Conclusion: There are risk factors amenable to educational interventions and motivation, which could substantially improve the opportunity and coverage of promotion and prevention programs, as well as adherence to the practice of the pap smear.

Key words: Health Promotion; Cervix Neoplasms Prevention; Risk Factors; Vaginal Smears (Source: DECS BIREME).

Resumo

Objetivo: Identificar os fatores associados à presença cultural de lesões pré-neoplásicas em mulheres residentes em um município predominantemente rural em Boyacá , na Colômbia.

Materiais e Métodos: O método é analítico, estudo caso-controle, retrospectivo observacional. A partir de um registro institucional, por amostragem sequencial, uma amostra de 168 mulheres foi selecionada: 42 casos e 126 controles, pareados por idade e nível sócio-econômico, para o levantamento do fundo e através de familiares e fatores culturais são avaliadas, possivelmente associada à presença lesões pré-neoplásicas no esfregaço vaginal.

Resultados: Faixa etária entre 16 e 71 anos , com idade média de 42,2 anos ($DP = 14,57$ anos), 79,2% com parceiro fixo, 90,0% completaram apenas o ensino fundamental ou menos, 11,3% tabagismo, idade média da menarca foi de 13,8 anos ($DP = 1,38$) e 17,9% apresentou-a aos 12 anos ou mais cedo; todas as mulheres tiveram pelo menos uma gravidez e 66,1% tinham 3 ou mais. A média de idade da primeira gravidez é 19,7 anos ($DP = 3,45$) e faixa de idade da primeira gravidez

entre 15 e 29 anos; em 35,7% dos casos a primeira gravidez ocorreu antes 18 anos; 31,5% tinham história familiar de câncer. Os seguintes fatores foram significativamente associados com a presença de lesão pré-neoplásica na citologia vaginal: dois andares ou mais parceiros sexuais ($OR = 85,0$), primeira gravidez antes de completar 18 anos ($OR = 40,0$), história familiar de câncer ($OR = 23,9$), tabagismo ($OR = 12,1$), início sexual antes dos 17 anos ($OR = 11,8$), consumo de bebidas alcoólicas ($OR = 10,8$), história de infecções vaginais ($OR = 10,1$), 3 ou mais gestações ($OR = 5,2$), sem escolaridade ($OR = 3,49$), história de aborto ($OR = 2 , 87$).

Conclusão: Os fatores de risco passíveis de intervenção educativa e motivação, além da adesão à prática esfregaço vaginal, o que pode melhorar substancialmente a actualidade e a cobertura dos programas de promoção e prevenção.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Prevenção de Câncer de Colo Uterino; Fatores de Risco; Esvagaço Vaginal (Fonte: DECS BIREME).

Introducción

El cáncer cervicouterino constituye una de las grandes preocupaciones del sector salud, a pesar de que las modernas tecnologías terapéuticas hacen de él una enfermedad curable —cuando se diagnostica oportunamente— y fácil de diagnosticar (1); pero en el contexto de la salud sexual y reproductiva de las mujeres más pobres, esta perspectiva es aún lejana, en la medida en que la cobertura de los programas de tamizaje y diagnóstico precoz es relativamente precaria y los diagnósticos se realizan tardíamente.

Para el año 2002, se estimó que ocurrirían 500.000 nuevos casos de carcinoma cervicouterino y 273.505 muertes atribuibles directamente a esta causa. Los expertos consideran que algo más del 80% de estos eventos ocurrió en los países menos desarrollados. En el área de Las Américas ocurrieron 35.322 muertes, 80.253 casos nuevos, de los cuales el 81,7% y el 83,6% respectivamente correspondieron al área de Latinoamérica y el Caribe (2, 3). En Colombia, en el año 2000, se reportaron 5.901 casos nuevos y 2.339 defunciones, lo que arroja tasas de 32,9 y 13,7 por cada 100.000 habitantes, respectivamente (4); además, para el 2002, la tasa de incidencia había aumentado a 36,4 y la mortalidad a 18,6 por 100.000 mujeres (5).

Un problema de capital importancia en el diagnóstico oportuno del cáncer tiene que ver con la casi total ausencia de signos y síntomas clínicos en los estadios iniciales de la historia natural de la enfermedad, factor que se acentúa en las mujeres mayores y de nivel social y educativo

más bajo (6). Diversos estudios han demostrado que la infección por el virus del papiloma humano (vph) es la causa necesaria, pero no la única suficiente, del cáncer cervicouterino. La gran mayoría de las mujeres infectadas por algún tipo de vph oncoígeno nunca presenta cáncer cervicouterino. Esto sugiere que otros factores adicionales que actúan conjuntamente con el vph influyen en el riesgo de aparición de la enfermedad (7).

Otros factores, como la edad de comienzo de las relaciones sexuales, el número de compañeros sexuales que se han tenido, los antecedentes de infecciones de transmisión sexual y otras características de la actividad sexual, se vinculan con la probabilidad de contraer el vph (8).

Se considera que una baja condición socioeconómica es un factor de riesgo de numerosos problemas de salud, incluido el cáncer cervicouterino, en particular, en entornos de bajos recursos. Las mujeres con una baja condición socioeconómica a menudo tienen bajos ingresos, limitaciones para acceder a los servicios de atención de salud, nutrición deficiente y escasa sensibilización acerca de los temas de salud y prácticas preventivas. Todos estos factores pueden hacerlas más propensas a enfermarse o a padecer enfermedades que pueden prevenirse, como el cáncer cervicouterino. Según la Organización Mundial de la Salud (oms), casi el 80% de los casos se produce en los países en desarrollo, donde los programas de tamizaje no están bien arraigados o son muy poco eficaces. En estos países, la incidencia del cáncer cervicouterino ocupa el segundo lugar —detrás del cáncer de mama— y es la principal causa de fallecimientos por cáncer en las mujeres (9).

Los significativos aumentos en la incidencia y en la evidencia demuestran la mejoría en la supervivencia y el pronóstico, en la medida en que el diagnóstico se haga más temprano, los que lleva a que este estudio se proponga explorar determinantes sociales, económicos y culturales relacionados con la presencia de lesiones neoplásicas en los resultados del examen de citología vaginal, susceptibles de intervención y modificación a partir de intervenciones adecuadas de los agentes de salud.

Materiales y Métodos

El presente estudio se diseñó y se estructuró como una investigación observacional y analítica de casos y controles de los registros institucionales del Centro de Salud San Vicente de Saboyá (Boyacá). Se seleccionó de manera secuencial una muestra de 42 mujeres con reporte positivo de lesiones preneoplásicas (casos). De la misma base de registros, se seleccionó también de manera

secuencial aleatoria a 126 mujeres con diagnóstico de citología vaginal normal, pareadas por edad y estrato socioeconómico con los casos (controles). Previo consentimiento informado, a todas se les aplicó a través de entrevista directa un cuestionario diseñado con anterioridad y ajustado mediante prueba piloto, el cual consta de 21 preguntas que exploran aspectos sociodemográficos, hábitos de comportamiento y aspectos de la vida reproductiva de la mujer.

La muestra fue estimada en el programa *STATCALC* de *Epi-info 2002* para evaluar con un 95% de confiabilidad diferencias del 15% o más en la frecuencia de los principales factores asociados con la presencia de lesiones preneoplásicas reportados en la literatura. Se definió como unidad de observación y análisis a las mujeres que cumplían los criterios de inclusión y aceptaron libremente participar en el estudio.

Los cuestionarios fueron aplicados por profesionales previamente entrenados, mediante entrevista directa. Las personas seleccionadas fueron visitadas en sus casas, se les informó de los objetivos del estudio, se les garantizó su privacidad y se obtuvo su anuencia mediante la firma del consentimiento informado. La sistematización de los datos se realizó por duplicado y se validó para detectar y corregir posibles errores de digitación en el programa *VALIDATE EpiInfo v 6-04d (CDC/EpiInfo, Versión 6.04d)*.

El análisis univariado permitió examinar las características y la comparabilidad de los grupos mediante la estimación de promedios para variables continuas y de proporciones para las variables categóricas o nominales, todas analizadas con sus correspondientes intervalos de confianza (ic) a un nivel de significancia de 0.05.

Posteriormente, se adelantó un análisis exploratorio de la asociación de las variables explicatorias incluidas con la variable de salida. Esto fue realizado con el programa *EpiInfo 2002*, mediante la estimación de la *Odds Ratio* (OR) y sus respectivos IC al 95%, junto con el valor *p* en la prueba exacta de Fisher. Un análisis estratificado fue realizado de manera exploratoria con el fin de identificar posibles variables de confusión.

Resultados

Caracterización de la muestra

El rango de edades osciló entre 16 y 71 años con una media de 42,2 (sd =14,57); fueron incluidas mujeres residentes tanto del casco urbano como de las diferentes

veredas del municipio; el 92,9% se ubicaba en el estrato socioeconómico bajo y el resto en medio-bajo; el 63,1% se encontraba en el grupo de edad de adultos jóvenes (menores de 50 años); el 79,2% manifestó conformar una pareja estable; el 90,0% registró apenas nivel de escolaridad de primaria terminada o menos. La edad promedio de menarquia fue de 13,8 años ($sd = 1,38$) y el 17,9% la presentó a los 12 años o antes. Todas las mujeres habían tenido al menos una gestación y el 66,1% había tenido tres o más. La edad media de la primera gestación fue de 19,7 años ($sd = 3,45$) y el rango de edad de la primera gestación osciló entre 15 y 29 años, encontrándose que en el 35,7% de los casos el primer embarazo se presentó antes de cumplir los 18 años. El 17,9% registró antecedente de haber tenido al menos un aborto; el 61,3% utilizó algún método de planificación familiar, con mayor

frecuencia hormonal (29,2%), ligadura (13,7%) y DIU (10,7%). El 53,6% registró antecedentes de infecciones cérvico-vaginales; el 31,5% manifestó tener antecedentes familiares de cáncer; el 11,3% fumaba y el 33,9% consumía alcohol. En la Tabla 1. se muestra la comparabilidad de los dos grupos.

En la Tabla 2. se muestra la fuerza de asociación entre la variable de salida *Presencia de lesión preneoplásica* y algunos factores que en la literatura se han reportado como asociados con ella. Algunos de estos factores reportaron un OR mayor que 1, aunque la asociación no fue estadísticamente significativa. Estas covariables fueron: procedente del área rural (OR = 1,79; $p = 0,22$); menarquia antes de los 13 años (OR = 1,65; $p = 0,17$); no tiene una pareja estable (OR = 1,36; $p = 0,31$); antecedente de al menos un parto por cesárea (OR = 0,26; $p = 0,06$).

Tabla 1. Comparabilidad de los grupos

Variable	Caso (Nº 42)	Control (Nº 126)	<i>p</i>
Promedio de edad (sd)	42,4 (14,3)	42,15 (14,7)	0,92
Procedencia rural (%)	38 (90,5)	106 (84,1)	0,44
Estrato socioeconómico 1 (%)	39 (92,9)	117 (92,9)	0,72
Pareja estable (%)	26 (61,9)	67 (53,2)	0,42
Promedio de cesáreas (sd)	0,07 (0,34)	0,20 (0,51)	0,11
Uso de métodos de pf (%)	26 (61,9)	77 (61,1)	0,92
Uso de métodos hormonales (%)	14 (33,3)	35 (27,8)	0,62
Uso de preservativo (%)	0 (0,0)	10 (7,9)	0,36
Escolaridad primaria completa o menos (%)	42 (100,0)	94 (74,6)	< 0,001
Promedio edad menarquía (sd)	13,4 (1,47)	13,96 (1,42)	0,034
Edad media de inicio de relaciones sexuales (sd)	16,09 (0,93)	18,9 (2,6)	< 0,001
Promedio de partos (sd)	4,8 (2,52)	3,07 (1,93)	< 0,001
Promedio de edad 1 ^a gestación (sd)	16,57 (0,91)	20,75 (3,3)	< 0,001
Promedio de gestaciones (sd)	5,16 (2,74)	3,41 (2,02)	< 0,001
Antecedente de aborto (%)	13 (31,0)	17 (13,5)	0,02
Promedio de abortos (sd)	1,69 (0,46)	1,86 (0,34)	0,01
Antecedente de infección vaginal (%)	37 (88,1)	53 (42,1)	< 0,001
Promedio de parejas sexuales (sd)	2,73 (1,36)	1,32 (0,47)	< 0,001
Antecedente familiar de cáncer (%)	34 (81,0)	19 (15,1)	< 0,001
Fuma (%)	14 (33,3)	5 (4,0)	< 0,001
Consumo regularmente bebidas alcohólicas (%)	31 (73,8)	26 (20,6)	< 0,001

Fuente: Base de datos de la investigación.

Tabla 2. Asociación entre la variable de salida *Presencia de lesión preneolásica* y algunas variables explicatorias

Variable		Caso	Control	OR	IC 95%	p
2 o más parejas sexuales	Sí	41	41	85,0	11,2-639	< 0,001
	No	1	85			
Primer embarazo a los 18 años o antes	Sí	40	42	40,0	9,2-173,5	< 0,001
	No	2	84			
Antecedente familiar de cáncer	Sí	34	19	23,9	8,9-66,7	< 0,001
	No	8	107			
Consumo de cigarrillo	Sí	14	5	12,1	4,0-36,3	< 0,001
	No	28	121			
Inicio relaciones sexuales antes de los 17 años	Sí	30	22	11,81	5,2- 26,6	< 0,001
	No	12	104			
Consumo de alcohol	Sí	31	26	10,83	4,8-24,4	< 0,001
	No	11	100			
Antecedente de infección(es) vaginal(es)	Sí	37	53	10,19	3,7-27,6	< 0,001
	No	5	73			
3 o más gestaciones	Sí	37	74	5,2	1,9-14,1	< 0,001
	No	5	52			
3 o más partos	Sí	36	69	4,52	1,7-11,5	< 0,001
	No	6	57			
Ninguna escolaridad	Sí	20	26	3,49	1,6-7,3	< 0,001
	No	22	100			
Antecedente de aborto	Sí	13	17	2,87	1,25-6,6	0,012
	No	29	109			
Procede del campo	Sí	38	4	1,79	0,57-5,5	0,22
	No	106	20			
Menarquia antes de 13 años	Sí	10	20	1,65	0,70-3,9	0,17
	No	32	106			
Sin pareja estable	Sí	9	21	1,36	0,56-3,2	0,31
	No	33	105			
Antecedente de cesárea	Sí	2	20	0,26	0,04-1,2	0,06
	No	40	106			

Fuente: Base de datos de la investigación.

Discusión

El hecho más relevante de este análisis tiene que ver con la concordancia encontrada en la prevalencia de factores de riesgo para el cáncer reportada por la literatura y los hallazgos evidenciados en el desarrollo de este estudio, circunstancia preocupante en la medida en que muchos de estos riesgos también se encuentran asociados con las bajas coberturas y la renuencia a practicar la citología vaginal (10).

La citología vaginal es la prueba de tamizaje para el diagnóstico del carcinoma y se considera la herramienta más importante en el propósito de disminuir la morbilidad. Debe realizarse cada año a toda mujer mayor de

18 años o con vida sexual activa a cualquier edad. Si el resultado es normal por tres años consecutivos, se puede espaciar a cada dos o tres años, excepto en mujeres en las que se encuentran factores de riesgo, para quienes el control debe ser anual (11).

Alrededor del 66% de los casos de carcinoma de cuello uterino se diagnostica en etapas avanzadas, aunque en las últimas décadas la mortalidad ha disminuido en razón a la detección más temprana, gracias a métodos como la citología con el método de *Papanicolaou*. En 1998 en Colombia, este cáncer fue el más frecuente, representando el 26,8% de todos los casos de cáncer en las mujeres.

Se considera que las lesiones escamosas intraepiteliales (LEI) anteceden a la presencia del cáncer en un promedio de entre 4 y 10 años (12). También se considera que alrededor del 95% de los casos de cáncer cervicouterino se asocia con la infección previa por el Virus del Papiloma Humano (vPH), aunque no es el único factor infeccioso asociado (13). También se han encontrado asociados al cáncer de cuello uterino la promiscuidad sexual, el inicio de relaciones sexuales antes de los 17 años (14), el tabaquismo, las enfermedades de transmisión sexual (ETS), la multiparidad, la pobreza, la inmunodeficiencia, la exposición a dietil estilbestrol y factores del compañero sexual (11).

En cuanto a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el autocuidado, es importante considerar lo referente a la cultura intrínseca de los diversos grupos humanos, en particular de las mujeres, conforme a los conocimientos, las creencias, los imaginarios y los hábitos de comportamiento sexual. Esto, en la medida en que el determinante más importante es la voluntad de las mujeres para acceder a la práctica del examen diagnóstico cuando hay una visión integral del valor del propio cuerpo, la seguridad personal y el rol de género. Es evidente que mientras mayor es el nivel educativo que se tiene, menor es el grado de percepción negativa acerca de la práctica de la citología vaginal, por lo que el propósito de adelantar programas masivos de tamizaje debe precederse por campañas extensas de información y motivación que contribuyan significativamente a erradicar los temores y los prejuicios (15).

Es importante que los programas de detección y control del cáncer cervicouterino adelanten campañas que se propongan motivar a las mujeres para que asistan a la práctica del examen, haciendo énfasis en el ínfimo costo y en el múltiple beneficio, destacando la importancia del examen para la garantía de buena salud y ofreciendo garantías que logren superar las barreras culturales. Además, ante la falta de conocimiento sobre las actividades educativas que se realizan en las instituciones, se requiere un programa educativo estructurado, continuo y con buena divulgación para que las mujeres lo conozcan y participen activamente en él y así lograr una motivación mayor hacia la citología y otras medidas de prevención de enfermedades relacionadas con la salud sexual y reproductiva (5).

Los datos compartidos de ocho estudios de casos y controles sobre el carcinoma invasivo del cuello uterino y dos estudios que analizan el carcinoma *in situ* adelantados en cuatro continentes, sugieren que las mujeres con más de dos embarazos terminados tenían un riesgo

2,6 veces más alto de presencia de cáncer cervicouterino comparadas con aquellas que nunca habían dado a luz; mientras que mujeres con mayor ocurrencia de embarazos y partos —siete o más— registraron un riesgo 3,8 veces mayor (16). Un alto porcentaje de estudios que analizan esta asociación corroboran la relación positiva evidente entre paridad elevada y cáncer de cuello uterino. El mecanismo fisiopatológico de esta asociación no ha sido dilucidado explícitamente. Las probabilidades incluyen factores hormonales vinculados al embarazo o también múltiples traumatismos cervicales asociados con el parto.

En Colombia se realizó el análisis de una cohorte histórica retrospectiva que buscaba describir las características sociodemográficas y de salud de las pacientes con cáncer invasor de cuello uterino, atendidas en el Hospital Universitario San Vicente de Paul de Medellín, Colombia, durante el periodo 1997-2002. Los hallazgos más significativos tuvieron que ver con un alto nivel de pobreza, bajos niveles de escolaridad, escasa cobertura de citología cérvico vaginal, entre otros factores relacionados con la presentación del carcinoma (17).

Otro estudio adelantado en 2008, que evaluó los factores asociados con lesiones neoplásicas del tracto genital inferior femenino en adolescentes del departamento de Caldas, Colombia, permitió identificar, luego del análisis de distribución y frecuencia en la población, factores relacionados con el comportamiento sexual y las tasas de fecundidad y reproductividad, además de aspectos culturales y psicosociales. La interacción conjugada de estos factores de riesgo demostró jugar un papel significativo en la aparición de las lesiones (18).

En Cuba, en 2005, un estudio que analizó la frecuencia de los principales factores de riesgo asociados con la infección por el vPH identificó la edad de inicio de las relaciones sexuales, la promiscuidad y las infecciones de transmisión sexual relacionados con la aparición de lesiones preneoplásicas del cuello uterino, iniciadas en mujeres infectadas. El estudio incluyó a 230 mujeres; 93 con diagnóstico de neoplasias intraepiteliales (NIC) y 137 con carcinomas establecidos. Se halló un pico de mayor prevalencia entre 25 y 35 años. La edad promedio de inicio de las relaciones sexuales y del primer embarazo fue de 17 años, con frecuencia promedio de cuatro embarazos; además, el 70 % tuvo al menos una interrupción de la gestación. El número de parejas sexuales osciló entre 1 y 8. El método anticonceptivo mayormente utilizado fue el Dispositivo Intrauterino. Todas las pacientes mostraron niveles elevados de hormonas sexuales, el aumento de progesterona fue paralelo

al avance de la enfermedad. La incidencia de infecciones de transmisión sexual resultó mayor en las pacientes con NIC II; igualmente, éstas fumaban más, pero consumían menos alcohol que aquellas con carcinomas establecidos. Se concluyó que los factores de riesgo podrían estar implicados en la progresión de lesiones iniciadas por la infección con el VPH (19).

Una evaluación más reciente, adelantada por el Instituto Nacional de Cancerología estimó el acceso y la oportunidad al diagnóstico y al tratamiento que tienen las pacientes con lesiones cervicales de alto grado o cáncer de acuerdo con el reporte citológico entre junio de 2005 y junio de 2006; asimismo, evidenció que el 27% de las mujeres con lesiones de alto grado o invasoras no tuvieron acceso a los servicios diagnósticos o terapéuticos por razones de tipo administrativo de los servicios de salud, por razones clínicas o culturales de las mujeres (20).

En un estudio de prevalencia de anormalidades de células epiteliales y factores asociados en mujeres de un municipio rural colombiano realizado en el año 2008, se encontró una importante relación entre las anormalidades de células escamosas con la conducta sexual, lo cual refleja la asociación entre el Virus del Papiloma Humano y las lesiones preneoplásicas de cáncer de cuello uterino. El estudio sugiere que aspectos tales como las dificultades con la calidad de la citología o el acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno pudieran explicar las altas tasas de cáncer de cuello uterino en Colombia (21).

Si bien existe un amplio debate en torno a la historia natural del carcinoma de cérvix, varios estudios concuerdan en reconocer que éste está fuertemente asociado con las relaciones sexuales, siendo mayor el riesgo para las mujeres que tienen relaciones sexuales antes de alcanzar la madurez biológica. Se ha llegado a asegurar que el celibato protege a las mujeres del carcinoma cervicouterino, puesto que desde 1.842 se ha reportado ausencia de esta patología en comunidades religiosas femeninas de Verona (22) y Canadá (23). Se ha postulado como mecanismo precursor de la lesión celular la invasión del citoplasma de las células epiteliales por parte de los espermatozoides cuando ocurre la fase de metaplasia (24). También se ha reportado que el carcinoma cervical se encontró en sólo el 14% de mujeres que iniciaron relaciones sexuales después de los 25 años mientras que la misma patología se encontró en 67% en las que iniciaron antes de los 20 años (24). Se confirmaría entonces la hipótesis de que el coito temprano es el factor de máxima vulnerabilidad del epitelio del cuello uterino que originaría el tumor maligno (25), de manera que la mayoría de los factores de riesgo del carcinoma del

cuello uterino se relaciona íntimamente con el comportamiento sexual.

El riesgo de neoplasia maligna del cuello uterino en fumadoras es de 1.9 a 14.6 veces más alta que en no fumadoras dependiendo del tiempo de duración del hábito y del número de cigarrillos consumidos por día (26), debido a que algún metabolito del cigarrillo disminuiría la capacidad inmunológica del epitelio del cuello uterino o actuaría como un cofactor sinérgico en la transformación maligna del epitelio cervical (27). En mujeres fumadoras se analizó la concentración de nicotina y cotinina en la sangre y mucus en el cuello uterino en pacientes con carcinoma *in situ*: se halló alta concentración de nicotina en el mucus del cuello uterino (28).

Aunque se ha demostrado que carcinógenos como el alcohol provocan una mutación de la proteína p53 previo al cáncer, correlacionada directamente con la dosis de exposición, se considera que el aporte del alcohol como factor asociado con el carcinoma del cuello uterino tiene que ver con los comportamientos sexuales y alteraciones del estado nutricional e inmunológico que se derivan del consumo, más que con efectos celulares concretos.

La determinación de factores de riesgo asociados a la presencia de lesiones preneoplásicas en el presente estudio permite enfatizar en los componentes globales básicos del problema: los comportamientos sexuales fuertemente arraigados en la cultura de la sexualidad femenina actual, la deficiente educación sobre salud sexual y reproductiva y las bajas coberturas de los programas de promoción del cuidado y prevención de la enfermedad adscritos a los servicios de salud.

En Colombia, la población de adolescentes en los últimos veinte años ha sido protagonista del escenario social al aportar las mayores cifras de costos sociales, con fenómenos como el embarazo no deseado, las complicaciones del aborto y el madre-solterismo. Por ejemplo, en el diagnóstico de salud realizado por la Unidad de Salud Santa Cruz de Medellín en el período 1991-1992, el cual se hizo en forma participativa y descentralizada, se perfilaron como problemas prioritarios el embarazo no deseado, la primiadolescencia y el madre-solterismo, los mismos que halló el proyecto *Capacitación para los programas de salud reproductiva, sexualidad y diseño de una propuesta de atención y prevención del maltrato intrafamiliar*, realizado en el Sistema Local de Salud de Santa Cruz, en octubre de 1994, por Londoño (29). Téngase en cuenta que para el año 2000 aproximadamente 1 de cada 5 adolescentes del grupo de entre 14 y 19 años ya había experimentado al menos un embarazo. Lo

preocupante es que este precoz abordaje de la sexualidad no se acompaña en general de una educación y motivaciones sólidas para abordar la práctica de citología vaginal y exámenes rutinarios de control, e incluso en muchas ocasiones las infecciones de transmisión sexual cursan ignoradas hasta estadíos avanzados.

Conclusión

La presencia de lesiones preneoplásicas detectadas en citología vaginal se encuentra asociada a factores susceptibles de intervención, en la medida en que agentes de salud adecuadamente formados asuman procesos intensivos de motivación y educación sexual en los diferentes grupos de mujeres en riesgo. En particular, es importante que los grupos más jóvenes de mujeres adquieran conciencia de los riesgos derivados del comportamiento sexual y asuman en consecuencia el hábito de practicarse rutinariamente la citología vaginal.

Es importante que los encargados de diseñar las políticas educativas y sanitarias se empeñen en insertar en el sistema educativo módulos de formación intensiva en los aspectos básicos de salud sexual y reproductiva, incluso desde los primeros niveles de educación secundaria, es decir: en escolares pre-púberes.

Agradecimientos: A las directivas de la ESE San Vicente del municipio de Saboyá, Boyacá, por el apoyo logístico y a las mujeres que aportaron su tiempo y paciencia para el desarrollo de este estudio.

Referencias

- (1) Delgado C. Papiloma Virus y el Cáncer Cervical. *Acta Cancerol.* 1993;33(3):25-32.
- (2) Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin D. GLOBOCAN 2002: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. In: Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin D, editors. France: International Agency for Research on Cancer; 2004.
- (3) Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2002: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. *Cancer J Clin.* 2005;55:74-108.
- (4) Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin D. GLOBOCAN 2000: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. In: Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin D, editors. France: IARC; 2001.
- (5) Restrepo JH, Mejía A, Valencia M, Tamayo L, Salas W. Accesibilidad a la citología cervical en Medellín, Colombia en 2006. *Rev Esp Salud Pública.* 2007;81(6):657-666.
- (6) Ramírez AJ, Westcombe AM, Burgess CC, Sutton S, Littlejohns P, Richards MA. Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. *Lancet.* 1999; 353(9159):1127-1131.
- (7) Walboomers JMM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV *et al.* Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol.* 1999;189(1):12-19.
- (8) Franco EL, Duarte E, Ferenczy A. Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. *Can Med Assoc J.* 2001;164(7):739-740.
- (9) Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino (ACCP). Planificación y aplicación de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino. Manual para Gestores. Seattle: ACCP; 2006.
- (10) PROFAMILIA. Detección temprana del cáncer de cuello uterino y de mama. Bogotá: PROFAMILIA; 2011.
- (11) Ministerio de Salud de Colombia. Guía para la detección temprana de cáncer de cuello uterino. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia, editor; 2000.
- (12) Ministerio de Salud de Colombia. Guías de práctica clínica en enfermedades neoplásica. 2^a ed. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología; 2001.
- (13) National Institute of Health. Cervical cancer. Consens Statement. 1996;14(1):1-38.
- (14) Muñoz N, Bosch X. Relación causal entre virus del papiloma humano y cáncer cervico-uterino y consecuencias para la prevención. *Bol of Sanit Panam.* 1996;21(6):550-566.
- (15) León DCR, Forero MR. Creencias en salud en mujeres universitarias relacionadas con la toma de citología vaginal. *Rev Col Psicología.* 2004;13:102-112.
- (16) Muñoz N, Franceschi S, Bosetti C, Moreno V, Herrero R, Smith JS *et al.* Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. *Lancet.* 2002;359(9312):1093-1101.
- (17) García G, Pachón JJ, Meneses RS, Zuleta JJ. Cáncer de cuello uterino: experiencia durante un período de seis años en un hospital universitario colombiano. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2007;58(1):21-27.
- (18) Núñez A, Vallejo M, Ramírez M, Escobar G, Gallego P, Vélez C *et al.* Factores asociados con lesiones neoplásicas del tracto genital inferior femenino en adolescentes del departamento de Caldas. Hacia la promoción de la salud. 2008;13:154-177.

- (19) Cruz GL, Diego OB, Pablos MS, De la Torre A, Soto P, Rodríguez B. Incidencia de los factores de riesgo en mujeres cubanas con diagnóstico de lesiones oncológicas de cérvix. Rev Cubana Med [revista en Internet]. 2009 [acceso: 30 oct 2010];48(1)[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232009000100006&lng=es.
- (20) Wiesner C, Cendales R, Murillo R, Piñeros M, Tovar S. Seguimiento de mujeres con anormalidad citológica de cuello uterino, en Colombia. Rev Salud Pública. 2010;12(1):1-13.
- (21) Grisales H, Vanegas ÁP, Gaviria ÁM, Castaño J, Mora MA, Borrero M *et al.* Prevalencia de anormalidades de células epiteliales y factores asociados en mujeres de un municipio rural colombiano. Biomédica. 2008;28(2):181-182.
- (22) Rotkin ID. A comparison review of key epidemiological studies in cervical cancer related to current searches for transmissible agents. Cancer Res. 1973;33(6):1353-1369.
- (23) Martínez FJ. Epidemiología del cáncer del cuello uterino. Medicina Universitaria. 2004;6(22):39-46.
- (24) Shingleton HM, Orr JW. Cancer of the cervix. N Engl J Med. 1996;334(2):546-547.
- (25) Melo A, Montenegro H, Hooper T, Capurro V, Roa JC, Roa E. Human papilloma virus (HPV) typing in preneoplastic and neoplastic lesions of the uterine cervix in the IX region-Chile. Rev Méd Chil. 2003;131(12):1382-1390.
- (26) Greenberg ER, Vessey M, McPherson K, Yeates D. Cigarette smoking and cancer of the uterine cervix. Br J Cancer. 1985;51(1):139-141.
- (27) Spitz MR, Sider JG, Schantz SP, Newell GR. Association between malignancies of the upper aerodigestive tract and uterine cervix. Head Neck. 1992;14(5):347-351.
- (28) McCann MF, Irwin DE, Walton LA, Hulka BS, Morton JL, Axelrad CM. Nicotine and cotinine in the cervical mucus of smokers, passive smokers, and nonsmokers. Cancer Epidemiol Biomar. 1992;1(2):125-129.
- (29) Pulido S, Escobar I, Escobar VM. Maternidad-paternidad como proyecto de vida de los adolescentes. Invest Educ Enferm. 1998;16(2):89-107.

Visão dos profissionais sobre seu trabalho no programa de internação domiciliar interdisciplinar oncológico: uma realidade brasileira

Vision of professionals about your work in interdisciplinary home internation program of cancer: a Brazilian reality

Visión de los profesionales sobre su trabajo en el programa de internación domiciliar interdisciplinaria de cáncer: una realidad de Brasil

ADRIZE RUTZ PORTO*

MAIRA BUSS THOFEHRN**

DAIANE DAL PAI***

SIMONE COELHO AMESTOY***

ISABEL CRISTINA DE OLIVEIRA ARRIEIRA****

LEANDRO RAUBER JONER*****

Resumo

Objetivo: Conhecer a visão dos profissionais sobre o seu trabalho no programa de internação domiciliar interdisciplinar oncológico.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, realizada na região sul do Brasil. O estudo contou com nove participantes, pertencentes à enfermagem, nutrição, medicina, serviço social, teologia, psicologia e administração, englobando nível técnico e superior. Os dados foram coletados, por meio de observação participante e um encontro de grupo focal, sendo tratados por análise temática.

Resultados: Destaca-se que a experiência da equipe com a terminalidade dos pacientes envolve em uma rede solidária de troca de afetos, com ênfase no acolhimento, os quais auxiliam no controle do sofrimento dos profissionais. Os trabalhadores revelam a busca pela formação complementar focada na interdisciplinaridade, frente à restrita abordagem oferecida em seus cursos de formação. Diante dos resultados, salienta-se a necessidade de formar profissionais com uma abordagem interdisciplinar, principalmente, no que se refere aos desafios do cuidado à terminalidade.

Conclusão: A vivência pautada na prática interdisciplinar indica lacunas na formação curricular, evidenciando a necessidade de mudança do paradigma vigente de ensino, para consequentemente, transformar as práticas de cuidado paliativo.

Palavras-chave: Ambiente de Trabalho; Cuidados Paliativos; Oncologia (Fonte: DECS BIREME).

* Enfermeira. Doutoranda de Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul Federal (UFRGS) Pelotas, RS, Brasil. E-mail: adrizeporto@gmail.com

** Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) Pelotas, Rio Grande do Sul. Brasil. E-mail: mairabusst@hotmail.com

*** Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Enfermagem da Universidade de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: daiadalpai@yahoo.com.br

**** Enfermeira. Doutoranda de Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) Pelotas, RS, Brasil. E-mail: simoneamestoy@hotmail.com

***** Doutorando de Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Católica de Pelotas (UCPel) Pelotas, RS, Brasil. E-mail: isa_arrieira@hotmail.com

***** Acadêmico do 8º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) Pelotas, RS, Brasil. Bolsista Iniciação Científica PIBic/CNPq. E-mail: canigia.joner@hotmail.com

Abstract

Objective: To know views of professionals about their work in Interdisciplinary Home Hospitalization Program of Cancer.

Methodology: This is a descriptive, qualitative approach, carried out in southern Brazil. The study included nine participants, belonging to nursing, nutrition, medicine, social work, theology, psychology and administration, encompassing technical and higher level. Data were collected through a participant observation y a focus group meeting, being treated by the thematic analysis.

Results: It is noteworthy that the team's experience with terminal patients to engage in solidarity networks for the exchange of affection, with emphasis on the host, which helped control the suffering of professionals. The workers revealed the search for additional training focused on interdisciplinarity, opposite the restricted approach offered in their undergraduate programs.

Conclusion: Therefore, the results highlighted the need to train professionals with an interdisciplinary approach, especially, with regard to the challenges of terminal care.

Key words: Working Environment; Palliative Care; Medical Oncology (Source: DECS BIREME).

Resumen

Objetivo: Conocer las opiniones de los profesionales acerca de su trabajo en el Programa Interdisciplinario de Hospitalización a Domicilio del Cáncer.

Metodología: Éste es un enfoque cualitativo y descriptivo, realizado en el sur de Brasil. El estudio incluyó nueve participantes pertenecientes a la enfermería, nutrición, medicina, trabajo social, teología, psicología y administración, que abarcan el nivel técnico y superior. Los datos fueron recolectados a través de observación participante y una reunión del grupo de enfoque, siendo tratada por el análisis temático.

Resultados: Es de destacar que la experiencia del equipo con los pacientes terminales a participar en una red de solidaridad para el intercambio de afecto, con énfasis en la acogida, ayudaron a controlar el sufrimiento de los profesionales. Los trabajadores revelaron la búsqueda de la capacitación adicional centrada en la interdisciplinariedad, frente al enfoque restrictivo que se ofrece en los programas de pregrado. Los resultados demostraron que es notable la necesidad de formar profesionales con un enfoque interdisciplinario, especialmente, con respecto a los desafíos de la atención a enfermos terminales.

Conclusión: La vivencia, a través de la práctica interdisciplinaria, indica que existen lagunas en la formación curricular, mostrando la necesidad de cambio del paradigma vigente en la enseñanza, con el objetivo de transformar las prácticas de cuidado paliativo.

Palabras clave: Ambiente de Trabajo; Cuidados Paliativos; Oncología Médica (Fuente: DECS BIREME).

Introdução

A formação de profissionais de saúde, desde o início do século XX, tem sido orientada pelo modelo tecnicista e biologicista, conservando estreita relação com o modo de atenção à saúde vigente, o qual pretende oferecer à população uma maior quantidade possível de serviços de saúde, centrada na consulta médica, voltada a tratar as enfermidades por meio da fragmentação de ações focadas, exclusivamente, na clínica tradicional e com a intermediação crescente de tecnologias (1). Considerando o contexto contemporâneo de crescimento progressivo das doenças crônicas degenerativas, a saúde deve se constituir de fenômenos complementares entre si, com o reconhecimento das inter-relações de competências profissionais, significando, assim, um avanço na compreensão das complexas necessidades de saúde da população. De tal modo, a transcendência dos limites disciplinares do conhecimento é condição fundamental ao olhar abrangente da prática interdisciplinar sobre o campo da saúde (2).

A interdisciplinaridade é entendida como uma necessidade intrínseca para referenciar as práticas em saúde. Por intermédio da integração de saberes, possibilita a diversidade de olhares, permite o reconhecimento da complexidade dos fenômenos e reforça a necessidade de coerência na materialização da visão integral sobre o ser humano com carências de saúde (3). Desse modo, tem sido um grande desafio para a formação curricular de profissionais preparados para atuar com base no “conceito de saúde ampliado, com habilidade e competência necessárias, com espírito crítico e autonomia, que analise a realidade social, compreenda o processo saúde-doença, conheça as políticas de saúde brasileiras e o Sistema Único de Saúde (SUS)” (4).

No campo da saúde, é indispensável que a produção de conhecimento, a formação profissional e a prestação de serviços sejam tomadas como elementos indissociáveis ao almejar-se uma nova prática (5). Frente a isso, o Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) oncológico, que presta cuidados paliativos às pessoas em estado terminal, pode ser considerado um espaço privilegiado e orientado para a construção de estratégias promotoras da formação permanente dos trabalhadores da área da saúde e das humanas, com o intuito de suscitar o protagonismo da equipe, na busca por práticas inovadoras nos diferentes cenários que envolvem a prestação do cuidado na saúde (6).

A necessidade da prática interdisciplinar, como estratégia no campo da saúde, justifica-se pela potencialidade da mesma em proporcionar a troca de informações e de

críticas entre os profissionais da saúde e das humanas, ampliar a formação geral dos especialistas e questionar a possível acomodação dos profissionais com a assistência oferecida. Além disso, a interdisciplinaridade se coloca como um desafio face às demandas relacionadas às doenças crônicas e progressivas, como o câncer de pessoas que estão na finitude da vida. Dessa forma, este estudo busca contribuir com reflexões sobre a interdisciplinaridade na concepção e na prática do cuidado paliativo, e em consequência disso, sensibilizar os profissionais para as dificuldades e as insuficiências presentes no pensamento reducionista e simplificado, mostrando a necessidade de um pensar complexo, que implique em reorientação dos pressupostos que regem as práticas de saúde, resgatando valores interdisciplinares para cuidar das pessoas que vivenciam o processo de terminalidade.

Objetivo

Conhecer a visão dos profissionais sobre o seu trabalho no PIDI oncológico.

Metodologia

Este é um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em um PIDI oncológico, de um município localizado no Rio Grande do Sul, Brasil. O estudo contou com nove participantes, pertencentes à enfermagem, nutrição, medicina, serviço social, teologia, psicologia e administração, englobando nível técnico e superior.

O PIDI junto ao qual a investigação foi realizada, acompanha em domicílio indivíduos e suas famílias acometidos pelo câncer. Desde 2005, essa equipe presta cuidados aos pacientes internados em seus domicílios, duas vezes ao dia. A equipe de referência, formada por médico, enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, conta também com uma equipe de apoio, ou matricial formada por: nutricionista, médico coordenador da equipe, médico cirurgião, assistente social e teólogo. O PIDI possui ainda, em sua sede, um auxiliar administrativo, além de acadêmicos, como pós-graduanda de psicologia, e residentes de diferentes áreas da saúde, os quais atuam junto à equipe, conforme a disponibilidade do transporte (6).

A coleta de dados ocorreu em junho de 2009, por meio da técnica de observação participante, realizada durante 12 manhãs, em horário regular de trabalho da equipe, totalizando 50 horas, das quais os fatos relevantes foram registrados em diário de campo. Fez-se ainda um encontro de grupo focal na sede do PIDI, com duração de 50 minutos, o qual contou com um observador não participante e uma moderadora da discussão do grupo sobre

as pautas: atuação da equipe com cuidados paliativos, terminalidade dos pacientes e prática interdisciplinar. As discussões originadas no grupo focal foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas.

Para encerramento da coleta de dados, utilizou-se o critério de saturação teórica e empírica. A saturação dos dados foi atingida com o escasseamento de novos tipos de enunciados pelo adensamento teórico possível, com base nos dados empíricos disponíveis e nos atributos analíticos e interpretativos dos pesquisadores, não se obtendo, na interação entre o investigador e o campo de pesquisa, mais elementos para aprofundar a teorização (7). Os dados obtidos com a coleta começaram a apresentar muitas informações repetidas e, assim, considerou-se que foi alcançado o objetivo do estudo.

Para o tratamento dos dados, oriundos das observações e do grupo focal, optou-se pela análise temática, que consistiu em: pré-análise do material, por intermédio de uma leitura exaustiva do conteúdo; exploração do material, permitindo realizar a codificação, a descrição do conteúdo da mensagem e a classificação em categorias teóricas responsáveis pelas especificações dos temas; e por fim, a interpretação dos resultados, em torno das dimensões teóricas do estudo (8). Emergiram da análise dos dados, as categorias teóricas que representaram os desafios da equipe em relação ao seu trabalho no PIDI, especificando os seguintes temas: (a) Cuidados paliativos oncológicos: vivências da equipe interdisciplinar no trabalho com a terminalidade e morte dos pacientes; (b) A formação permanente aprimorando o trabalho da equipe para o projeto interdisciplinar.

O estudo teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas/RS (UFPel), pelo protocolo n.º 16/2009. Foram respeitados os preceitos éticos exigidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (9). Todos os profissionais da equipe aceitaram participar da investigação, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, estando dessa forma cientes da garantia do anonimato dos sujeitos pela sua identificação com vocábulos abstratos na divulgação dos resultados.

Resultados e Discussão

As discussões propostas pelo grupo focal instigaram os profissionais a refletirem sobre o seu preparo para atuar diante da terminalidade dos pacientes e de um projeto de atuação interdisciplinar. Essas experiências da equipe do PIDI, associados às observações participantes, encontram-se descritas nos tópicos a seguir:

Cuidados paliativos oncológicos: vivências da equipe interdisciplinar no trabalho com a terminalidade e morte dos pacientes

A atuação com cuidados paliativos oncológicos propicia o desgaste psíquico e físico de profissionais, por tratarse de uma atividade marcada por múltiplas exigências: lidar com a dor, o sofrimento, a terminalidade e a morte. No exercício de suas funções, os profissionais lidam com altos níveis de envolvimento emocional (10) e a exigência de habilidades específicas para conduzir os cuidados às necessidades atreladas à perda, como pode ser visto a seguir:

Muitas vezes, ficamos em situações terríveis, que não vamos mais esquecer. Vi um paciente muito emagrecido, todo fraturado por metástase óssea, em estado terminal. Na véspera do paciente morrer, fomos à casa dele. A conversa, a caridade, a maneira com que a médica falou com aquela futura viúva, me impressionou. Nunca mais vou esquecer o que eu a ouvi falar sobre o luto e morte, da maneira com que ela conduziu [Caridade].

Nessa situação, o doente parece também despertar a piedade de um trabalhador, sendo valorizadas algumas características que os profissionais devem possuir para terem condições de prestar atendimento humano em saúde como, por exemplo, espírito de caridade (11). Na modalidade de cuidados paliativos, a equipe enfrenta diariamente dificuldades em aliviar os sintomas e os sofrimentos dos pacientes, até a morte deles.

Foi possível observar que se tornam marcantes aos profissionais aquelas mortes envolvendo pacientes jovens ou quando a equipe mantém forte vínculo (12). Outros profissionais expressam suas fragilidades diante da prestação dos cuidados paliativos:

O PIDI e os pacientes vêm responder nossas necessidades. Sinto-me impotente, às vezes, porque o PIDI faz todo um tratamento aos pacientes que cuidamos tão bem até ali, para acabarem morrendo no hospital ou em casa quando a família não tem preparo emocional para essa morte. Existe a frustração nossa quando o paciente vai para o Pronto Socorro ou volta para o hospital, onde não tem todo o cuidado que nós investimos [Símpatia]. [...] por mais que eu já trabalhei com tudo, eu já vi muito sofrimento, nos sentimos impotentes perante a situação [Sinceridade].

Se a ocorrência da morte for vista como fracasso, o trabalho da equipe de saúde pode ser percebido como frustrante, desmotivador e sem significado. Não conseguir

evitar a morte ou aliviar o sofrimento pode trazer ao profissional a vivência de sua própria morte ou finitude, o que, às vezes, é extremamente doloroso (12). Em um estudo, o lidar com a morte do paciente para a equipe interdisciplinar de cuidados paliativos oncológicos na internação domiciliar, implicou, sobretudo, lidar com a própria finitude dos profissionais e a de seus entes queridos, permitindo que refletissem sobre essas possibilidades (13).

Esse princípio de realidade adentra e fere o psiquismo humano, fazendo com que as pessoas tenham o sentimento de impotência e de desvalorização, o que leva alguns profissionais pouco resistentes a degenerar-se rapidamente (10). Neste sentido, uma profissional aponta a importância da equipe no cotidiano laboral com cuidados paliativos:

Retroalimentamo-nos, tem dias que tu não estás com a bola tão cheia, mas daí tu conversa com o colega. O fato de trabalhar com paciente em fase terminal e ele, muitas vezes, nos questiona: Porque estou assim? Aonde vou chegar? Às vezes, parece que tu não estás ajudando em nada, nos traz algumas reflexões, mas o fato de aguentarmos [...] é porque a equipe se autoajuda [Solidariedade].

Observou-se que a vivência da terminalidade do paciente exige do profissional resiliência, como uma forma adaptativa para superar as adversidades encontradas, tanto do ponto de vista biológico como psicológico (14). Além disso, reforça que o trabalhador busca aprender a lidar com o sofrimento inerente aos cuidados paliativos de forma solidária na equipe, ou seja, criando condições para que se possa falar dele quando ocorrer.

A presença do diálogo no grupo cria um clima fraterno de troca de opiniões, inclusive críticas associadas à objetividade nas reuniões, o que exige um aprendizado de todas as partes e é a primeira tarefa de qualquer equipe (15). Nessa perspectiva, parece que o grupo busca mediar suas diversidades pessoais, sendo provenientes das múltiplas áreas profissionais, durante os encontros para a discussão de casos:

Conflito eu nunca senti no PIDI, nunca tive conflito com nenhum outro profissional, muito pelo contrário, sempre conversamos, alguém tem uma opinião nos rounds, percebo isso, a diversidade de opiniões, de condutas, mas sempre se chega em um denominador comum, nunca vi assim conflito de ideias, de conduta, de interesses, não existem diferentes linhas de conduta, por exemplo: a coordenadora orienta quem sabe entra-

mos com tal medicação, quem sabe vamos dar alta para tal paciente, quem sabe o serviço social dá palpite, está em um momento de darmos alta, não vamos dar ou o paciente está pedindo para ir? A discussão é sempre feita nos rounds, então o conflito pode querer existir, mas ele termina no diálogo, na discussão, eu percebo isso [Caridade]. Toda equipe tem problemas, os profissionais puxam muito para a sua área, mas esse não é o caso do PIDI. No PIDI existe muito mais harmonia do que conflito, e parecem conseguir resolver seus conflitos [Alegria].

O lidar com diferenças, com conflitos, com afetos e poderes na equipe é um aprendizado coletivo (15). Nesse processo de aprendizado, os profissionais encontram satisfação decorrente do apoio intrínseco da própria equipe, com colegas e também, por meio dos pacientes, apesar da dificuldade de atuar com a terminalidade destes:

Nós temos dificuldade no PIDI em trabalhar a espiritualidade, estamos aprendendo juntos é assim que nos ajudamos. São muito mais as palavras que as pessoas precisam [Solidariedade].

Os conflitos são inerentes à vida organizacional e “significam a existência de dinamismo, emoções, sentimentos e forças, que pode contrapor-se, num primeiro momento, ao espírito de equipe, mas tem como fator positivo a promoção da inovação” e da mudança no ambiente de trabalho (16). Apesar da diversidade de opiniões profissionais serem saudáveis, é comum ocorrer discordâncias, que se tratadas com espírito de amizade e de cooperação, podem ajudar as pessoas a ajustar as diferenças e fomentar a criatividade ou a inovação (17).

Algumas características dos relacionamentos entre os profissionais na equipe são expressas nos seguintes depoimentos:

No PIDI existe a amizade dentro e fora dele [Felicidade]. Existe uma harmonia crescente entre os membros da equipe, com troca de informações não só técnicas como humanas [Símpatia].

A amizade significa respeito e interesse pela opinião dos outros, independe da intimidade, sendo uma forma de conquistar a adesão das pessoas, sem precisar utilizar a coerção e o mando para influenciá-las (18). Esses profissionais lidam diretamente com a terminalidade do usuário e com os significados de morte, e buscam o apoio nos colegas de equipe, por meio de um relacionamento afetuoso. Portanto, acredita-se que esse tipo de relacionamento possui valor terapêutico em si, mantém e restaura o equilíbrio, o bem-estar e a autoconfiança:

Trabalhamos e temos prazer de trabalhar, porque a equipe se autoajuda [Solidariedade].

Como visto na fala do profissional, o trabalho pode também trazer elementos de satisfação e bem-estar pela atuação em conjunto, principalmente, diante do relacionamento do grupo e da escuta que recebem. Esses aspectos envolvem a humanização no trabalho, isto é, a valorização do profissional e o reconhecimento do seu “eu” (18), como pode ser identificado nas seguintes expressões dos participantes:

[...] aqui é o meu lugar, já arrumei o meu espaço, aqui me sinto em casa. Sinto-me muito bem aqui, acolhida por todos, faz parte de mim o PIDI [Caridade]. Percebo que sou acolhido e que tenho esse espaço e importância na equipe [Esperança]. Acho que a coordenadora é coordenadora-líder, ela sempre ouviu, foi aberta. Eu acho que esse sentimento é importante na equipe. [...] Senti-me acolhida pelo grupo. [...] Acho que temos aqui uma escuta [Resgate].

Vê-se, deste modo, que os profissionais utilizam o acolhimento como conduto de apoio às necessidades humanas, diante dos desafios do trabalho com a terminalidade. O acolhimento, como recepção, escuta, responsabilizações, compartilhamento de saberes, emprega a harmonia no trabalho, proporciona um clima de compreensão e de entusiasmo pelo trabalho, de respeito e de afeto mútuos, auxiliando no controle do sofrimento e na satisfação pela atuação em conjunto (19).

A formação permanente aprimorando o trabalho da equipe para o projeto interdisciplinar

A reflexão dos profissionais acerca do preparo para atuação interdisciplinar no PIDI, os levou à constatação de que essa foi uma competência adquirida sem as bases da formação curricular:

Eu não vi isso, trabalho em equipe interdisciplinar [na graduação] [Vocação]. Nem eu [vi isso na graduação] [Solidariedade]. Temos a dificuldade de trabalho em equipe, desde a época de escola em que o trabalho em grupo, era dois faziam e outro assinava [Esperança].

Como pode ser entendida nas expressões dos participantes, a formação acadêmica e técnica e o ensino médio não garantiu para essa equipe uma aprendizagem, com vistas à prática interdisciplinar, o que, consequentemente, poderia limitar a inserção da equipe nessa modalidade de atuação. Nessa perspectiva, deve-se considerar que a formação dos profissionais de saúde nas instituições

universitárias, ainda está marcada pelo paradigma médico-biológico, o que, frequentemente, não os têm preparado para o trabalho interdisciplinar (20), nem na formação técnica e nos ensinos médio e fundamental. Isso pode ser notado no relato de uma profissional:

Viemos de uma cultura baseada no modelo médico, muito forte, e chegamos aqui no PIDI, mesmo como uma equipe de apoio, nos sentimos com um lugar. Acho isso importante e que aqui funciona de uma maneira que eu não vi em nenhum outro lugar [Resgate].

Embora nas políticas de saúde seja imprescindível essa mudança e “obrigatório o comprometimento das instituições formadoras desde a educação fundamental, com o SUS” (21), ainda não se trata de uma realidade praticada. Frente a essa lacuna, alguns profissionais referem buscar subsídios em cursos de pós-graduações para constituir de fato, a prática interdisciplinar da equipe:

O mestrado voltado a estes aspectos tem me dado grande conhecimento para dar seguimento às práticas [...], resultando assim, na maior satisfação dos nossos usuários [Vocação]. No segundo ano, no PIDI, entrei para o curso de especialização de Humanização e Gestão do SUS [quando houve contato com a temática] [Solidariedade].

Além de alguns profissionais buscarem auxílio em pós-graduações para atuação interdisciplinar, observa-se que a equipe elabora eventos anuais para discutirem a temática junto aos especialistas no assunto, trazendo o aprimoramento também para os membros da equipe com formação técnica e ensino médio. Assim, a formação para a área da saúde deve ter como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estruturando-se a partir da problematização do processo de trabalho a sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas (21).

Outro aspecto relevante para a aprendizagem da prática interdisciplinar, neste Programa, é a incorporação de multiprofissionais residentes em oncologia, bem como de profissionais voluntários na equipe matricial, o que significa “favorecer essa aprendizagem, abrindo espaços que permitam a participação dos residentes e profissionais voluntários no processo decisório das equipes interdisciplinares” (22).

Desse modo, a criação da residência multiprofissional, em março de 2010, devido à necessidade de aprimoramento profissional em oncologia, nesta região do Brasil, contribui para fortalecer a interdisciplinaridade, visto

que a multiprofissionalidade tão própria da área de saúde, demanda novas formas de vivência e de convivência entre os saberes e profissionais (23). Nessa visão, o PIDI possui algumas potencialidades, as quais foram mencionadas no grupo, ressaltando o enfoque interdisciplinar na oncologia:

A residência multiprofissional conta com nutrição, enfermagem, odontologia e psicologia, tem discussão de casos clínicos-rounds [...] toda equipe debate sobre as necessidades de um único paciente [Caridade]. Essa residência vai crescer muito [...] só precisa costurar essas relações [Vocação].

Sobre a menção às relações a serem traçadas com a participação da residência com as práticas da equipe do PIDI, acredita-se que a atuação profissional pautada no conhecimento científico e no interesse em proporcionar melhorias ao cuidado à terminalidade, permite a respeitabilidade mútua entre os profissionais, apesar das diferenças, e a confiabilidade, gerando um trabalho interdisciplinar eficaz, ao mesmo tempo em que compartilha responsabilidades, deveres e direitos. Com vistas a atingir essa congruência de saberes profissionais na equipe, os cursos de especialização e residências em saúde de caráter multiprofissional têm sido estimulados pelo Ministério da Saúde (MS), preconizando o cuidado integral e implicando em mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde para horizontais, de maneira que se constituam equipes interdisciplinares, além de melhorar a relação entre profissionais e usuários, para que se desenvolva realmente a autonomia dos usuários (24).

Além disso, a equipe do PIDI referiu estar engajada na construção do conhecimento para uma atuação interdisciplinar, por meio de eventos científicos e projetos de pesquisa e extensão:

A construção do conhecimento através dos nossos seminários tem sido fundamental para que possamos extrapolar o conhecimento na área de cuidados paliativos e internação domiciliar. [...] O PIDI favorece a produção científica [Vocação]. Eu cada vez mais me envolvo no PIDI, produzo trabalhos científicos, projeto de pesquisa. [...] A interdisciplinaridade favorece a produção científica [Caridade].

De tal modo, a interdisciplinaridade tem sido reconhecida como uma nova atitude frente ao conhecimento, na busca do sentido do saber, procurando superar a insatisfação que a fragmentação cria ao isolar as diversas especializações profissionais. Igualmente, o discurso de um trabalhador mostra a relevância das práticas de cuidado

interdisciplinar, para ultrapassar a hegemonia do modelo hospitalocêntrico:

É importante [divulgar as nossas práticas], quero transmitir aos outros que visitando o paciente em seu domicílio você pode avaliar a realidade dele e as condições de cuidados, [além de dar] o auxílio na assistência e aos cuidadores [Resgate].

No depoimento, a profissional destaca a amplitude de cuidados em saúde que podem ser proporcionados e avaliados no domicílio do paciente, onde é possível dialogar além das necessidades físicas, psíquicas e emocionais, dimensões mais globais, como as sociais, espirituais, econômicas, de apoio familiar ao indivíduo doente e também de assistência e corresponsabilização do cuidador. Nesta ótica, percebe-se o PIDI como um espaço coletivo de formação para a interdisciplinaridade, visão integral dos pacientes, das ações e integração de todos os envolvidos, o que impulsiona a reflexão crítica, a expressão da subjetividade e a construção de atores sociais (25).

Por tanto, para que essa mudança de modelo de atuação e de ensino aconteça, não basta estar presente na formação profissional, mas também na educação permanente dos trabalhadores de saúde, devendo propiciar a superação de limites da formação e das práticas clínicas tradicionais, pela busca de vínculo, responsabilização, integralidade da atenção, clínica ampliada, conhecimento sobre a realidade, trabalho em equipe interdisciplinar e intersetorialidade (5).

Conclusão

Na experiência da equipe do PIDI, frente à terminalidade de seus pacientes, destaca-se o diálogo entre profissionais para a superação do sofrimento cotidiano ao lidar com os sintomas do câncer e a morte dos pacientes. Além da escuta para a atenuação de conflitos de opiniões e condutas, é visto o clima de acolhimento, de trocas de respeito e de afeto mútuos, auxiliando-os no controle do sofrimento e na satisfação pela atuação em conjunto.

Já a vivência pautada na prática interdisciplinar, indica lacunas na formação curricular, evidenciando a necessidade de mudança do paradigma vigente de ensino, para consequentemente, transformar as práticas de cuidado paliativo. Com o intuito de superar essa restrita abordagem sobre a atuação interdisciplinar na formação, os profissionais desse Programa demonstram proatividade na busca de aperfeiçoamento contínuo, por meio de cursos de pós-graduação, organização de eventos anuais, produção científica, projetos de pesquisa e extensão,

contando com a inserção de voluntários, de acadêmicos e de residentes multiprofissionais no serviço.

Diante do exposto, cabe ressaltar a importância de se estimular a educação permanente das equipes, possibilitando a articulação e o diálogo entre atores e saberes da clínica, da saúde coletiva e da gestão, a partir das necessidades locais da comunidade. Igualmente, com vistas ao aprimoramento dos profissionais para o trabalho na modalidade interdisciplinar dos cuidados paliativos.

Os limites do estudo consistem em se tratar da experiência, embora relevante, de apenas uma equipe, cuja prática interdisciplinar pode ser facilitada pela união da filosofia dos cuidados paliativos. Ambas as características da equipe, sendo desafios e itens poucas vezes abordados na formação curricular, levam em parte, à promoção da solidariedade e da relação afetuosa na equipe, como meio de crescimento e de superação do grupo, diante do sofrimento frente à morte e à terminalidade dos pacientes, que requerem multiprofissionais interagindo e atuando integrados, para tratar dos diversos sintomas oncológicos que os pacientes apresentam.

Acredita-se que o estudo é significativo para o conhecimento científico do cuidado ao ser humano, sendo esse que une os trabalhadores em torno de um mesmo objetivo, a partir de diversos enfoques das diferentes áreas profissionais-saúde e humanas, ampliando a concepção desses em relação ao processo saúde e doença.

Referências

- (1) Vilela EM, Mendes IJM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Rev Latinoam Enferm.* 2003;11(4):525-531.
- (2) Maheu CA. Interdisciplinaridade e mediação pedagógica. *Rev FAEEBA: Educação e Contemporaneidade.* 2002;1(3):143-158.
- (3) Mendes JMR, Lewgoy AMB, Silveira EC. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. *Rev Ciênc Saúde.* 2008;1:24-32.
- (4) Gattás MLB, Fuggerato ARF. Interdisciplinaridade: uma contextualização. *Acta Paul. Enferm.* 2006;19(3):322-327.
- (5) Feuerwerker LCM. Educação dos profissionais de Saúde hoje-problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Revista ABENO.* 2004;3(1):24-27.
- (6) Arrieira ICO, Thofehrn MB, Fripp JC, Duval P, Valadão M, Amestoy SC. Programa de Internação Domiciliar

- Interdisciplinar Oncológico: metodologia de trabalho. Cienc Cuid Saúde. 2009;8(Suppl):104-109.
- (7) Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad Saúde Pública. 2011;27(2):389-394.
 - (8) Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12^a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
 - (9) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012, diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 2012.
 - (10) Arrieira ICO, Thofehrn MB, Porto AR, Palma JS, Fripp JC. A saúde mental da equipe interdisciplinar do programa de internação domiciliar interdisciplinar (PIDI) oncológico. Em: Seminário de avaliação em atenção psicossocial, 2008, Pelotas. Anais do Seminário de Avaliação em Atenção Psicossocial. Pelotas: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia; 2008.
 - (11) Casate JC, Correa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Rev Latinoam Enferm. 2005;13(1):105-111.
 - (12) Kovács MJ. Cuidando do Cuidador Profissional. Em: Oliveira RA. Cuidados Paliativos. São Paulo: CREMESP; 2008. pp. 91-101.
 - (13) Rodrigues IG, Zago MMF. A morte e o morrer: maior desafio de uma equipe cuidados paliativos. Cienc Cuid Saúde. 2012;11(Suppl):31-38.
 - (14) Yunes MAM. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família Psicol Estud. 2003;8:75-84.
 - (15) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular [documento em Internet]. 2^a ed. Brasília: 2007 [acesso: 11 abr 2012]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf
 - (16) Thofehrn MB. Vínculos profissionais: uma proposta para o trabalho em equipe na enfermagem. 2005 [tese de doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
 - (17) Weiss DH. Como resolver (ou evitar) conflitos no trabalho. São Paulo: Nobel; 2001.
 - (18) Cecagno D, Gallo CMC, Cecagno S, Siqueira HCH. Qualidade de vida e o trabalho sob a ótica do enfermeiro. Cogitare Enferm. 2002;7(2):54-59.
 - (19) Moscovici F. O mistério dos grupos. Em: A organização por traz do espelho: reflexos e reflexões. Rio de Janeiro: José Olympio; 2004. pp.101-128.
 - (20) Schneider JF, Souza JP, Nasi C, Camatta MW, Machineski GG. Concepção de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. Rev Gaúcha Enferm. 2009;30(3):397-405.
 - (21) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Aprender sus: o sus e os cursos de graduação na área da saúde. Brasília: MS; 2004.
 - (22) Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. Rev Saúde Coletiva. 2004;14(1):41-65.
 - (23) Roquete FF et al. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde coletiva. R Enferm Cent O Min. 2012;2(3):463-474.
 - (24) Piancastelli CH et al. Saúde da Família e desenvolvimento de recursos humanos. Divulgação em Saúde para Debate. 2000;21:44-48.
 - (25) Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciênc Saúde Coletiva. 2000;5(2):219-230.

Calidad del transporte neonatal en el Valle del Cauca: un reto para la salud

Quality of neonatal transport in the Valle del Cauca: a challenge for health

Qualidade do transporte neonatal no Valle del Cauca: um desafio para a saúde

LUIS ALEXANDER LOVERA MONTILLA*

Resumen

Introducción: El transporte neonatal es un procedimiento que involucra la exposición al riesgo dependiendo de la complejidad de la patología y de la calidad con que se efectúe. Este estudio pretende evaluar la seguridad en el transporte a recién nacidos que ingresan a una unidad neonatal como un atributo de calidad.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo transversal que utilizó un muestreo por conveniencia. La representatividad se determinó de manera subjetiva evaluando el proceso de transporte, recursos humanos, recursos técnicos e insumos. La información se obtuvo de dos fuentes: a) Encuesta aplicada a los pediatras asistenciales de la unidad neonatal para conocer su percepción sobre la seguridad del transporte; b) Instrumento aplicado al personal profesional y técnico que acompañó 118 transportes.

Resultados: De los 118 transportes, el 46% fue realizado por paramédicos; el 76%, en Unidades de Transporte Asistencial Básico (tab), sólo el 33% del personal responsable de la atención del recién nacido tiene entrenamiento neonatal; el 82% de estos transportes no llevó registro de signos vitales, ni de otras variables fisiológicas requeridas para valorar el estado clínico del neonato durante el traslado; el 76% no verificó la lista de chequeo de insumos y de materiales previo a cada remisión desconociendo su importancia. Por consiguiente, se incrementó el riesgo en la atención, impactando negativamente la calidad del procedimiento.

Discusión y Conclusiones: Las instituciones de salud que ofrecen transporte neonatal deben garantizar que todos los neonatos que requieran el servicio lo obtengan en condiciones de calidad y equidad, que minimicen los factores de riesgo y posibiliten la supervivencia en las instituciones receptoras.

Palabras Clave: Calidad de la Atención de Salud; Seguridad; Recién Nacido; Transferencia de Pacientes (Fuente: DECS BIREME).

Abstract

Introduction: Neonatal transport is a procedure that involves the exposure to risk depending on the complexity of the pathology and on the quality of its prosecution. This study pretends to evaluate the transport safety of newborn babies who get into a neonatal unit as a quality attribute.

Material and Methods: Descriptive transversal study in which a sampling for convenience was used: the representativeness was determined in a subjective way by evaluating the transport process, human resource, technical resources and inputs. The information was obtained from two sources: a) A survey administered to the assistance pediatricians in the neonatal unit to acknowledge their perception about the transport safety; b) An instrument applied to the professional and technical staff that joined 118 transports.

Results: Out of the 118 transports, 46% were made by paramedics; 76% in Basic Assistance Transport Units (bat); just 33% of the staff responsible of the assistance of the newborns have neonatal training; 82% of these transports neither kept vital signs record, nor other physiological variables required to diagnose the clinic condition of the neonate during the transfer; 76% did not verify the inputs and materials check list

* Enfermero, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Enfermería Neonatal, Magíster en Administración en Salud Universidad del Valle. Profesor Auxiliar Escuela de Enfermería, Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia. E-mail: luis.alexander.lovera@correounivalle.edu.co

prior to each remission ignoring its importance. Accordingly, the risk on attention increases, impacting the quality of the procedure in a negative way.

Discussion and Conclusions: Health institutions that offer neonatal transport should guarantee all the neonates who require the service to obtain it in conditions of quality and equity that minimize the risk factors and enable survival in the receptacle institutions.

Key words: Quality of Healthcare; Safety; Newborn; Patient Transfer (Source: DECS BIREME).

Resumo

Introdução: O transporte neonatal é um procedimento que envolve exposição ao risco dependendo da complexidade da patologia e qualidade com que pode realizar-se. Este estudo tem como objetivo avaliar a segurança no transporte aos recém-nascidos admitidos em uma unidade neonatal como um atributo de qualidade.

Materiais e Métodos: Estudo transversal descritivo, que utilizou uma amostragem de conveniência. A representatividade foi determinada subjetivamente avaliando o processo de transporte, recurso humano, recursos técnicos e insumos. As informações foram obtidas a partir de duas fontes: a) Levantamento aplicada aos pediatras assistenciais da unidade neonatal para conhecer sua percepção da segurança do transporte, b) Instrumento aplicado a profissionais e técnicos que acompanharam 118 transportes.

Resultados: Dos 118 transportes, 46% foram realizados por paramédicos; 76% nas Unidades de Transporte Assistencial Básico (tab), só o 33% do pessoal responsável do atendimento do recém-nascido tem formação neonatal; o 82% destes transportes não levaram registro de sinais vitais, ou outras variáveis fisiológicas necessárias para avaliar o estado clínico do recém-nascido durante o transporte; o 76% não verificaram o checklist de suprimentos e de materiais antes de cada remissão ignorando a sua importância. Portanto o risco aumenta no atendimento, o que influenciam negativamente a qualidade do processo.

Discussão e Conclusões: Unidades de saúde que oferecem transporte neonatal deve garantir que todos os neonatos que precisam de serviço, o obtenham em condições de qualidade e equidade que reduzam os fatores do risco e permitam a sobrevivência das instituições beneficiárias.

Palavras-chave: Qualidade da Assistência à Saúde; Segurança; Recém-Nascido; Transferência de Pacientes (Fonte: DECS BIREME).

Introducción

El transporte neonatal es visto como un procedimiento mediante el cual un paciente es trasladado desde un

nivel de atención a otro o incluso dentro del interior de la institución; involucra una exposición al riesgo que puede ser mayor o menor, dependiendo de la complejidad de la patología. Se ha demostrado por ejemplo que la mortalidad se ha disminuido en ciertas patologías como la gastosquisis y el onfalocele, cuando los niños nacen directamente en una institución nivel III en comparación con aquellas que necesitan una remisión (1).

El transporte neonatal es parte integral de los programas de regionalización, cuyo objetivo principal es la disminución de la morbilidad-mortalidad perinatal. Las gestaciones de riesgo perinatal y los partos que de ellas derivan deben ser atendidos en hospitales que dispongan de unidades de neonatología. En condiciones ideales, todo recién nacido de alto riesgo debería nacer en un hospital que le asegure todos los medios para una adecuada atención. El transporte ideal del neonato es *in utero*. Sin embargo, un porcentaje importante de neonatos presenta morbilidad que requiere atención especializada o que no es detectada previamente a pesar de una adecuada atención prenatal. En estos casos, el sistema de transporte neonatal es un componente fundamental en la sobrevida del recién nacido y parte importante del cuidado del neonato, en donde la presencia de un sistema regional de transporte bien organizado incorpore cinco etapas: activación, estabilización del recién nacido, traslado, transferencia y retorno del personal al sitio emisor con los respectivos conceptos, esto, en miras de permitir disminuir el riesgo (2, 3, 4).

Igualmente, la seguridad de los pacientes está íntimamente relacionada con la presencia o ausencia de errores del equipo de salud que pueden deberse a factores institucionales, académicos, humanos o gubernamentales, desencadenando resultados indeseables que pueden ir desde el simple incidente hasta la muerte. De igual modo, plantean la imperiosa necesidad a las instituciones prestadoras de salud de implementar prácticas seguras y estrategias de mejoramiento continuo de los factores humanos que permitan una mayor seguridad clínica del paciente (5, 6).

El Hospital Universitario del Valle es el centro de referencia por excelencia de alto nivel de complejidad de atención a la población procedente de Cali, Valle del Cauca y del suroccidente colombiano, y es la unidad de cuidados intensivos neonatales de esta institución (CIRENA) el servicio donde confluyen los neonatos que tienen un alto riesgo de mortalidad.

A pesar de los esfuerzos de ampliación de cobertura en el sistema de seguridad social en salud a través de la

apertura de múltiples unidades neonatales en la ciudad, estos servicios continúan siendo insuficientes para dar respuesta de manera efectiva a las demandas de servicio. Inclusive, el recién nacido se ve sometido a múltiples riesgos, por ejemplo: la demora en el traslado, falta de disponibilidad de incubadoras de transporte o disponibilidad de camas, factores que pueden influir negativamente en la termorregulación, el control vasomotor y la oportunidad quirúrgica (7, 8).

Hasta la implementación de la Ley 100 de 1993, Cali era modelo a nivel nacional en el transporte neonatal, dado que contaba con una de las mejores redes para su cuidado: el PAIREN¹ (Programa de Atención Integral al Recién Nacido), reconocido por la calidad con la que a través de este programa se coordinaba la red pública de los tres niveles de complejidad. Además, se entrenaba y se vigilaba al personal responsable del transporte neonatal. Del mismo modo, se ejercía control para que el III nivel de atención sólo aceptara los pacientes que cumplían con los criterios establecidos en cada nivel de complejidad. Posterior a la promulgación de esta ley, se organizaron en la ciudad unidades de cuidado intensivo neonatal que no se integraron a la red de transporte mencionada dado sus objetivos institucionales, y la red pública neonatal prácticamente desapareció. Sumado a esta crisis, se unieron otras circunstancias como el cierre de la unidad neonatal del Hospital Mario Correa Rengifo² en el año 1999, con la consecuente pérdida de cupos neonatales, la disminución de la capacidad resolutiva de los niveles primarios de atención —que trajo como consecuencia la congestión permanente de los servicios de neonatología—, el incremento del número de remisiones del nivel I al nivel III y la disminución en la calidad de la atención.

De otra parte, los factores que desencadenaron ingresos de recién nacidos a la sala CIRENA del HUV en precarias condiciones generando riesgo de aumento en la morbilidad y mortalidad neonatal fueron: la falta de conocimiento y entrenamiento del personal responsable del transporte en procedimientos básicos como la reanimación y el cuidado básico inicial del recién nacido, especialmente en las zonas rurales; y las malas condiciones

1 En 1990, con el PAIREN (Programa de Atención Integral al Recién Nacido) se logró trabajar en niveles la Red o Regionalización en la Atención del Recién Nacido, con el cual los pacientes sin problemas nacen en nivel I de atención, los moderadamente enfermos en el nivel II y los graves y pretérminos extremos en el nivel III (Hospital Universitario del Valle). Esto impactó la morbilidad neonatal, obteniendo la menor tasa de mortalidad de Colombia durante más de una década. El modelo funcionó muy bien y fue ejemplo a nivel mundial hasta que la Ley 100 en 1993 lo hace desaparecer.

2 Para esta época, el Hospital Mario Correa Rengifo, conjuntamente con el Hospital San Juan de Dios, constituyan las instituciones que atendían el nivel II de complejidad y formaban parte del PAIREN.

en que se llevaba a cabo el procedimiento, como son el desconocimiento de la causa de la remisión, incubadoras de transporte en mal estado, retiro temprano del soporte de oxígeno al ingreso de los niños a la institución receptora con el fin agilizar el ingreso a la unidad, pacientes sin acceso venoso o hipotermia marcada.

Según las estadísticas de ingresos y egresos de la sala CIRENA, durante el año 2009 fueron admitidos a la unidad 1382 niños, de los cuales 369 (26.7%) requirieron transporte neonatal extra-institucional, porcentaje que corresponde a un promedio mensual de 31 pacientes. Sin embargo, no existe información consolidada sobre el número de pacientes transportados, las condiciones en que se realizó el traslado, el tipo de remisiones, el instrumento diseñado para detallar la evolución del estado clínico del niño, el tratamiento y las intervenciones realizadas durante el transporte. Estos factores apuntan a señalar que el transporte neonatal no se realiza en las condiciones de seguridad y calidad requeridas.

Donabedian, Avedis (9) propuso una clasificación de calidad con enfoque sistémico: de acuerdo a la estructura, el proceso y el resultado. La estructura evalúa recursos utilizados en la atención; el proceso se refiere al conjunto de actividades que el equipo de salud debe desarrollar; y el resultado se refiere a las consecuencias o beneficios derivados de la atención en salud. Además, definió calidad como el acto de lograr los mayores beneficios, con los menores riesgos posibles para el paciente, dados unos recursos. Estos tres componentes son necesarios para evaluar y mejorar la calidad de un servicio.

En el país, el marco ético de la calidad se basa en hacer siempre lo mejor y el marco jurídico legal se apoya en la Constitución Política Nacional de 1991, la Ley 100 de 1993 y los posteriores decretos y resoluciones reglamentarios. El Ministerio de Protección Social ha establecido normas para mejorar la calidad de los servicios de salud. En el Decreto 1011 de 2006 (10) se define el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, además, la definición e implementación en el año 2008 de la Política de Seguridad del paciente (11) en todos los servicios que prestan una atención en salud, incluyendo el transporte de pacientes.

Por tal razón, y con el fin de conocer la percepción de la seguridad de la remisión entre los pediatras de la unidad neonatal encargados de realizar la admisión de neonatos, se elaboró una encuesta piloto, cuyo resultados indicaron que solamente el 33% de las remisiones se realizaban en condiciones de seguridad, lo cual refleja una necesidad en el análisis de esta situación, considerada una

problemática de Salud Pública con mayor o menor impacto según el nivel de desarrollo del país. Sumado a lo anterior, no hay un seguimiento de la calidad de las remisiones de los recién nacidos por parte de las entidades responsables de la vigilancia y el control del transporte neonatal, lo que implica que las remisiones para el caso de los recién nacidos se den en condiciones de salud desfavorables en los diferentes niveles de atención a CIRENA.

Considerando los planteamientos anteriores para el desarrollo de la investigación, se planteó un estudio de tipo descriptivo con el objetivo de evaluar la seguridad del transporte neonatal en aquellos pacientes que ingresaran a la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal del Hospital Universitario del Valle provenientes de los diferentes niveles de atención, de la zona rural/urbana de Cali y del departamento.

Materiales y Métodos

El estudio fue de tipo transversal, realizado durante tres meses del año 2010. El marco muestral está constituido por las remisiones de neonatos que ingresaron a la UCIN según las estadísticas del 2009 (ver Tabla 1.). Se utilizó un muestreo por conveniencia, en donde las características de la muestra fueron similares a la población objetivo; la representatividad se determinó evaluando el proceso de transporte que incluía recursos técnicos, recursos humanos y los insumos.

Para lograr que la muestra fuera representativa, se establecieron valores estadísticos, así:

$Z_a^2 = 1.64^2$ (si la seguridad es del 95%); nivel de confianza.

p = proporción esperada (en este caso, 27% = 0.27).

$q = 1 - p$ (en este caso, $1 - 0.27 = 0.73$).

d = precisión (en este caso 6.6%), aplicando la fórmula $Z_a^2 \cdot p \cdot q / d^2$.

Tabla 1. Total de ingresos e ingresos por remisión a CIRENA HUV 2009

Mes	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Total	\bar{x}
Total ingresos	126	104	108	117	117	127	132	115	117	114	102	103	1382	115,1
Ingresos por remisión	37	35	38	29	26	35	32	23	34	29	26	27	371	30,9

Fuente: Libro estadísticas CIRENA 2009.

Se concluye que la muestra ideal es: 118 registros (transportes extrahospitalarios).

La recolección de la información se obtuvo de dos fuentes: la primera, una encuesta aplicada a los pediatras asistenciales de la Unidad para conocer la percepción que tienen sobre la seguridad del transporte neonatal; y la segunda, un instrumento aplicado al personal profesional y técnico que acompañaba la remisión. Para determinar la validez del contenido de los dos instrumentos, se hizo un panel con tres expertos, obteniéndose una validez del 95% y una confiabilidad del 95% por congruencia interna.

Los instrumentos fueron aplicados por profesionales de enfermería entrenados previamente: a los pediatras asistenciales de la Unidad al inicio de la investigación y a los profesionales y técnicos responsables del transporte en el momento del ingreso del neonato a la Unidad.

Consideraciones Éticas

Para el desarrollo de la investigación, se obtuvo la aprobación del Comité de Ética Humana de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle y del Comité de Ética del Hospital Universitario del Valle, Cali.

Resultados

Para el análisis de los resultados, se utilizó la base de datos del programa *Office Excel 2007*, en el cual se establecieron las ponderaciones de las respuestas según la escala establecida en el instrumento. Los datos fueron exportados al programa *STATA 10* para el análisis estadístico. El análisis univariado de las características sociodemográficas y de cada una de las características del proceso de transporte se realizó a través de indicadores estadísticos de tendencia central. Se construyeron tablas de distribución de frecuencia permitiendo establecer porcentajes.

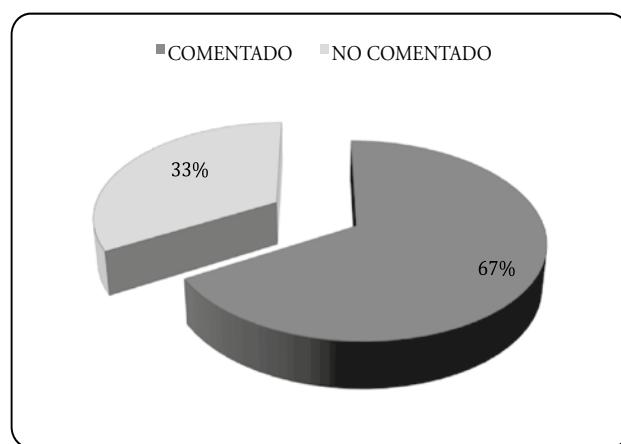
Los resultados se presentaron en dos partes: la primera, en relación a la percepción de seis pediatras respecto a la

remisión (fuente primaria) y la segunda, relacionada con el transporte de 118 recién nacidos, que incluyó variables relacionadas con el recién nacido, el proceso, el transporte y los recursos humanos y técnicos (fuente secundaria).

Percepción de los pediatras respecto a la remisión

Los resultados de la percepción de los pediatras indicaron que el 67% de las remisiones se realizó previa comunicación interinstitucional (ver Gráfica 1.), permitiendo que la institución receptora conociera el estado del niño y se preparara adecuadamente para la admisión. Cuatro de los seis pediatras entrevistados consideraron que los recién nacidos no eran remitidos en condiciones de seguridad.

Gráfica 1. Comunicación interinstitucional



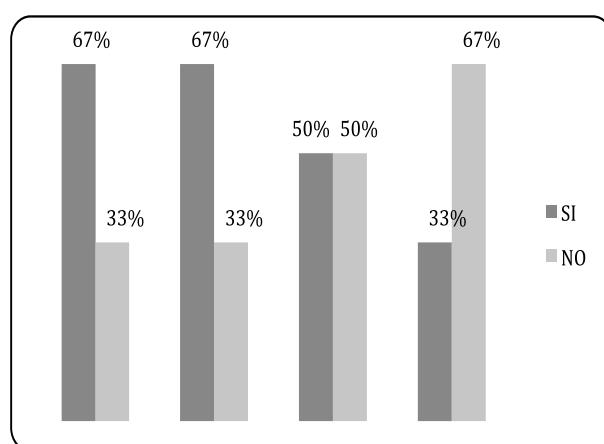
Fuente: Datos de la investigación.

Esta percepción podría estar relacionada con el hecho de que el transporte se realiza en un 50% en incubadora de transporte y el porcentaje restante en camilla y brazos de los familiares (Gráfica 2.), contraviniendo lo establecido con la Norma Técnica Colombiana 3729 (NTC) Icontec³ por el hecho de que el 83% del personal que participó

³ Las especificaciones técnicas mínimas obligatorias de los vehículos (ambulancia) y de su dotación indican que las ambulancias deberán cumplir las reglamentaciones dispuestas por el Ministerio de la Protección Social, del Medio Ambiente y de Transporte a través de los decretos, artículos y resoluciones vigentes a la fecha de la publicación de los términos y relacionadas para este tipo de vehículos, así como lo dispuesto en el Código Nacional de Tránsito Terrestre, las Normas Técnicas Colombianas del Icontec: NTC 2170, la NTC 3729 y las demás normas que las adicionen, modifiquen o sustituyan. Tanto los vehículos como todos sus elementos deben ser nuevos y no se aceptarán elementos reponenciados o usados.

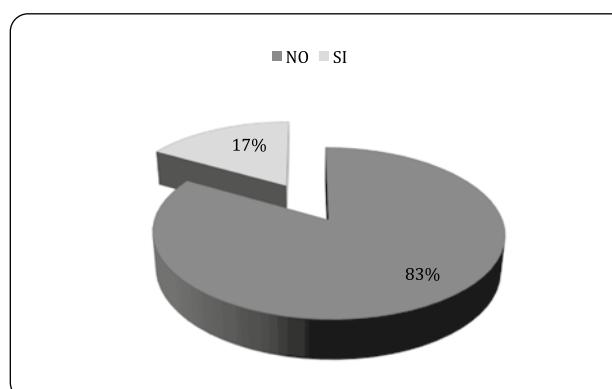
en el procedimiento no está capacitado para ello (ver Gráfica 3.). Además de los dos hechos anteriores, cinco de los pediatras percibieron que la hora de transporte intervino en la seguridad del recién nacido, pues consideraron que realizarlo en horas nocturnas influía de forma negativa. Del mismo modo, apreciaron que el personal responsable del transporte no valoró el estado clínico ni la evolución del recién nacido en el tiempo que dura la transferencia; enfatizaron reiteradamente en la falta de capacitación en reanimación neonatal.

Gráfica 2. Equipo de transporte



Fuente: Datos de la investigación.

Gráfica 3. Capacitación del personal en transporte y reanimación neonatal



Fuente: Datos de la investigación.

De otra parte, consideraron que el diagnóstico en el 50% de las remisiones no es congruente con el estado del niño al momento del ingreso. Por lo cual sugirieron a la institución remitente dar mayor tiempo a la estabilización del recién nacido antes de ser remitido. Así mismo, los seis pediatras entrevistados encontraron que el instrumento de remisión no es diligenciado satisfactoriamente. Mencionaron, por ejemplo: "La mayoría de las veces la remisión es pésima, muy malos los datos..., ni escriben", afectando la calidad de ésta y por consiguiente el estado clínico del recién nacido.

Con relación al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE), sugirieron verificar la disponibilidad de cupo, informar al responsable del recién nacido de manera clara, veraz y oportuna y diligenciar un registro de remisiones de manera integral. En conclusión, sugirieron establecer mecanismos de planeación, ejecución y evaluación del proceso de transporte neonatal.

Respecto a los municipios del Valle del Cauca que cumplen con los criterios de seguridad en el transporte neonatal, los pediatras consideraron que Buenaventura, seguido de Palmira, son los municipios donde las remisiones no cumplen con los criterios de calidad. Este hecho afecta el bienestar de un neonato aumentando los factores de riesgo, como: implicaciones cardiovasculares, hipotermia, riesgo de infección, alteración metabólica, falla ventilatoria, secuelas neurológicas o muerte.

Transporte: el recién nacido; el proceso; el traslado; los recursos humanos y técnicos

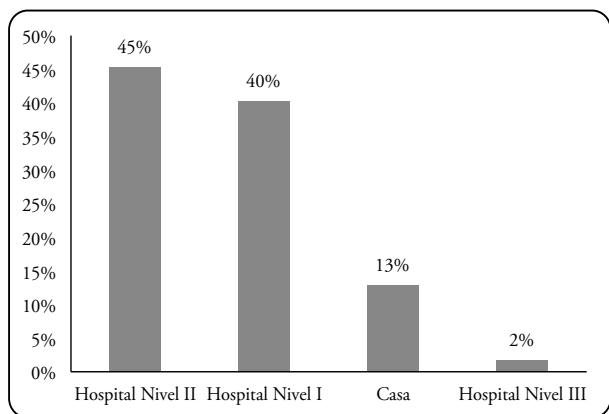
En esta parte se describirán los resultados relacionados con: a) el recién nacido (peso, edad gestacional); b) el proceso de remisión (nivel de atención y entidad remitente, causa de remisión, hora de ingreso a la UCIN); c) el traslado (personal que acompaña la remisión, tipo de ambulancia y equipos que posee); d) el recurso humano responsable del transporte (conocimiento del paciente, registro de signos vitales, entrenamiento en transporte neonatal y reanimación, lista de chequeo y verificación de insumos y materiales).

Con relación a los resultados del *recién nacido*, el 28% de los niños fue con Bajo Peso al Nacer (BPN), los rangos de peso de todos los recién nacidos estuvo entre 1.090-4.446 gramos; el peso promedio fue 2.832 gramos. La edad gestacional osciló entre 28 y 41 semanas; en promedio 37 semanas. Estos datos indican que el BPN, la prematuridad y los problemas asociados como la

infección, los problemas respiratorios y hematológicos siguen siendo una causa importante de remisión.

Respecto al *proceso de remisión*, cabe mencionar que el nivel II de atención remite con mayor frecuencia pacientes a la UCIN, en ocasiones con causas de remisión que no amerita la hospitalización en un nivel III, seguido del nivel I de atención y en un porcentaje menor provienen de la casa y de otras instituciones de nivel III de la ciudad (ver Gráfica 4).

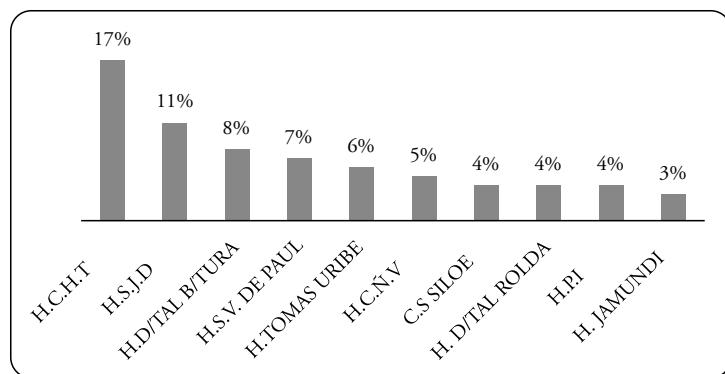
Gráfica 4. Entidades remitentes



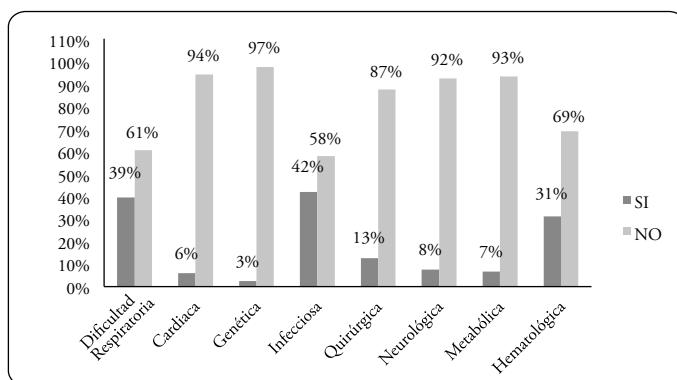
Fuente: Datos de la investigación.

Las instituciones que con mayor frecuencia remiten en el departamento son: Hospital Carlos Holmes Trujillo, Hospital San Juan de Dios, Hospital Departamental de Buenaventura ESE y Hospital San Vicente de Paul de Palmira (ver Gráfica 5.). Este resultado puede asociarse a la pérdida de camas neonatales de la Red Pública del Valle del Cauca, al incremento de partos en las instituciones, así como al aumento en la sobrevida de los prematuros, factores que traen como consecuencia el requerimiento de cupos en la UCIN.

En cuanto al motivo de remisión, la infección (42%) y la dificultad respiratoria (39%) fueron las más frecuentes (ver Gráfica 6.), los cuales fueron datos similares a los encontrados en los estudios realizados por Esque y col. en España (12, 13), relacionados con los problemas asociados a la prematuridad, bajo peso al nacer, la falta de control prenatal temprano y la disminución del parto institucional.

Gráfica 5. Frecuencia de remisión según entidad

Fuente: Datos de la investigación.

Gráfica 6. Motivos de remisión

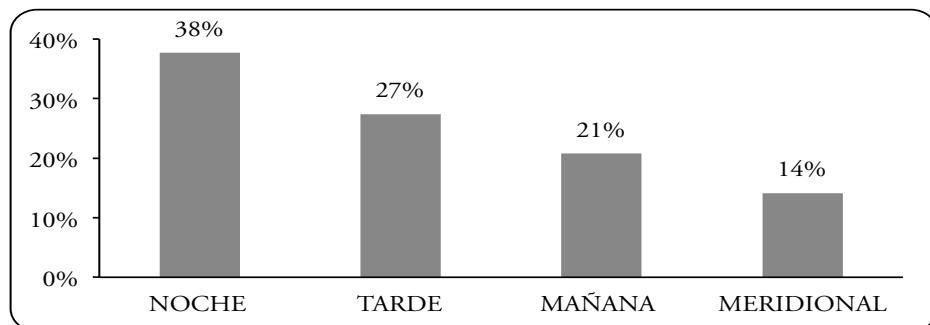
Fuente: Datos de la investigación.

En el presente estudio se encontró que en el periodo de la noche fue cuando se registró el mayor número de ingresos a la UCIN por remisión (38%), entre las 6 p.m. y las 12 p.m. (ver Gráfica 7.). Sin embargo, varias de estas remisiones fueron solicitadas y aprobadas en horas de la mañana e incluso el día anterior, lo cual indica que existe una dificultad en la gestión o una demora en el transporte. Esto acarrea un mayor riesgo no solamente para el recién nacido en condición crítica, sino también para el personal que transporta, pues se ve sometido a condiciones ambientales negativas, como la oscuridad en las vías, dificultad para la visión (neblina), inseguridad, menor disponibilidad y consecución de los recursos requeridos para el transporte

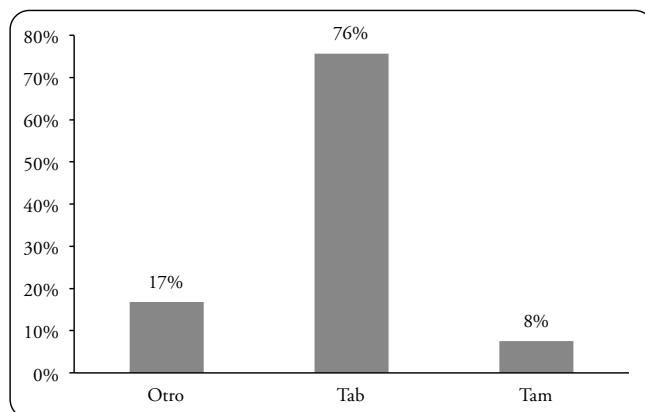
(ambulancia, gasolina, conductor) y la autorización del director médico de ambulancias o de su representante para prestar el servicio fuera del perímetro urbano.

En cuanto al recurso humano que acompaña la remisión, se evidenció que el mayor porcentaje correspondió a paramédicos (45%), seguido de personal auxiliar de enfermería (38%), médicos (15%) y enfermeros/as (2%).

Con relación al tipo de ambulancia y los equipos utilizados en el transporte, se encontró que el 76% se realizó con Transporte Asistencial Básico (TAB) (ver Gráfica 8), es decir: con unidades móviles con camilla, bala de

Gráfica 7. Jornada de ingreso

Fuente: Datos de la investigación.

Gráfica 8. Tipo de transporte ambulatorio

Fuente: Datos de la investigación.

oxígeno, personal paramédico o auxiliar de enfermería. Sin embargo, según la Resolución 9279⁴ el traslado de

4 Por medio de la Resolución 9279 del Ministerio de Salud de Colombia, en 1993 se expiden las Normas Técnico-Sanitarias que deben cumplir las entidades públicas y privadas prestadoras del servicio de ambulancias y se adopta el manual de normatización del componente traslado para la Red Nacional de Urgencias en el país. La Resolución indica que dentro de la prestación de los servicios de salud, las ambulancias deben ser una proyección de la atención institucional eficiente, idónea y oportuna en la atención inicial del paciente urgente, del paciente en estado crítico y limitado. Incluye normas sobre la capacitación del recurso humano (equipo médico asistencial, auxiliar de enfermería, radio-comunicador y conductor) de acuerdo a la clasificación según el ámbito de servicio sobre las licencias sanitarias de funcionamiento, otorgadas por las Direcciones Seccionales de Salud de las diferentes jurisdicciones, previo concepto técnico de la División de Urgencias de la seccional correspondiente. Incluye además lo relacionado con el contenido, vigencia, cumplimiento, estudios, plazos, notificaciones, negaciones, recursos de reposición, renovaciones respecto a los documentos y demás requisitos para la tramitación de dichas licencias.

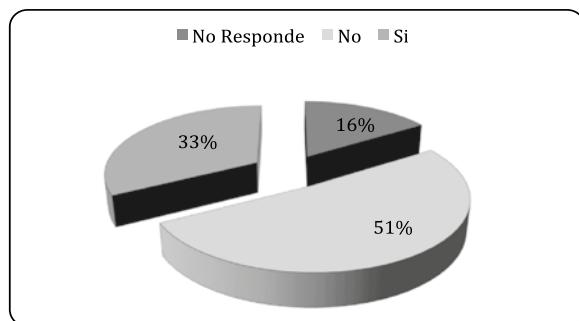
pacientes cuyo estado potencial o real es de riesgo, requiere Transporte Asistencial Medicalizado para Neonatos (TAM), es decir: una ambulancia diseñada para traslado de menores de un mes de edad, quienes por su vulnerabilidad requieren condiciones especiales para su manejo. La norma mencionada indica que el comportamiento para el recién nacido deberá contar con la siguiente dotación mínima en equipos: incubadora portátil, equipo de manejo de vías aéreas neonatales, cámaras cefálicas (*Hoods*), equipo de venodisección neonatal y los equipos complementarios (manómetro en el succionador portátil, sensor neonatal para oximetría de pulso, respirador de volumen/presión, temperatura óptima del móvil, materiales y suministros en la talla específica para el neonato (jelcos, tubos endotraqueales, cánulas, bolsas de reanimación, mascarillas, etc.).

Es importante señalar que actualmente se debe utilizar el *neopuff* (resucitador manual que provee PIP, y PEEP controladas) recomendado por la *Commission on Accreditation of Medical Transport Systems Camts* (14, 15, 16), encargada de acreditar los sistemas médicos de transporte para mejorar la calidad de la atención al paciente y su seguridad, implementando manuales de procedimientos enmarcados dentro de las políticas estatales del transporte terrestre para Estados Unidos y la AAP (Academia Americana de Pediatría).

Los resultados de este estudio mostraron que el mayor porcentaje de los transportes de recién nacidos se realizó con TAB, sometiendo al niño a un mayor riesgo, vulnerando las condiciones de seguridad y posible incremento en la morbilidad.

De otra parte, solamente el 33% del personal que participó en las remisiones tiene entrenamiento en transporte neonatal (ver Gráfica 9.), lo cual evidencia que no se está cumpliendo con la normativa en relación con el recurso humano utilizado para este tipo de procedimientos. Éste indica que “debe estar conformado por un conductor, una enfermera jefe o un auxiliar de enfermería y un médico, los cuales deberán acreditar entrenamiento teórico-práctico mínimo de 200 horas para el manejo del paciente crítico en ambulancia, en institución pública o privada aprobada por el gobierno”, lo cual debe ser uno de los aspectos a mejorar. En el caso del transporte de recién nacido, es fundamental el conocimiento y el entrenamiento del recurso humano en aspectos como soporte y comunicación con la familia, conservación de la termorregulación, posicionamiento, valoración de variables fisiológicas, soporte ventilatorio, soporte hidroeléctrolítico y reanimación cerebrocardiopulmonar neonatal.

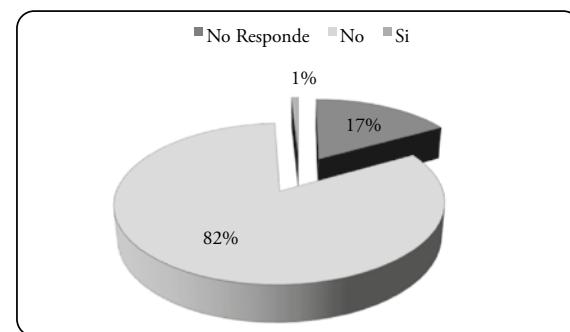
Gráfica 9. Porcentaje de personal con entrenamiento en transporte neonatal



Fuente: Datos de la investigación.

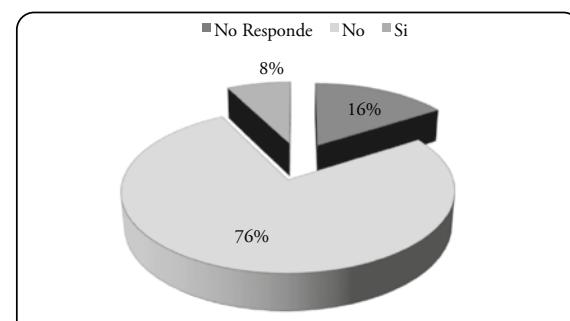
Los resultados indicaron que en el 82% de los transportes no existe un registro completo de la valoración clínica del estado del neonato, desde el sitio de procedencia hasta el ingreso a la unidad y de existir, del registro se desconoce su importancia (ver Gráfica 10.). Igualmente, en el 76% de los trasladados no se verificó la lista de chequeo ni la existencia de insumos y materiales requerido previo a la remisión (ver Gráfica 11.). La normativa (Resolución 9279/1993) señala que en “las historias clínicas debe consignarse la evolución y los tratamientos y procedimientos realizados durante el traslado. Se entrega copia, previamente firmada por el responsable del traslado, a la institución receptora”; y que “en todas las ambulancias se deben diligenciar lo siguientes registros: inventario diario de elementos de consumo y dotación. Planilla de control de movilización de ambulancias, registro de consumo de elementos por cada paciente trasladado y planilla del número de pacientes trasladados”.

Gráfica 10. Conocimiento del registro del transporte neonatal



Fuente: Datos de la investigación.

Gráfica 11. Verificación de chequeo e insumos



Fuente: Datos de la investigación.

Discusión

La evaluación de la seguridad del transporte neonatal se constituye en una necesidad de investigar para poder determinar qué factores intervienen en el comportamiento de este proceso, dado que en la bibliografía consultada no se encontró un estudio con las características similares, donde se pretende conocer la seguridad del transporte neonatal como un atributo de calidad, en una institución nivel III en un período de tres meses.

Aunque los resultados de este estudio por el tipo de muestreo utilizado no permiten concluir categóricamente que la calidad del transporte neonatal en el Valle del Cauca es deficiente, deja en evidencia las múltiples falencias que existen en cuanto a la estructura, el proceso y los posibles resultados, los cuales según Avedis Donavedian (9) son las variables que permiten evaluar la calidad de una atención en salud, en este caso, el transporte neonatal.

Según Kanter (17), en su estudio reporta que la morbilidad del transporte interhospitalario pediátrico puede ser cerca del 20%. Si bien el objetivo del presente estudio no fue determinar la morbilidad de los neonatos transportados, los resultados permitieron conocer que el procedimiento conlleva condiciones de riesgo que pueden tener incidencia en la morbimortalidad.

Edge (18, 19, 20) en un estudio comparó la incidencia de eventos adversos durante el transporte en 141 pacientes pediátricos de severidad similar, estableciendo que la incidencia de estos eventos era del 2% para un equipo especializado en transporte pediátrico y que esta cifra se eleva a 20% cuando es realizado por un equipo de transporte general. Cabe resaltar que los resultados obtenidos en esta investigación mostraron que tanto el personal que lleva a cabo el transporte como el tipo de ambulancia utilizada y el entrenamiento del recurso humano, no cumplen con la normas y los estándares de calidad establecidos en el Sistema Obligatorio General de la Calidad en Salud y las política de seguridad del paciente, evidenciando las debilidades en estos tres puntos, lo cual conlleva a un riesgo en el estado de salud del neonato y por consiguiente su vulnerabilidad.

En el presente estudio además se encontró que el horario en donde el mayor volumen de remisiones ingresa a la Unidad Neonatal fue en la noche (38%), entre las 6 p.m. y las 12 p.m. Sin embargo, varias de estas remisiones fueron comentadas en horas de la mañana e incluso en el día anterior, lo que expresa una dificultad en la gestión o una demora en el transporte acarreando mayor riesgo, no solamente para el recién

nacido en condición crítica, sino también exponiendo al personal que transporta, siendo una hora crucial en donde confluyen condiciones que pueden determinar negativamente el transporte, como lo son: ambiental (oscuridad en las vías, neblina), social, económico y disponibilidad en los recursos en relación con la capacidad instalada y utilizada, como bien lo expone Warrent (21, 22, 23).

En cuanto al nivel de atención que realizaba la remisión, el 45% (53 trasladados) correspondía al nivel II de atención, el 40% (47 trasladados) al nivel I, el 13%, casa, el 2%, nivel III y el 2%, provenientes de la casa, siendo evidente el trabajo que existe entre los distintos niveles. Sin embargo, por la experiencia en el área, algunas de estas remisiones no correspondían al nivel de complejidad. Esto implica un problema de tipo administrativo, ya que se presentaría un reproceso donde la entidad receptora tendría que volver a gestionar para buscar un cupo para contra-remitir a un nivel inferior en el caso que el paciente lo amerite o por el contrario, devolverlo a su punto de origen, porque su condición no amerita hospitalización y lo más importante: el riesgo para la atención del recién nacido.

En cuanto al motivo de remisión, la infección (42%) y la dificultad respiratoria (39%) fueron las más frecuentes, datos que son similares a los estudios realizados en España y Chile.

Ahora bien, la pregunta sería: *¿Por qué, si existe una normatividad y se tiene una evidencia, no se ajustan los procesos de auditoría referente al tema de transporte neonatal?* La discusión en este trabajo no solamente radica en poner de manifiesto la existencia de fallas en el sistema, sino que dicho sistema sea conocido por todos los entes responsables del proceso, con el único fin de mejorar. Pero para esto debemos comprender la existencia documental, es decir: un manual de calidad y un manual de procedimientos, así como la implementación real de dicho sistema documental a todos los niveles, desde el más alto (directores, coordinadores), hasta el más bajo (personal asistencial).

Se debe tener claridad que hoy no se concibe un transporte neonatal sin los elementos necesarios, los recursos técnicos, operativos, humanos, que permitan asistir de una manera profesional y segura al neonato. Es un deber y una obligación del personal asistencial, que de una u otra medida interviene en el proceso de transporte neonatal, buscar la capacitación y en mayor medida una obligación de las instituciones remitentes y contraremitentes capacitar su personal. Del mismo modo, las

entidades encargadas de la coordinación y vigilancia del transporte neonatal deben asumir un postura más crítica, que permita optimar este proceso en pro de la salud neonatal para poder impactar, ya que las implicaciones para la salud pública, con un regular sistema de transporte neonatal, son mayores. A la fecha en la ciudad se cuenta con alrededor de 12 unidades de cuidado intensivo neonatal, lo que amerita que se preste atención a esta situación, ya que el riesgo que se está asumiendo con el transporte neonatal podría desencadenar problemas dentro de la política pública de salud, no solamente con un indicador, sino como una realidad.

Conclusiones

En el contexto actual del Sistema General de Seguridad Social, el equipo de salud debe conocer, entre los muchos temas que le son inherentes, el marco legal y el estado actual de nuestros recursos. Esto es especialmente importante en el campo del transporte neonatal, puesto que este servicio se considera una extensión del servicio asistencial hospitalario, sea cual sea el grado de complejidad, y por tanto debe seguir los principios de *eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación* propuestos por la Ley 100 de 1993, para que finalmente se cumpla el principio general de garantizar los derechos irrenunciables del recién nacido y su familia. Es decir: conocer los derechos y los deberes de los diferentes miembros de la comunidad (pacientes, aseguradoras de la salud y recursos humanos en salud), velar y exigir por las vías regulares establecidas, que se cumplan los principios generales y específicos para cada uno de los pacientes, en este caso: los neonatos.

Se espera que los datos ofrecidos en esta investigación aporten elementos para la búsqueda del mejoramiento continuo del transporte neonatal que favorezca la salud pública de la región. El mejoramiento continuo de los centros que prestan una atención en salud, en este caso el transporte neonatal, debe garantizar que todos los neonatos que lo necesiten puedan acceder al transporte no sólo en las condiciones de equidad tan deseadas, sino también haciendo que los servicios que se provean satisfagan las expectativas de calidad.

Como se planteó anteriormente, hoy no se concibe un transporte neonatal sin los elementos necesarios, los recursos técnicos, operativos y humanos que permitan asistir de una manera profesional y segura al neonato y su familia (24, 25). Además, el sistema debe funcionar en coordinación y articulación entre el centro regulador y los hospitales, en donde realmente se tenga en cuenta lo siguiente antes de realizar un traslado neonatal:

Valorar el riesgo del traslado, en otras palabras: se debe estabilizar al neonato (respiratoriamente, termodinámicamente y neurológicamente, tener un acceso venoso si lo requiere, valorar el requerimiento de oxígeno y duración del traslado); *Clasificar el traslado según los criterios*: bajo riesgo, moderado riesgo, alto riesgo y cumplir las etapas que implica el transporte neonatal, como lo son la planificación, asignar funciones, la comunicación, la estabilización, la ejecución y el retorno.

Se recomienda continuar con más estudios que exploren los otros atributos de calidad para así poder comprender y demostrar qué tan importante es el tema del transporte neonatal en el impacto del costo-beneficio del transporte neonatal y su impacto en el sistema de salud. De esta forma, se considera que se pueda impactar positivamente en beneficio del recién nacido, su familia y la sociedad.

Este tema ofrece elementos para la reflexión, la discusión y posiblemente se profundice como una línea de investigación. Además, las evidencias de este trabajo sirven como herramienta en la búsqueda de la calidad. A la luz pública es evidente que la problemática del transporte neonatal no es nueva, que ha permanecido allí estática y que por medio de estudios como éste nos da una visión real para poder abordarla.

Referencias

- (1) Pachajoa HM, Saldarriaga W, Isaza C. Gastroquisis en un hospital de tercer nivel de la ciudad de Cali, Colombia, durante el periodo de marzo 2004 a febrero 2006. Rev Colomb Med. 2008;39(suppl. 2):35-40.
- (2) Pedraz C. Transporte neonatal. En: Pedraz C, editor. Mesa redonda: Problemas actuales en neonatología. Bol Pediatr. 2003.
- (3) Delgado M, Muñoz A, Orejuela L, Sierra CH. Algunos factores de riesgo para mortalidad neonatal en un hospital de III nivel, Popayán. Colomb Med [revista en Internet]. 2003 [acceso: 03 jul 2010];34(4):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/272/275>.
- (4) Dulkerian S, Douglas W, Taylor R. Redirecting treatment during neonatal transport. J Perinatal Neonatal Nursing. 2011;25(2):111-114.
- (5) Health Organization World. Alliance for patient safety: forward programmed. Geneva: Who Library; 2004.
- (6) Parmentier E, Poissy J, Favory R, Nseir S, Onimus T, Guerry MJ *et al.* Adverse events during intrahospital

- transport of critically ill patients: incidence and risk factors. *Ann Intensive Care*. 2013;3(1):10.
- (7) Broughton S, Berry A, Jacobe S, Cheeseman P, William O. The mortality index for neonatal transportation score: a new mortality prediction model for neonates. *Pediatrics* [revista en Internet]. 2004 [acceso: 10 jun 2010];114(4):[aprox 4 p.]. Disponible en: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/114/4/e424>
- (8) Carreras E, González S, Brió S. Prevención de complicaciones en el transporte interhospitalario aéreo del paciente crítico pediátrico. *An Pediatr* [revista en Internet]. 2014 [acceso 24 feb 2014]. Disponible en: [http://www.elsevier.es/eop/S1695-4033\(13\)00497-9.pdf](http://www.elsevier.es/eop/S1695-4033(13)00497-9.pdf)
- (9) Donabedian A, Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*. 2005 Dic;83(4):691-729.
- (10) República de Colombia. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 1011 del 3 de abril de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Diario Oficial* 46230 (03/04/2006).
- (11) Ministerio de Protección Social. Política de Seguridad del Paciente. Bogotá: Ministerio de Protección Social; 2008.
- (12) Esque L, Figueras A, García A, Alomar R, Blanco B, Fernández L. Recommendations for perinatal transport. *An Pediatric*. 2001;55(2):146-53.
- (13) Dinizi E, Oliveira S, Soares M. Recém-nascido de risco e condições de transporte para unidades neonatais de referência [artículo en Internet]. *Bulletin Online* [acceso: 24 feb 2014]. 2012;82:1. Disponible en: <http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/2340>
- (14) Camts.org [homepage on the Internet]. Anderson SC: Commission on accreditation of medical transport systems, Inc; c2012 [update 2012 16 May; cited 2012 Abr]. Available from: http://www.camts.org/04FINAL_9th_EditionStds_9-5-12.pdf
- (15) White RD. Recommended standards for the newborn transport ICU design; Eighth Edition. *J. Perinatol*. 2010 Apr;22(Suppl 1):10.
- (16) Akula V, Gould J, Davis A, Hackel A, Oehlert J. Therapeutic hypothermia during neonatal transport: current practices in California. *J Perinatol*. 2012 May;29(5):319-326
- (17) Kanter RK, Boeing NM, Hannan WP, Kanter DL. Excess morbidity associated with interhospital transport. *Pediatrics*. 1992;90(6):893-898.
- (18) Edge WE, Kanter RK, Weigle CG, Walsh RF. Reduction of morbidity in interhospital transport by specialized pediatric staff. *Crit Care Med*. 1994;22(1):1186-1191.
- (19) Martínez R, López GL, Rodríguez D, Torre GM. Safe neonatal transport in Jalisco state: impact of S.T.A.B.L.E. program on morbidity and mortality. *Bol. Med. Hosp. Infant*. 2011;68(1):34-39.
- (20) Moreno J, Lluch T, Salguero G, Rite S, Fernández L, Echaniz U et al. Recomendaciones sobre el transporte neonatal. *An Pediatr*. 2013;79(2):117.e1-117.e7.
- (21) Warren J, Fromm RE, Orr RA, Rotello LC, Horst M. Guidelines for the inter-and intrahospital transport of critically ill patients. *Crit Care Med*. 2004;32(1):256-262.
- (22) Bigham M, Schwartz H. Quality Metrics in Neonatal and Pediatric Critical Care Transport: A Consensus Statement. *Pediatr Crit Care Med*. 2013;14(5):518.
- (23) Schierholz E. Flight physiology: science of air travel with neonatal transport considerations. *Adv Neonatal Care*. 2010;10(4):196-199.
- (24) Frischer L, Guterman DL. Emotional impact on parent of transported babies. Considerations for meeting parent's needs. *Critical Care Clinics*. 1992 Jul;8(3):649-60.
- (25) LeFlore J, Anderson M. Effectiveness of 2 methods to teach and evaluate new content to neonatal transport personnel using high-fidelity simulation. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2008;22(4):319-328.

Práticas de educação em saúde de estudantes de enfermagem e de outros cursos de ensino superior*

Health education practices of nursing students and of other higher education courses

Prácticas de educación para la salud de los estudiantes de enfermería y de otros cursos de educación superior

AMÂNCIO ANTÓNIO DE SOUSA CARVALHO**

VÍTOR MANUEL DA COSTA RODRIGUES***

GRAÇA SIMÕES DE CARVALHO****

Resumo

As práticas de Educação em Saúde são influenciadas pela abordagem que cada profissional adota, uma vez que implicam um diferente relacionamento com o utente, moldando a forma como se desenvolvem.

Objetivo: Caracterizar as práticas de Educação em Saúde dos estudantes de três cursos de enfermagem e de outros quatro cursos de ensino superior ligados ao sector da saúde (Medicina) e ao setor da educação (Professores do Ensino Básico, Educadores de Infância e de Serviço Social).

Metodologia: Estudo descritivo-correlacional e transversal, de abordagem quantitativa, onde participaram 709 estudantes (62,6% do universo), dos 1º e 4º anos, que preencheram um questionário desenvolvido e validado para o efeito.

Resultados: Apenas 40,9% dos estudantes assinalaram terem realizado experiência prática durante o curso, principalmente os do 4º ano. A maior parte faz Educação em Saúde *Muitas vezes* (41,7%), especialmente *Saúde infantil* (23,1%). Estudantes com conceito *Abrangente* de Promoção da Saúde desenvolvem esta atividade com maior frequência do que os de conceito *Reducionista* ou *Misto*. Os estudantes dos três cursos de enfermagem praticam educação em saúde com mais

frequência e em áreas mais diversificadas do que os colegas dos outros cursos.

As características das práticas de educação em saúde parecem ser influenciadas pelas variáveis *Curso*, *Ano* e *Tipo de conceito de Promoção da Saúde*. Os resultados obtidos poderão contribuir para melhorar o desempenho docente e as práticas de Educação em Saúde.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Estudantes; Educação em Enfermagem; Educação Superior (Fonte: DECS BIREME).

Abstract

Practices in Health Education are influenced by the approach that each professional adopts, since they imply a different relationship with the user, shaping the way the approaches develop.

Objective: To characterize the Health Education practices of students from three nursing courses and four other higher education courses related to health sector (Medicine) and

*** Doutorado em Ciências Biomédicas. Professor Coordenador com Agregação, da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, UTAD, Escola Superior de Enfermagem. Membro do Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano (CIDESD). E-mail: vmcpr@utad.pt

**** Doutorada em Biologia e Agregação no âmbito da Educação para a Saúde. Professora Catedrática do Instituto de Educação, da Universidade do Minho. Diretora do Centro de Investigação em Estudos da Criança. E-mail graca@ie.uminho.pt

Recibido: 04/11/2012

Aprobado: 06/12/2013

education (Basic Education Teachers, Childhood Educators and Social Services).

Methodology: A descriptive-correlational and cross-sectional study with a quantitative approach, where 709 students participated (62.6 % of the universe), of the 1st and 4th years, who completed a questionnaire developed and validated for this purpose.

Results: Only 40.9 % of students indicated they had conducted practical experience during the course, especially the 4th year students. Most of them developed Health Education *Often* (41.7 %), especially *Child health* (23.1 %). Students with *Broad* concept of Health Promotion developed this activity more frequently than the concept *Reductionist* or *Mixed*. Students of the three nursing courses practiced health education more often and in more diverse areas than their colleagues from other courses.

Key words: Health Education, Students; Education, Nursing; Education, Higher. (Source: DECS BIREME).

Resumen

Las prácticas de educación para la salud están influenciadas por el enfoque profesional que cada uno adopta, lo que implica una relación diferente con el usuario de acuerdo a cómo se desarrollan.

Objetivo: Caracterizar las prácticas de Educación para la Salud de los estudiantes en tres cursos de enfermería y cuatro cursos de la educación superior, vinculados al sector de la salud (medicina) y al sector de la educación (maestros, educadores niños y servicios sociales).

Metodología: Estudio descriptivo-correlacional y transversal con un enfoque cuantitativo; involucró a 709 estudiantes del 1º y del 4º grados que diligenciaron un cuestionario, el cual fue validado.

Resultados: Sólo el 40,9% de los estudiantes informa haber tenido experiencia práctica durante el curso, sobre todo los de 4º grado. La mayoría reporta que realizó acciones de Educación para la Salud *Muchas veces* (41,7%), especialmente *Salud infantil* (23,1%). Los estudiantes manejaban un concepto *Global* de la Promoción de la Salud; realizaban prácticas de educación en salud con mayor frecuencia de los que tienen un concepto *Reduccionista* o *Mixto*. Los estudiantes de enfermería desarrollaron esta actividad con más frecuencia y en áreas más diversas que los de otros cursos.

Las características de la práctica de la Educación para la Salud parecen estar influenciados por las variables *Curso, Año y Tipo de concepto de Promoción de la Salud*. Los resultados obtenidos contribuyen a mejorar el desempeño de los docentes y las prácticas de la educación para la salud.

Palabras clave: Educación en Salud; Estudiantes; Educación en Enfermería; Educación Superior (Fuente: DECS BIREME).

Introdução

O termo Educação em Saúde (es) inclui dois conceitos, educação e saúde, que precisam ser devidamente explicitados. A saúde, como estado pessoal, tem sido muito valorizada ao longo da história da humanidade e, atualmente, continua também a fazer parte do conjunto dos anseios das pessoas e das populações, como se pode verificar na procura crescente de seguros de saúde, como meio de preservar e restabelecer a saúde ao longo da vida. Colocam-se, no entanto, algumas dificuldades quando se pretende definir este conceito ou medi-lo com precisão. Fazendo uma pesquisa da literatura sobre o conceito de saúde, encontram-se várias definições, mas quase todas incluem as diversas dimensões do ser humano como a física, mental e social, tal como proposto pela Organização Mundial de Saúde (oms) (1):

A saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, não sendo apenas a mera ausência de doença ou enfermidade [p. 6].

A saúde como a “ausência de doença” é tida como uma perspetiva negativa, enquanto a noção de “bem-estar” é tida como uma visão positiva da saúde (2). Por outro lado, a saúde pode ser vista em uma perspetiva estática quando equiparada a um “completo bem-estar”, que é dificilmente atingível (3), mas também em uma assunção dinâmica, quando se tem em conta a capacidade de funcionamento, ou seja, estar de boa saúde é ter autonomia na realização das atividades de vida diárias (2, 4).

Os conceitos atuais de saúde consideram-na como a capacidade da pessoa ou comunidades de conceberem e implementarem o seu projeto de vida com vista a assegurarem o seu bem-estar, tal como enunciado na carta de Ottawa emanada pela oms (5):

Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida; a saúde é um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas [p. 2].

Por outras palavras, este conceito ajuda a conscientizar que cada um tem um papel importante na sua proteção e melhoria. Em suma, pretende-se que cada pessoa, cada comunidade, conheça quais as dimensões envolvidas, quando se fala de saúde, para que apesar de toda a carga subjetiva inerente ao conceito, possa-se

compreender do que se trata e se responda aos desafios a que a saúde está sujeita. Têm vindo a ser considerados quatro determinantes de saúde —de acordo com Lalonde 1974, referido por Salleras Sanmartí (2)— que contribuem para a melhoria ou deterioração da saúde: (i) a biologia humana, que corresponde ao património genético e envelhecimento; (ii) os estilos de vida, que tem a ver com os comportamentos saudáveis; (iii) o meio ambiente, que se refere à qualidade do ambiente físico e do meio social; e (iv) o sistema de saúde, que disponibiliza os recursos humanos e técnicos de saúde e o acesso aos mesmos.

Como poderemos articular a saúde com a educação? A educação tem geralmente um cariz intencional mas, de acordo com Dias (6), pode também ser considerada como:

Um processo de desenvolvimento, de algum modo natural e espontâneo e que se deseja global e harmônico, estruturado e hierarquizado, das capacidades do homem [p. 4].

Tendo em conta as reflexões acerca da saúde acima expostas, pode-se concluir que o processo educativo contribui para a saúde do ser humano, sendo uma parte substancial do seu projeto de vida, dando-lhe forma e conteúdo, contribuindo assim, para a melhoria do seu nível de literacia em saúde (7, 8). A capacidade de cada ser humano de criar e lutar pelo seu projeto de vida é, pois, fortemente condicionada pela educação, já que esta implica o desenvolvimento das capacidades do indivíduo, tornando-o agente da sua própria saúde. Ambos os processos têm um carácter fortemente ativo, sendo que a educação constitui, uma das melhores formas para melhorar a qualidade de vida e o nível de saúde das pessoas (9).

Contudo, é possível pôr-se em questão que tipo de educação permitirá o desenvolvimento da própria pessoa e das suas capacidades. Já Paulo Freire em 1970 (10) respondia a esta questão, ao distinguir dois processos opostos de educação: aquele que permite ao Homem caminhar no sentido de se tornar mais sujeito, mais pessoa; e aquele que reduz o Homem a um objeto, a uma “coisa”. É, pois, o primeiro processo o que se tem vindo a tentar desenvolver no âmbito da promoção da saúde (PrS) (11).

Face ao acima exposto, está-se agora em condições para se apresentar a definição de ES proposta por Green e colaboradores (12) como sendo:

Uma combinação de experiências de aprendizagem planeadas, no sentido de facilitar a mudança voluntária de comportamentos saudáveis [p. 6].

Este conceito de ES, para além de apelar à combinação de diferentes metodologias e estratégias de aprendizagem, salienta também o papel de educador como facilitador de mudanças. Outra perspetiva enunciada por Downie e colaboradores (11) conceptualizam a ES como uma:

Atividade comunicacional visando aumentar a saúde, prevenir ou diminuir a doença nos indivíduos e grupos influenciando as crenças, atitudes e comportamentos daqueles que detém o poder e da comunidade em geral [p. 28].

Muitas vezes a ES é entendida como sendo essencialmente uma simples tarefa de transmissão de conhecimentos às pessoas sobre o que devem fazer para melhorar a sua saúde (13), quando deveria incorporar conceitos como a multisetorialidade e o empoderamento (5). A formação dos profissionais que irão intervir na ES deverá, pois, atender à demanda das boas práticas (14).

Contudo, para que a ES seja eficaz terá que ter em conta, para além dos conhecimentos, as crenças, as atitudes e os comportamentos, não somente do indivíduo ou do grupo, mas sobretudo, de quem detém o poder e da comunidade envolvente, que exerce pressão para a conformidade. A ES terá, pois, de trabalhar não apenas a dimensão cognitiva, mas também a dimensão emotiva/atitudinal e a psicomotora em parceria com as pessoas (15). Deverá ser um processo interativo e não unidirecional. O processo de ES pode ser desenvolvido por diversos profissionais, inerente a uma abordagem multisetorial, devendo existir articulação e coerência entre as diferentes mensagens emitidas. Não se trata, por isso, de um processo exclusivo de nenhum grupo profissional (11, 12, 15).

Mas, por sua vez, as práticas de ES são influenciadas pela abordagem que cada profissional adota que poderão ir desde uma abordagem biomédica, que visa identificar pessoas em risco de doença até à mudança social, que pretende reduzir as desigualdades sociais em saúde (8), passando pela abordagem educacional que visa aumentar conhecimento e capacidades no âmbito dos estilos de vida saudáveis (16). Cada abordagem tem um diferente relacionamento com o utente, moldando a forma como se desenvolvem as práticas de ES e se projeta a sua eficácia (16).

Neste contexto, a conceptualização das práticas de ES subjacente a este estudo, envolve a percepção dos inquiridos sobre o tipo de práticas realizadas com a finalidade de promover a saúde de pessoas ou das comunidades, quer sejam práticas feitas “para as pessoas” ou “com as pessoas” (8). É neste âmbito que desenvolvemos a presente pesquisa, tendo traçado os seguintes objetivos específicos: (i) caracterizar as práticas de ES dos estudantes de cursos de ensino superior quanto à frequência e ao tipo; (ii) identificar o setor dos cursos em que os estudantes desenvolvem essas práticas; (iii) verificar se existe relação entre as características das práticas e outras variáveis independentes.

Método

Por se tratar de um processo sistemático de coleta de dados observáveis e quantificáveis, que existem independentemente do observador, optamos por uma abordagem quantitativa, que consideramos a mais adequada a este tipo de estudo (17), que é de caráter descritivo, correlacional e transversal, pois os dados foram recolhidos em um só momento, procurando descrever os fenómenos, observar, registar, analisar, explorar as relações entre as variáveis e correlacionar os factos (18).

A população é composta por 1132 estudantes de 7 cursos do ensino superior português, a frequentarem o 1º e o 4º ano: (i) da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (E-VR); (ii) da Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Minho, em Braga (E-BR), e (iii) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (E-PO); (iv) da licenciatura em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (MED); (v) da licenciatura de Professores do Ensino Básico do 1º Ciclo, do Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho em Braga (PEB); (vi) da licenciatura em Educação de Infância, do Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho, em Braga (EI); e (vii) da licenciatura em Serviço Social da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa, de Braga (SSO).

Participaram no estudo 709 estudantes (62,6% da população), que se encontravam presentes no momento de recolha de dados, e que voluntariamente se disponibilizaram a colaborar no estudo, tendo preenchido o questionário.

Trata-se de uma amostra de conveniência, na qual se procurou incluir os estudantes à entrada (1º ano) e à

saída (4º ano) de cada curso, que formam profissionais que intervêm nos processos de ES, quer na área específica da saúde, quer na área do ensino e serviço social, e abrangendo os principais núcleos de formação da Região Norte de Portugal (Vila Real, Porto e Braga). O curso de E-VR foi o principal objeto deste estudo, uma vez que dois dos investigadores responsáveis pela pesquisa são docentes do mesmo.

Teve-se em consideração as variáveis independentes “Curso” (E-VR, E-BR, E-PO, MED, PEB, EI e SSO) e “Ano do curso” (1º e 4º ano) bem como as variáveis dependentes: *Realização de experiência prática, Prática de ES, Frequência das práticas de ES, Tipo de práticas de ES e Utilidade da ES*.

Os dados foram obtidos através da aplicação de um questionário de auto-preenchimento, anónimo e confidencial, construído para o efeito, após a devida autorização das instituições que lecionavam os cursos frequentados pelos estudantes envolvidos na pesquisa. Optamos pela aplicação de questionários aos estudantes dos diversos cursos, por se tratar de uma população homogénea e alfabetizada, por este tipo de instrumento manter o anonimato e permitir aos intervenientes responder no seu próprio tempo e segundo a sua conveniência.

Para o tratamento de dados construímos uma base de dados no SPSS Versão 16.0, no qual foram introduzidos, tendo-se recorrido à estatística descritiva e à realização de testes estatísticos, tais como c^2 , Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Para a variável idade foram calculadas as medidas de tendência central e de dispersão e para as variáveis nominais e ordinais utilizamos as frequências simples e a moda. Consideramos existirem diferenças estatisticamente significativas quando $p < 0,05$ (19).

O estudo não envolveu riscos para os participantes. No decorrer da investigação foram respeitados os princípios éticos, tendo sido explicado aos sujeitos o objetivo da pesquisa, garantido o direito de não participarem ou de interromperem a qualquer momento e pedido o consentimento informado. Foi assegurado o anonimato dos participantes e a confidencialidade da informação.

Resultados

Caracterização da amostra

A caracterização dos estudantes participantes neste estudo, quanto ao género, classe etária e proveniência, por curso, consta da Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos participantes no estudo quanto ao género, classe etária e Proveniência, por curso (%)

Variáveis/cursos	E-VR	E-BR	E-PO	MED	PEB	EI	SSO	Total
Género								
Feminino	82,9	80,8	84,2	76,4	91,2	100,0	94,1	86,0
Masculino	17,1	19,2	15,8	23,6	8,8	0,0	5,9	14,0
Classe etária								
17-19 anos	55,6	55,6	48,3	19,4	16,1	25,0	31,7	40,7
20-22 anos	35,9	38,3	48,7	58,4	58,9	50,0	45,5	46,6
≥ 23 anos	8,5	6,1	3,0	22,2	25,0	25,0	22,8	12,7
Proveniência								
Lugar	7,7	8,1	7,4	1,4	7,0	10,0	4,0	6,6
Aldeia	35,9	51,5	41,4	13,9	42,1	41,7	50,5	40,5
Vila	21,4	14,1	15,8	16,7	14,0	5,0	16,8	15,7
Cidade	35,0	26,3	35,5	68,1	36,8	43,3	28,7	37,2

Fonte: Dados do estudo.

O género feminino era largamente maioritário (86,0%) no total de participantes, bem como em curso, sendo o de EI exclusivamente (100%) frequentado por alunas (Tabela 1.). A classe etária maioritária era a dos 20-22 anos (46,6%), evidenciado em cinco dos sete cursos. A média da idade era os 20 anos, a moda os 18 anos e o desvio-padrão de 2,0 anos (dados não apresentados na Tabela 1.). A maioria dos alunos provinha da Aldeia (40,5%) na maioria dos cursos, com exceção do curso de EI e, sobretudo, do de MED que eram, na sua maioria, provenientes da cidade (Tabela 1.).

Práticas de Educação em Saúde

Perguntamos aos estudantes participantes no estudo se já tinham realizado algum tipo de experiência prática (estágio, prática pedagógica, ensino clínico ou outro) durante o curso que estavam a frequentar. Do total de estudantes, apenas, 40,9%, assinalaram que *Sim*, a grande maioria dos quais (94,5%) encontrava-se no 4º ano do curso.

Cruzamos a variável *Realização de experiência prática* (resposta: Sim/Não), com a variável “Cursos” (E-VR, E-BR, E-PO, MED, PEB, EI e SSO), tendo obtido diferenças altamente significativas ($\chi^2: p = 0,000$), sendo que os estudantes dos cursos de enfermagem de Vila Real (E-VR) e do Porto (E-PO) os que mais realizavam experiência prática (Resíduo Ajustado-RA, respetivamente, +3,2 e +1,1). Procedemos, ainda, ao cruzamento daquela variável dependente com a variável *Ano do curso*, obtendo-se também diferenças altamente significativas ($\chi^2: p = 0,000$), em que, tal como esperado, os estudantes do 4º

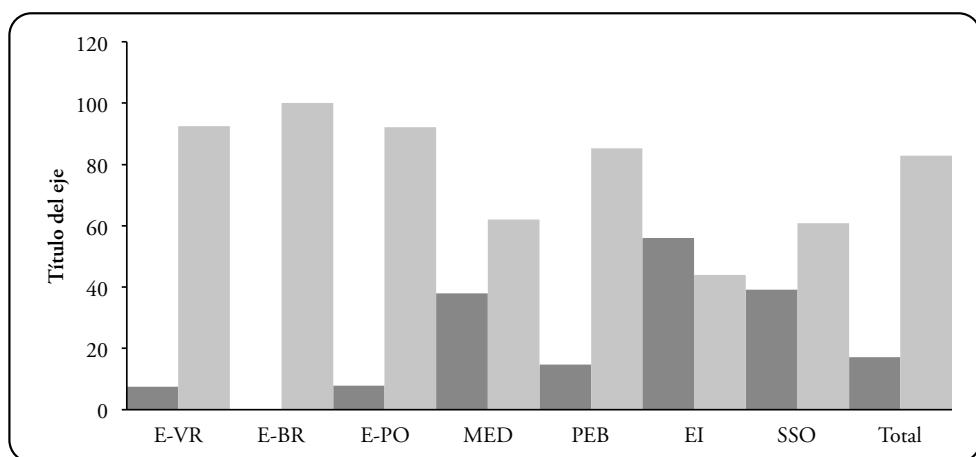
ano, em oposição aos do 1º de todos os cursos, disseram ter mais experiência prática, com um RA de +19,5. Estudantes do 1º ano de quatro cursos (E-VR, E-PO, PEB e EI) responderam mesmo que apenas raramente ou nunca tiveram prática de ES.

De entre o grupo de estudantes, que já tinham realizado algum tipo de experiência prática, a grande maioria (82,8%) indicou que já havia realizado especificamente *Práticas de ES* (Gráfico 1.).

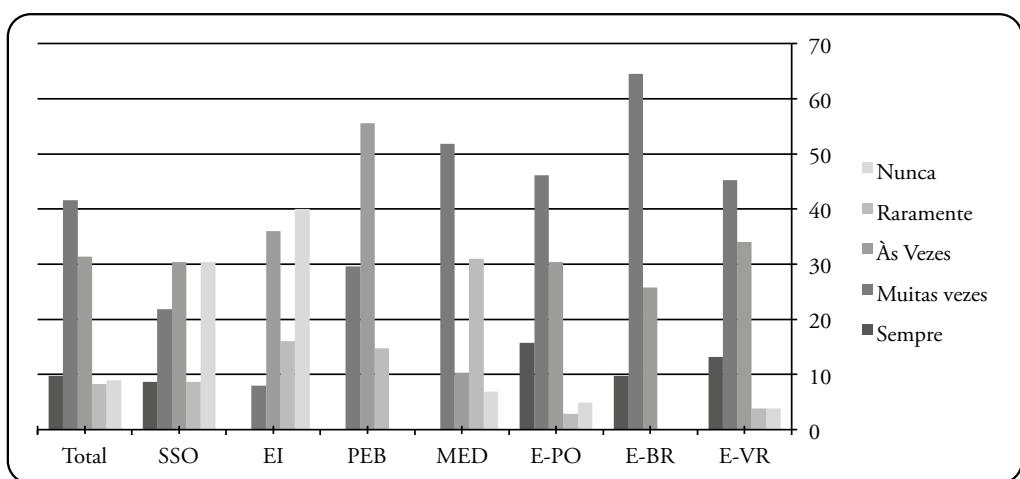
Existiam diferenças altamente significativas entre os diversos cursos ($\chi^2: p = 0,000$), quanto à realização de práticas de ES, sendo os três cursos de enfermagem (E-PO, E-BR e E-VR), os que mais se destacavam, apresentando um RA, respetivamente, de +3,1, +2,7 e +2,1. O teste estatístico ($\chi^2: p = 0,000$) confirmou que os estudantes do 4º ano (RA de +3,6) também realizavam mais práticas de ES do que os do 1º ano, tal como anteriormente verificado para a experiência prática em geral.

No que diz respeito à *Frequência das práticas de ES*, *Muitas vezes* foi a opção mais assinalada pelos estudantes dos cursos do setor da saúde (E-VR, E-BR, E-PO e MED), sendo que os de ensino e serviço social (PEB, EI e SSO) referiram essencialmente *Às vezes* ou *Nunca* (Gráfico 2.). Verificaram-se diferenças altamente significativas entre os cursos (Kruskal-Wallis: $p = 0,000$).

Encontraram-se diferenças significativas (Mann-Whitney: $p = 0,025$) também em relação à variável Ano, sendo que o 4º ano praticava com mais frequência ES do que o 1º ano.

Gráfico 1. Realização de práticas de ES por curso (%)

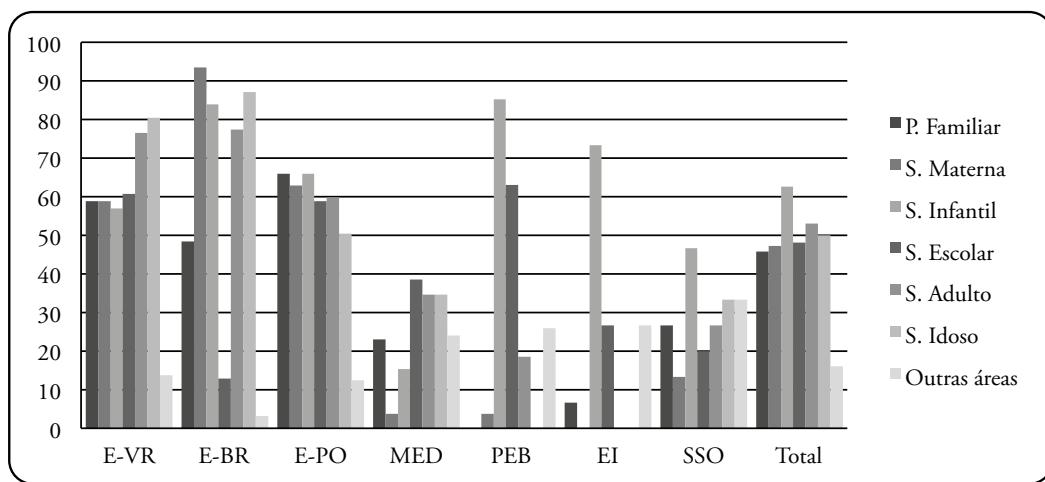
Fonte: Dados do estudo.

Gráfico 2. Frequência das práticas de ES por curso (%)

Fonte: Dados do estudo.

Cruzamos, ainda, a variável *Frequência das práticas de ES*, com a variável *Tipo de conceito de PrS*, categorizada em três categorias: (i) conceito *Abrangente*, baseado no conceito de PrS da Carta de Ottawa (5, 15, 20), da oms, apoiado na participação do cliente; (ii) conceito *Reducionista*, dirigido especificamente à prevenção da doença; e (iii) conceito *Misto*, incluindo as características de ambos os conceitos anteriores. Constatamos

que existem diferenças estatisticamente significativas (Kruskal-Wallis: $p = 0,01$), entre os estudantes com diferentes tipos de conceito de PrS, sendo que o grupo de estudantes que expressava o conceito *Abrangente* era também o que realizava práticas de ES com maior frequência, quando comparado com os estudantes que se enquadravam no conceito *Misto* e *Reducionista*.

Gráfico 3. Tipo de prácticas de ES por curso (%)

Fonte: Dados do estudio.

Classificamos a variável *Tipo de prácticas de ES* em sete categorias: (i) área de Planeamento Familiar, (ii) área de Saúde Materna, (iii) área de Saúde Infantil, (iv) área de Saúde Escolar, (v) área de Saúde do Adulto, (vi) área de Saúde do Idoso e (vii) outras áreas (Gráfico 3.).

Na totalidade dos inquiridos, a área mais frequentemente referida foi a de *Saúde Infantil* (23,1%) e a menos frequente a do *Planeamento Familiar* (16,9%). No que se refere às *Outras áreas*, a que foi indicada pela maior proporção de estudantes foi a área da *Saúde Mental*.

Constataram-se diferenças altamente significativas ($\chi^2: p = 0,000$), entre os cursos, quanto ao tipo de prácticas

de ES realizadas. Os estudantes dos diferentes cursos investiam em diferentes tipos de prácticas, como se pode visualizar na Tabela 2., através dos valores mais elevados do RA relativos a cada área e curso.

Salienta-se o grande volume de prácticas de ES dos estudantes do curso de E-BR nas áreas da *Saúde Materna*, *Saúde do Adulto* e *Saúde Infantil*, do curso de E-PO na área do *Planeamento Familiar* e *Saúde Escolar* e do curso de E-VR na área de *Saúde do Idoso*. É interessante verificar que o único curso que não é de enfermagem, mas que também investe bastante em prácticas de ES é o de Professores do Ensino Básico (PEB), a par com o de E-BR (RA +2,6) na área de *Saúde Infantil* (Tabela 2.).

Tabela 2. Áreas de prácticas de educação em saúde e respetivos RA

Área de ES	Curso (RA)	Curso (RA)
Saúde Materna	E-BR (+5,5)	E-PO (+3,9)
Planeamento familiar	E-PO (+5,0)	E-VR (+2,1)
Saúde do Idoso	E-VR (+4,8)	E-BR (+4,4)
Saúde do Adulto	E-BR (+2,9)	E-VR (+2,7)
Saúde Escolar	E-PO (+2,7)	E-VR (+2,0)
Saúde Infantil	E-BR (+2,6)	PEB (+2,6)

Fonte: Dados do estudio.

Quando inquiridos sobre a *Utilidade da Educação em Saúde*, a grande maioria dos estudantes (89,9%) disse considerá-la *Muito útil* e, apenas um grupo residual (0,6%), referiu esse processo ser *Muito inútil*, não se tendo encontrado diferenças estatisticamente significativas ($c^2: p = 0,751$), entre os grupos com diferentes opiniões, acerca da utilidade da ES: Muito inútil, um pouco inútil, nem útil/nem inútil, um pouco útil e muito útil.

Discussão

Do levantamento bibliográfico efetuado encontraram-se poucas pesquisas relativas às práticas de enfermeiros e de outros profissionais no campo da ES. No presente estudo, em que participaram estudantes do ensino superior das principais instituições da região norte de Portugal, verificou-se que os cursos do sector da saúde (E-VR, E-BR, E-PO e MED), principalmente os cursos de enfermagem, são os que realizam práticas de ES com maior frequência, ao contrário dos cursos de educação (PEB e EI) e de serviço social (SSO) que apresentaram menor frequência. No curso de EI, e só neste, o grupo de estudantes que não desenvolve práticas de ES é mesmo superior ao grupo que as realiza.

Por outro lado, verificou-se que as práticas de ES são essencialmente realizadas no 4º ano, mas quase raramente no 1º ano, existindo vários cursos (E-VR, E-PO, PEb e EI) nos quais os estudantes do 1º ano não fazem práticas de ES. Isto deve-se ao currículo tradicional dos cursos do ensino superior em Portugal que, de uma maneira geral, concentram as matérias teóricas nos primeiros anos, indo decrescendo a carga horária teórica ao longo do curso e, inversamente, indo aumentando a carga horária relativa às práticas no seu domínio de profissionalização. Sejam elas de estágio, prática pedagógica, ensino clínico, estágio ou outro, terminando no último ano quase todo o tempo dedicado às práticas profissionalizantes, no âmbito das quais se poderão desenvolver, ou não, práticas de ES, como pretendemos estudar na presente pesquisa.

Em um estudo anterior sobre as práticas de ES realizadas por profissionais de Enfermagem em exercício do distrito de Vila Real, foi encontrada uma frequência da realização das práticas de ES de 38,8%, proporção aproximada ao total dos estudantes inquiridos na presente pesquisa de estudantes, futuros profissionais (41,7%, ver Figura 2.). No entanto, se compararmos aqueles profissionais em exercício de Vila Real (21) com os estudantes da instituição da mesma cidade, E-VR, verifica-se que estes jovens praticam mais ES do que aqueles, referindo

Muitas vezes (45%) e *Sempre* (12%), em um total de 57% (ver Figura 2.).

Em relação ao tipo de práticas de ES, constata-se que os estudantes dos cursos de Enfermagem têm uma prática mais diversificada do que os estudantes dos outros cursos e com maior proporção de estudantes envolvidos em cada uma das áreas em estudo. Da análise dos RA (Resíduo Ajustado) do teste de c^2 , por área e curso, nota-se a ausência dos estudantes do curso de MED, que não se destacam em nenhuma das áreas em estudo, mas também dos estudantes de dois cursos não diretamente envolvidos no setor da saúde, EI e SSO. No entanto, os estudantes do curso de PEb (Professores do Ensino Básico) obtiveram um RA superior na área da Saúde Infantil, o que se comprehende, visto efetuarem as suas práticas com crianças em idade escolar, até aos 10 anos de idade. Estas diferenças entre os diversos cursos quanto ao tipo de práticas de ES podem ser explicadas pelas diferentes orientações e objetivos de profissionalização específica de cada curso, bem como pela eventual diferente dinâmica dos seus docentes e intenção de quem ensina (22).

Os resultados do presente estudo mostram que os estudantes que se enquadram mais no conceito *Abrangente* de PrS são também os que realizam mais práticas de ES comparativamente aos estudantes que se enquadram no conceito *Reducionista* ou *Misto*, sugerindo que as práticas de ES contribuem para alargar a visão do conceito de saúde. Já em estudos anteriores (20) se verificou um aumento geral do conceito *Abrangente* entre o 1º ano e o 4º ano, especialmente no curso de E-BR e no de PEb, contrariamente ao E-VR que manteve a visão *Reducionista* ou técnico-centrica da saúde. Naquele mesmo estudo (20), verificou-se ainda que a maioria dos estudantes atribuiu mais importância à perspetiva positiva da saúde, associando a perspetiva *Abrangente* essencialmente à área da *Saúde Escolar* e da PrS.

Na presente pesquisa, a área em que maior proporção de estudantes dizem desenvolver práticas de ES é a da *Saúde Infantil* (23,1%), enquanto no estudo anterior com profissionais de enfermagem em exercício do distrito de Vila Real (21) a maioria referiu a área da *Saúde do Idoso* (55,9%), facilmente explicável por ser o grupo etário que mais recorre aos serviços de saúde em Portugal. Se considerar apenas os estudantes do curso de enfermagem de Vila Real (E-VR) da presente pesquisa, verifica-se que é também a *Saúde do Idoso* a área preferencialmente trabalhada por estes estudantes (80%, ver Figura 3.).

Conclusões e implicações para o futuro

Da análise atenta dos resultados e sua discussão podem-se tirar as seguintes conclusões:

- Apenas 40,9% dos estudantes inquiridos já havia desenvolvido experiência prática, sendo que a maioria (82,8%) realizara práticas de ES.
- A maioria dos estudantes que realiza práticas de ES fá-lo muitas vezes (41,7%).
- O maior grupo de estudantes que realiza práticas de ES fá-lo na área da Saúde Infantil (23,1%).
- As características das práticas de ES parecem ser influenciadas pelas variáveis *Curso, Ano e Tipo de conceito de PrS*.
- Os estudantes dos cursos de enfermagem (E-VR, E-BR, E-PO) realizam práticas de ES com maior frequência que os estudantes dos outros cursos (MED, PEB, EI, SSO), sendo por isso os principais atores neste processo.
- As práticas de ES realizam-se predominantemente no 4º ano e raramente no 1º ano.
- Os estudantes dos cursos de enfermagem desenvolvem práticas de ES mais diversificadas do que os estudantes dos outros cursos.
- Os estudantes que se enquadram no conceito *Abrangente* de PrS realizam práticas de ES com maior frequência do que os estudantes que se enquadram no conceito *Reducionista* ou *Misto*.

As conclusões desta pesquisa permitem traçar um perfil do estudante do ensino superior que realiza práticas de ES: (i) frequenta um curso de Licenciatura em Enfermagem; (ii) encontra-se no 4º ano do curso; (iii) possui um conceito de PrS abrangente.

Espera-se que esta pesquisa seja um contributo para a caracterização do estudante do ensino superior português ligado diretamente ao sector da saúde (E-VR, E-BR, E-PO, MED) e indiretamente a ele, através do setor da educação e do serviço social (PEB, EI, SSO) no que diz respeito às práticas de ES. Os docentes de ES destes diversos cursos, bem como de outros cursos análogos, não só de Portugal, mas também de outros países, em particular os de língua oficial portuguesa, poderão utilizar os dados aqui apresentados e repensar os seus programas, de forma a melhorar a sua prática docente, contribuindo para a melhoria da ES. Isto torna-se ainda mais premente neste período de reorganização das estruturas curriculares dos cursos de ensino superior universitário e politécnico em Portugal e outros países europeus.

Referências

- (1) Organização Mundial da Saúde (oms). Constituição da oms. Genebra: oms; 1946.
- (2) Salleras L. Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Barcelona: Ediciones Díaz de Santos; 1985.
- (3) López V. Marco conceptual de educación para la salud. En: Frías Osuna A, editor. Salud pública y educación para la salud. Barcelona: Masson; 2000. pp. 399-408.
- (4) Scriven A. Promoting health: perspectives, policies, principles, practice. In: Scriven A, editor. Health promoting practice: the contribution of nurses and allied health professionals. London: Palgrave Macmillan; 2005. pp. 1-16.
- (5) Organização Mundial da Saúde (oms). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde [documento em Internet]. Lisboa: Divisão da educação para a saúde; 1986 [acesso: 02 ago 2011]. Disponível em: <http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Ottawa.pdf>
- (6) Dias JR. Filosofia da educação. Pressupostos, funções, método, estatuto. Rev Portuguesa de Filosofia. 1993 jan-jun;49(1/2):3-28.
- (7) Nutbeam D. Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion Inter. 2000;15(3):259-267.
- (8) Carvalho GS. Literacia para a Saúde: Um contributo para a redução das desigualdades em saúde. Em: Leandro ME, Araújo MM, Costa MS. Saúde: as teias da discriminação social. Actas do Colóquio Internacional Saúde e Discriminação Social. Braga: Universidade do Minho; 2003. pp.119-135.
- (9) Carvalho GS. Criação de ambientes favoráveis para a promoção de estilos de vida saudáveis. Em: Pereira B, Carvalho GS, editores. Actividade Física, Saúde e Lazer: A Infância e Estilos de Vida Saudáveis. Lisboa: Lidel; 2006. pp.19-37.
- (10) Freire P. Pedagogia do oprimido. 17^a Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1970.
- (11) Downie RS, Tannahill C, Tannahill A. Health promotion. Models and values. 2^a Ed. Oxford: University Press; 2000.
- (12) Green LW, Kreuter MW, Deeds SG, Partridge KB. Health education planning: a diagnostic approach. 1^a Ed. Mayfield: Palo Alto; 1980.

- (13) Antunes MTM, Shigueno LYO, Meneghin P. Pedagogical and conceptual models acting on nursing education planning: a bibliographic review. *Rev Esc Enferm USP [revista em Internet]*. 1999 [acesso: 02 ago 2011];33(2):165-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62341999000200008&script=sci_arttext
- (14) Silva KL, Sena RR, Grillo MJC, Horta NC, Prado PMC. Health promotion as a political decision in nursing education. *Rev Esc Enferm. USP [revista em Internet]*. 2007 [acesso: 02 ago 2011];41(Spe):826. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000500015&script=sci_arttext&tlng=es
- (15) Carvalho AA. Promoção da saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de enfermagem e de outros cursos do ensino superior [tese de doutoramento]. Braga: Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho; 2008.
- (16) Ewles L, Simnett I. Promoting health: a practical guide. 4th ed. London: Baillière Tindall; 1999.
- (17) Fortin MF. Fundamentos e etapas do processo de investigação. 1^a ed. Loures: Lusodidacta; 2009.
- (18) Parahoo K. Nursing research: principles, process and issues. 2nd ed. London: Palgrave Macmillan; 2006.
- (19) Pestana MH, Gageiro JN. Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS. 4^a Ed. Rev e Aument. Lisboa: Edições Sílabo; 2005.
- (20) Carvalho AA, Carvalho GS. Efeito da formação nas concepções de saúde e de promoção da saúde de estudantes do ensino superior. *Rev Port Saúde Pública*. 2010 jul-dez;18(2):161-170.
- (21) Carvalho AA, Carvalho GS. Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação. 1^a ed. Loures: Lusociência; 2006.
- (22) Pereira WR, Tavares CMM. Práticas pedagógicas no ensino de enfermagem: um estudo na perspetiva da análise institucional. *Rev Esc Enferm. USP [revista em Internet]*. 2010 [acesso: 02 ago 2011];44(4):1077-1084. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/32.pdf>

Respuestas de la mujer frente a los síntomas de Síndrome Coronario Agudo basados en el Modelo Conceptual del Manejo de los Síntomas

Responses from women to the symptoms of Acute Coronary Syndrome based in the Conceptual Model for the Handling of Symptoms

Respostas da mulher frente aos sintomas de Síndrome Coronária Aguda, baseados no Modelo Conceitual do Manejo dos Sintomas

CLARA INÉS PADILLA GARCÍA*
XIMENA SÁENZ MONTOYA**

Resumen

En este artículo se presentan los resultados de la investigación *Respuestas de la mujer frente a los síntomas de Síndrome Coronario Agudo basados en el Modelo Conceptual del Manejo de los Síntomas*. Es un estudio cuantitativo-descriptivo de corte transversal. Describe las acciones de respuesta de la mujer y el tiempo de dilación para solicitar ayuda ante los síntomas que sugieren Síndrome Coronario Agudo. La investigación incluyó 80 mujeres hospitalizadas en dos instituciones de Bucaramanga (Colombia) con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo, durante los meses de octubre del 2011 a abril del 2012. La información se obtuvo utilizando el Instrumento sobre la Experiencia del Síntoma en la Mujer con Síndrome Coronario Agudo y el formato de variables sociodemográficas. Se encontró que el 43.8% de las mujeres demoraron más de seis horas para decidir ir al servicio de urgencias una vez iniciados los síntomas, el 18% ignora los síntomas, el 15% toma remedios caseros, el 21.2% toma agua, el 12.5% respira

profundamente, el 35% espera a que pase la sintomatología y el 12.5% llama a una ambulancia.

Este estudio promueve la comprensión del fenómeno de respuesta de las mujeres ante los síntomas de Síndrome Coronario Agudo, en cuanto que son el tiempo de demora y las acciones a seguir los factores que influyen sobre la gravedad del síndrome.

Palabras clave: Salud de la Mujer; Síndrome Coronario Agudo; Tiempo de Reacción (Fuente: DeCS BIREME).

Abstract

This article presents the results of research *Responses of women from the Symptoms of Acute Coronary Syndrome based on the Conceptual Model of Symptom Management*. It is a descriptive cross-sectional quantitative study. It describes the response actions of women and their delay time when searching for help as they present symptoms suggestive of acute coronary syndrome. The sample included 80 women with confirmed diagnosis who were hospitalized in two institutions of Bucaramanga (Colombia), during the months of October 2011 to April 2012. The information was obtained using the response instrument domain on the Symptom Experience in Women with acute coronary syndrome and socio-demographic format. We found that 43.8% of women took more than six hours to decide whether to go to the emergency room after symptom

* Magíster en Enfermería con Énfasis Cardiovascular, Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Enfermería en Atención de Enfermería en Cuidados Críticos, Universidad Industrial de Santander. Docente Asistente, Programa Enfermería, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia. E-mail: cpadilla@unab.edu.co

** Magíster en Enfermería, Universidad del Valle. Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. E-mail: xsaenzm@unal.edu.co

onset, 18% ignores symptoms, 15% takes home remedies, 21.2% drinks water, 12.5% breathes deeply, 35% hopes for the symptoms to disappear and 12.5% calls an ambulance. This study furthers the understanding about phenomenon of women's response, with symptoms of acute coronary syndrome, with the delay time and the actions to be the factors that influence the severity of the syndrome.

Key words: Women's Health; Acute Coronary Syndrome; Reaction Time (Source: DECS BIREME).

Resumo

Neste artigo se apresentam os resultados da pesquisa *Respostas da mulher frente aos sintomas de Síndrome Coronária Aguda baseados no Modelo Conceitual do Manejo dos Sintomas*. É um estudo quantitativo-descritivo de corte transversal, descreve as ações de resposta da mulher e o tempo de dilatação para solicitar ajuda ante os sintomas que sugerem Síndrome Coronária Aguda. A pesquisa incluiu 80 mulheres hospitalizadas em duas instituições de Bucaramanga (Colômbia) com diagnóstico de Síndrome Coronária Aguda, durante os meses de outubro de 2011 a abril de 2012. A informação se obteve utilizando o Instrumento sobre a Experiência do Sintoma na mulher com Síndrome Coronária Aguda e o formato de variáveis sociodemográficas. Encontrou-se que 43,8% das mulheres demoraram mais de seis horas para decidir ir ao serviço de urgências uma vez iniciados os sintomas, 18% ignora os sintomas, 15% toma remédios caseiros, 21,2% toma água, 12,5% chama uma ambulância. Este estudo promove a compreensão do fenômeno de resposta das mulheres antes os sintomas de Síndrome Coronária Aguda, já que são o tempo de dilatação e as ações a seguir, os fatores que influem sobre a gravidade do síndrome.

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Síndrome Coronária Aguda; Tempo de Reação (Fonte: DECS BIREME).

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo: cada año mueren más personas por enfermedad cardiovascular que por cualquier otra causa. Se calcula que en el 2030 morirán cerca de 23,6 millones de personas por enfermedad cardiovascular, sobre todo por cardiopatías y accidente cerebrovascular, y se prevé que éstas sigan siendo la principal causa de muerte (1). En Colombia, las enfermedades isquémicas del corazón son la primera causa de muerte: en el 2010 murieron 29.373 personas por esta enfermedad y en Santander el panorama no es diferente, ya que se reportaron 1.337 muertes, ocupando el primer lugar de mortalidad (2).

El tiempo que demoran las mujeres con enfermedad coronaria (EC) en llegar al hospital es superior al de los hombres (3, 4); de igual manera, existe una diferencia en el inicio del tratamiento y la realización de los medios diagnósticos (5, 6, 7, 8, 9). La mayoría de las investigaciones han medido el tiempo de dilación *n*, el cual ha sido medido en minutos y horas, pero sin ningún tipo de descripción de lo que ocurrió durante el tiempo transcurrido en que la mujer toma la decisión de buscar asistencia médica (10). Adicionalmente, no existe un consenso acerca de la razón por la cual las mujeres demoran en buscar tratamiento para los síntomas de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) (4), debido a que en ellas se encuentran diversos comportamientos y factores que influyen en el momento de acudir a la consulta ante eventos coronarios. Lo cierto es que esa demora tiene repercusiones importantes tanto para la mujer como para la sociedad en general.

El retardo que tienen las mujeres para solicitar la consulta y las respuestas que tienen frente a la presencia de los síntomas de Síndrome Coronario Agudo (SCA) constituyen una parte de la problemática relacionada con la mujer con enfermedad coronaria y es uno de los fenómenos de enfermería que requiere de más investigaciones que amplíen este conocimiento. A su vez, es necesario utilizar metodologías científicas que aseguren totalmente la confiabilidad de los hallazgos, de tal manera que favorezcan el fortalecimiento de la profesión como disciplina.

El tiempo que las mujeres se toman antes de pedir ayuda al presentar la sintomatología de SCA ha sido objeto de varias investigaciones, las cuales miden el retardo para solicitar la consulta, pero a pesar de que este tiempo es una importante medida, es insuficiente para comprender lo complejo de las decisiones y comportamientos de la mujer. Además, para entender el proceso es importante comprender las fases desde la percepción hasta la respuesta (11).

Este estudio promueve la comprensión del fenómeno de respuesta de las mujeres ante los síntomas que sugieren un SCA, pues es un importante factor que influye en el comportamiento para la búsqueda de ayuda y tratamiento, y por tanto, en la demora en realizar dichas acciones.

Objetivo general

Describir las acciones de respuesta de la mujer y el tiempo de demora para solicitar ayuda ante los síntomas que sugieren un Síndrome Coronario Agudo (SCA).

Marco conceptual

Para efectos de esta investigación, se adoptó el Modelo Conceptual del Manejo de los síntomas (12), el cual contempla los conceptos de la experiencia del síntoma, las estrategias del manejo de los síntomas y los resultados. Los conceptos están estructurados dentro de las dimensiones del meta-paradigma de la ciencia de enfermería (persona, salud-enfermedad y medio ambiente).

En la experiencia del síntoma se contempla la percepción, la evaluación y la respuesta al cambio en una sensación usual (13). La percepción del síntoma se refiere a si un individuo advierte un cambio respecto a la forma en que él o ella siente y se comporta. Las personas evalúan sus síntomas al hacer juicios sobre la gravedad, las causas, el tratamiento y el efecto de los síntomas en sus vidas. Las respuestas a los síntomas incluyen características fisiológicas, psicológicas, socioculturales y componentes de comportamiento (12).

El síntoma es una experiencia subjetiva que refleja los cambios en el funcionamiento biopsicosocial, sensaciones o la cognición de un individuo (12); las respuestas son la búsqueda de ayuda y de estrategias más efectivas para eliminar o minimizar el síntoma (13); las acciones de respuesta son el tipo de actividad realizada por la mujer u otras personas cuando los síntomas ocurren; y el tiempo de demora son las horas transcurridas desde que la mujer experimenta los síntomas hasta recibir tratamiento (11).

Metodología

El presente estudio es cuantitativo de corte transversal, fue realizado en los servicios de hospitalización y cuidado intensivo de dos instituciones del área metropolitana de Bucaramanga, Colombia, desde octubre del 2011 hasta abril del 2012. Los criterios de inclusión fueron: mujeres mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de SCA —cambios electrocardiográficos, biomarcadores químicos, angiografía coronaria, ecocardiograma estrés— que hablaron español y aceptaran su participación mediante la firma del consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron: mujeres con incapacidad mental o verbal para responder al cuestionario y quienes desarrollaron el evento estando hospitalizadas en la institución.

Para el cálculo de la muestra se utilizó el programa *Stat-Calc* del paquete estadístico *EpiInfo 7TM*, de acuerdo a los siguientes parámetros: proporción esperada de 90% de las mujeres que no realizan las acciones debidas ante la presencia de un síntoma que sugiere un Síndrome

Coronario Agudo y se demoran más de una hora en solicitar ayuda, un nivel de precisión del 6% y un nivel de confianza del 95%. Teniendo en cuenta estas variables, la muestra para el estudio fue de 80 mujeres en total y el muestreo se realizó por conveniencia.

La información se recolectó utilizando la Dimensión de Respuesta del Instrumento sobre la Experiencia del Síntoma en la mujer con SCA: percepción, evaluación y respuesta (11) y el formato de variables sociodemográficas. La dimensión de respuesta permite evaluar las acciones de respuesta a través de la pregunta: *¿Para responder a lo que estaba sintiendo lo que usted hizo fue...?* y tenía como posibles respuestas: *ignorarlo, tomar remedios caseros, tomar agua, respirar profundamente, esperar a que pasara y llamar a una ambulancia*. Con respecto a los datos demográficos, se evaluaron las variables *estrato socioeconómico, escolaridad, estado civil, ocupación, factores de riesgo modificables y no modificables, lugar de residencia, lugar donde iniciaron los síntomas, acompañante de la mujer al ir a urgencias y características clínicas*. Entre las variables de tiempos de demora se incluyeron el tiempo que esperó para decidir ir al servicio de urgencias, tiempo que demoró en llegar al servicio de urgencias, tiempo que demoró hasta ser atendida y tiempo que demoró hasta iniciar el tratamiento. Se realizó una revisión de historias clínicas para verificar los criterios de inclusión; posteriormente, se realizó la aplicación del instrumento a cada una de las mujeres, previo diligenciamiento del consentimiento informado. Una vez depurada la base de datos final, se exportó al programa *STATA 12.0* para análisis estadístico. Todas las pruebas de hipótesis estadísticas se hicieron a un nivel *Alpha* de 5%. Para el análisis univariado, el procesamiento de los datos se efectuó mediante distribuciones de frecuencia, medidas de tendencia central y variabilidad. Las variables cualitativas se presentaron a través de frecuencias absolutas y relativas; las variables cuantitativas con distribución normal se describieron con media y desviación estándar. La distribución normal de las variables continuas se evaluaron mediante la prueba de *Shapiro&Wilk*. Las variables continuas con distribución no normal se presentaron mediante la mediana y el rango intercuartil.

Resultados

Entre las variables sociodemográficas se encontró que el 53.8% (IC 95%: 42.9-64.3) de las mujeres pertenece al estrato socioeconómico 3. El 55% (IC 95%: 44.1-65.4) contaba con un nivel de escolaridad primaria (ver Tabla 1.). Con relación a las variables continuas, la edad no presentó una distribución normal (test de *Shapiro&Wilk* $p = 0.016$); el promedio de edad de la población de

estudio fue de 69.8 años (IC 95%: 67.3-72.3), con una mediana de 72 años, un valor mínimo de 44 años y uno máximo de 90 años. Respecto al peso, esta variable presentó una distribución normal (test de *Shapiro&Wilk* $p = 0.882$); el promedio del peso de las participantes fue de 62.8 kg (IC 95%: 60.5-65.0), con una desviación estándar de 9.9 kg. En cuanto a la Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo (FEVI), no presentó una distribución normal (test de *Shapiro&Wilk* $p = 0.021$); el promedio de FEVI de las pacientes fue de 48.5% (IC 95%: 45.2-51.7), con una mediana de 50%, un valor mínimo de 12% y uno máximo de 85%.

Los hallazgos encontrados en los factores de riesgo modificables (ver Tabla 2.) se caracterizan porque el 81.3% (IC 95%: 71.3-88.3) de las mujeres tenía

antecedentes previos de hipertensión arterial, el 33.7% (IC 95%: 24.3-44.6) de diabetes, el 11.3% (IC 95%: 6.0-20.0) presentó antecedentes de ser fumadoras, el 51.3% (IC 95%: 40.5-61.9) poseía como factor de riesgo el sedentarismo, el 32.5% (IC 95%: 23.2-43.4) era obesa, el 47.5% (IC 95%: 36.9-58.3) tenía antecedentes de dislipidemia y el 86.3% (IC 95%: 77.0-92.1) no tenía ningún tipo de reemplazo hormonal. En los factores de riesgo no modificables se encontró que el 61.3% (IC 95%: 50.3-71.2) de las mujeres tiene una edad mayor de 65 años, el 53.8% (IC 95%: 42.9-64.3) tiene historia familiar de enfermedad cardiovascular en hombres < 55 y mujeres < 65 años, el 47.5% (IC 95%: 36.9-58.3) tiene antecedentes de angina preexistente y el 42.5% (IC 95%: 32.3-53.4) antecedentes de IAM preexistente.

Tabla 1. Características sociodemográficas

Variable	n = 80	%	IC 95%
Estrato socioeconómico			
Uno	8	10.0	5.2-18.5
Dos	17	21.2	13.7-31.4
Tres	43	53.8	42.9-64.3
Cuatro	11	13.8	7.9-23.0
Cinco	—	—	—
Seis	1	1.2	0.2-6.7
Escolaridad			
Ninguna	15	18.8	11.7-28.7
Primaria	44	55.0	44.1-65.4
Secundaria	15	18.8	11.7-28.7
Universidad	3	3.7	1.3-10.5
Postgrado	3	3.7	1.3-10.5
Estado civil			
Soltera	7	8.7	4.3-17.0
Unión libre	4	5.0	2.0-12.2
Casada	31	38.8	28.8-49.7
Separada	7	8.7	4.3-17.0
Viuda	31	38.8	28.8-49.7
Ocupación			
Ama de casa	56	70.0	59.2-78.9
Trabaja fuera de casa	12	15.0	8.8-24.4
Pensionada	12	15.0	8.8-24.4

Fuente: Datos de la investigación.

Tabla 2. Factores de riesgos modificables y no modificables

Variable	n = 80	%	IC 95%
Factores de riesgo modificables			
Hipertensión arterial			
Sí	65	81.3	71.3-88.3
No	15	18.7	11.7-28.7
Diabetes mellitus			
Sí	27	33.7	24.3-44.6
No	53	66.3	55.4-75.7
Tabaquismo			
Sí	9	11.3	6.0-20.0
No	71	88.7	80.0-94.0
Sedentarismo			
Sí	41	51.3	40.5-61.9
No	39	48.7	38.1-59.5
Obesidad			
Sí	26	32.5	23.2-43.4
No	54	67.5	56.6-76.8
Dislipidemia			
Sí	38	47.5	36.9-58.3
No	42	52.5	41.7-63.1
Terapia hormonal			
Sí	11	13.7	7.9-23.0
No	69	86.3	77.0-92.1
Factores de riesgo no modificables			
Mujer > 65 años			
Sí	49	61.3	50.3-71.2
No	31	38.7	28.8-49.7
Historia familiar de hombres < 55 y mujeres < 65 años			
Sí	43	53.8	42.9-64.3
No	37	46.2	35.7-57.1
Angina Inestable Preexistente			
Sí	38	47.5	36.9-58.3
No	42	52.5	41.7-63.1
IAM Preexistente			
Sí	34	42.5	32.3-53.4
No	46	57.5	46.6-67.7

Fuente: Datos de la investigación.

El 92.5% (IC 95%: 84.6-96.5) de las mujeres tiene como lugar de residencia el área urbana (ver Tabla 3.), el 83.7% (IC 95%: 74.2-90.3) inició los síntomas en la

casa y las personas que acompañaron a las participantes al servicio de urgencias fueron los hijos, con un 63.8% (IC 95%: 52.8-73.4).

Tabla 3. Variables dominio medio ambiente

Variable	n = 80	%	IC 95%
Lugar de residencia			
Rural	6	7.5	3.5-15.4
Urbano	74	92.5	84.6-96.5
Lugar donde iniciaron los síntomas			
Casa	67	83.7	74.2-90.3
Trabajo	1	1.3	0.2-6.7
Supermercado	1	1.3	0.2-6.7
Otros	11	13.7	7.9-23.0
Acompañante de la paciente al ir a urgencias			
Ella misma	6	7.5	3.5-15.4
Hijos	51	63.8	52.8-73.4
Esposo	9	11.3	6.0-20.0
Otro familiar u otro	13	16.3	9.7-25.8
Vecino	1	1.3	0.2-6.7
Compañero de trabajo	—	—	—

Fuente: Datos de la investigación.

En el dominio salud/enfermedad (ver Tabla 4.), se evidencia que el diagnóstico más prevalente fue la angina inestable, con un 47.5% (IC 95%: 36.9-58.3), seguido de IAMSEST, con un 37.5% (IC 95%: 27.7-48.5); la clasificación *Killip* (específicamente para las mujeres que

tienen diagnóstico de IAM) más prevalente es el *Killip* I, con un 69% (IC 95%: 54-80.9) y la fracción de eyección mayor del 50% tiene una prevalencia del 52.5% (IC 95%: 41.7-63.1).

Tabla 4. Características clínicas

Variable	n = 80	%	IC 95%
Diagnóstico actual			
IAMCEST	12	15.0	8.8-24.4
IAMSEST	30	37.5	27.7-48.5
Angina inestable	38	47.5	36.9-58.3
Clasificación Killip			
<i>Killip</i> I	29	69.0	54.0-80.9
<i>Killip</i> II	10	23.8	13.5-38.5
<i>Killip</i> III	2	4.8	1.3-15.8
<i>Killip</i> IV	1	2.4	0.4-12.3
Fracción de eyección posterior al evento			
Menor del 50%	38	47.5	36.9-58.3
Mayor del 50%	42	52.5	41.7-63.1

Fuente: Datos de la investigación.

Tabla 5. Distribución de las variables de tiempo de demora

Variable	n = 80	%	IC 95%
Tiempo que esperó para decidir ir al servicio de urgencias			
Menos de 1 hora	27	33.7	24.3-44.6
Entre 1 y 6 horas	18	22.5	14.7-32.8
Más de 6 horas	35	43.8	33.4-54.7
Tiempo que demoró en llegar al servicio de urgencias			
Menos de 1 hora	75	93.8	86.2-97.3
Entre 1 y 6 horas	4	5.0	2.0-12.2
Más de 6 horas	1	1.2	0.2-6.7
Tiempo que demoró hasta ser atendida			
Menos de 1 hora	74	92.5	84.6-96.5
Entre 1 y 6 horas	6	7.5	3.5-15.4
Más de 6 horas	—	—	—
Tiempo que demoró hasta iniciar tratamiento			
Menos de 1 hora	70	87.5	78.5-93.1
Entre 1 y 6 horas	9	11.3	6.0-20.0
Más de 6 horas	1	1.2	0.2-6.7

Fuente: Datos de la investigación.

Tabla 6. Distribución de las variables acciones de respuesta frente a los síntomas

Variable	n = 80	%	IC 95%
Ignorarlo			
Sí	15	18.7	11.7-28.7
No	65	81.3	71.3-88.3
Tomar remedios caseros			
Sí	12	15.0	8.8-24.4
No	68	85.0	75.6-91.2
Tomar agua			
Sí	17	21.2	13.7-31.4
No	63	78.8	68.6-86.3
Respirar profundamente			
Sí	10	12.5	6.9-21.5
No	70	87.5	78.5-93.1
Esperar a que pasara			
Sí	28	35.0	25.5-45.9
No	52	65.0	54.1-74.5
Llamar una ambulancia			
Sí	10	12.5	6.9-21.5
No	70	87.5	78.5-93.1

Fuente: Datos de la investigación.

Con respecto a la distribución de las variables de tiempo de demora (ver Tabla 5.), el 43.8% (IC 95%: 33.4-54.7) de las mujeres demoró más de seis horas para decidir ir al servicio de urgencias una vez iniciados los síntomas; con respecto al tiempo de demora para llegar al servicio de urgencias, tiempo de demora hasta ser atendida y tiempo de demora hasta iniciar el tratamiento, presentaron una demora de menos de una hora el 93.8% (IC 95%: 86.2-97.3), el 92.5% (IC 95%: 84.6-96.5) y el 87.5% (IC 95%: 78.5-93.1) respectivamente.

Dentro de las acciones de respuestas ante la presencia de la sintomatología (ver Tabla 6.), se encontró que el 18% (IC 95% 11.7-28.7) ignora los síntomas, el 15% (IC 95%: 8.8-24.4) toma remedios caseros, el 21.2% (IC 95%: 13.7-31.4) toma agua, el 12.5% (IC 95%: 6.9-21.5) respira profundamente, el 35% (IC 95%: 25.5-45.9) espera a que pase la sintomatología y el 12.5% (IC 95%: 6.9-21.5%) llama a una ambulancia.

Discusión

La demora para el inicio del tratamiento del SCA es un contribuyente significativo con la carga de morbilidad de las enfermedades cardiovasculares, debido a que un número importante de individuos que demora en buscar atención desarrolla potencialmente complicaciones prevenibles y la falta de tratamiento oportuno es un factor determinante del tamaño del infarto y de la función cardiaca (14). El tiempo de demora y las acciones de las mujeres ante la sintomatología de SCA se encuentra influenciado por diversos factores. Estos factores hacen que el tiempo de demora sea mayor al tiempo óptimo para obtener un tratamiento oportuno, generando aumento en la morbilidad en las mujeres. Existe diversos factores clínicos o sociodemográficos que pueden estar relacionados con los tiempos de dilación y acciones de respuesta, por lo que es necesario reconocer esos factores para disminuir la morbilidad en las mujeres.

Con respecto al tiempo de dilación, en este estudio se encontró que la variable categórica de tiempo para decidir solicitar ayuda que tuvieron las mujeres una vez iniciados los síntomas fue mayor de seis horas, con un 43.8%. El hallazgo de tiempo de demora corresponde a lo reportado en el trabajo de Céspedes (11), en la cual se sustenta que las mujeres demoran más de seis horas en solicitar ayuda, con un 78.4%. Además, la literatura reporta una variabilidad en el tiempo de demora de solicitud de ayuda de las mujeres que se encuentra desde menos de una hora hasta más de 48 horas (15, 16, 17, 18). Estos hallazgos evidencian claramente la variabilidad que las mujeres presentan en el tiempo de tomar la

decisión de buscar ayuda para la sintomatología que viene presentando y hace evidente que las mujeres toman una serie de acciones como respuesta a los síntomas. Las mujeres una vez tomada la decisión de solicitud de ayuda demoraron menos de una hora en llegar al servicio de urgencias, con un 93.8%; al respecto, la literatura reporta medianas de entre 2 y 12 horas (19, 20, 21).

El transporte al hospital consume sólo una proporción muy pequeña de la demora mientras se dirigen al hospital. Una vez que los pacientes llegan para recibir atención, la demora en la fase hospitalaria es pequeña en comparación con las otras fases. La etapa más larga de retraso sigue siendo el tiempo de reconocimiento de los síntomas y de la decisión de buscar ayuda (14). Esta aseveración es evidente en el estudio, pues los tiempos de demora de más de seis horas se observan en el momento en que la mujer debe decidir solicitar ayuda en tanto se inician los síntomas (43.8%).

Con respecto al transporte al hospital, las mujeres pueden transportarse solicitando una ambulancia o medios de transporte privados. La renuencia a llamar una ambulancia es un factor importante que contribuye a la demora en el inicio de una atención médica y por lo tanto, en el inicio del tratamiento. Las mujeres llaman primero a sus amigos, familiares o al personal médico antes que llamar al 911 o buscar atención de emergencia inmediatamente, pues se dice que las mujeres mencionan tener vergüenza de generar molestias y abusar del sistema 911, produciendo que adopten medidas rápidas de manejo (22). Las mujeres se trasladan en mayor proporción en carros particulares antes de llamar a una ambulancia (23). Un hallazgo al respecto de este estudio es que solamente el 12.5% de las mujeres llamó una ambulancia como respuesta a los síntomas de SCA.

El hecho de que en menos de una hora la mujer llegue a los servicios de urgencias y que la atención médica e inicio de tratamiento se realice también en menos de una hora es un hallazgo favorable para las mujeres, ya que la instauración del tratamiento definitivo para el SCA debe empezar dentro de una hora de iniciados los síntomas. Pero la tardanza entre el momento en que las mujeres experimentan la sintomatología de SCA y la decisión de solicitar ayuda contribuye al aumento de la morbilidad y mortalidad, debido a que el tiempo es fundamental para el inicio de estrategias de reperfusión: la inmediata puesta en acción de las estrategias mejoran las tasas de supervivencia hasta en un 50% si la reperfusión se logra dentro de una hora de iniciado los síntomas y un 23% si se logra a menos de tres horas de presentarse los síntomas (14).

La mayoría de los estudios que han medido los tiempos de demora de las mujeres con sintomatología de SCA reporta medias y medianas del tiempo de dilación desde el inicio de los síntomas hasta llegar al hospital (demora pre-hospitalaria) entre 1.8 horas y 7.3 horas y entre 1 hora y 4.42 horas, respectivamente (16, 25, 26, 27, 28, 29, 30).

Con respecto a la edad, es importante tener en cuenta que esta variable según los estudios influye significativamente en el tiempo de demora para solicitar ayuda ante la sintomatología de SCA. Diversos estudios evidencian que las mujeres mayores tienden a demorar más que las mujeres jóvenes (17, 18, 31, 32, 33), generando un aumento de mortalidad en las mujeres por edad avanzada (19, 35, 36, 37) o peor pronóstico (19, 38). Sin embargo, existen otros estudios en cuyos hallazgos no se evidencia relación entre la edad y la demora en la decisión de buscar ayuda (26, 39). Las mujeres mayores, especialmente las mayores de 65 años, generalmente no vinculan sus condiciones de salud a un mayor riesgo de un ataque al corazón, sobre todo después de la menopausia (22). Debido a los efectos protectores de los estrógenos, la mujer suele ser 10 años mayor que el hombre cuando padecen ataques corazón, esto hace que exista un doble riesgo (mujeres y mayores) de demora en la búsqueda de tratamiento (4). En este estudio el promedio de edad de la población fue de 69.8 años.

Un factor importante es la ubicación del individuo cuando comienzan los síntomas. El comienzo de los síntomas en el hogar se asocia con el retraso en llegar al hospital. Esta asociación es especialmente significativa, ya que casi tres cuartas partes de los pacientes están en casa cuando aparecen los síntomas. En este estudio el 83.7% de las mujeres inicia la sintomatología en el hogar, así como se evidencia en otros estudios (23, 25, 29).

Hay estudios que reportan que las mujeres demoran más cuando se encuentran con el esposo y familiares en el momento de presentarse los síntomas (23, 25), ya que suelen recomendar estrategias que incrementan la demora (14); aunque hay otros que reportan que los familiares, amigos u otras personas no impactan en el tiempo de tardanza (24). Los tiempos de respuesta más rápidos se encuentran en las que están con un compañero de trabajo o un compañero que no es un miembro de la familia (23).

Una de las respuestas de las mujeres ante la sintomatología de SCA en el presente estudio es ignorar los síntomas, con un 18.7%, dato que coincide con los hallados en otros estudios en donde refieren que las mujeres cuando

presentan la sintomatología pretenden ignorar lo que sucede o piensan que lo que está sucediendo no es nada malo (14, 23, 40), debido posiblemente al desconocimiento de los síntomas (3, 14, 21, 23, 34) y a la falta de similitud entre los síntomas esperados y los experimentados (26, 32). Sin embargo, se ha encontrado que cuando los síntomas son tan severos, la decisión de solicitar ayuda es independiente de las ideas preconcebidas que se tengan acerca de un IAM (26). Existen estudios que reportan que esta falta de similitud entre los síntomas esperados y los experimentados no afecta el tiempo de decisión en las mujeres (24).

Un aspecto importante al momento de ignorar los síntomas es que las mujeres anteponen el ejercicio de sus propios roles sobre su propio autocuidado, relegándolo a un segundo plano y por lo tanto dejando a un lado la responsabilidad de su propia salud (15, 22, 23, 25). Otro factor influyente para que las mujeres ignoren la sintomatología es el atribuir los síntomas a otras condiciones preexistentes y no creer que estén sufriendo un ataque al corazón (23, 25). Las razones para ello son la edad avanzada, la ambigüedad de los síntomas y la percepción de tener un buen estado de salud (22).

Existen relaciones inherentes al proceso del manejo del síntoma en el momento de solicitar la atención como la capacidad de reconocer el origen y la gravedad del problema (21), los cuales hacen que las mujeres posiblemente ignoren el cuadro que presentan. Otro de los aspectos que repercute en la demora de la solicitud de ayuda por parte de las mujeres es la atribución de la causa (15) y la baja percepción del riesgo que tienen para las enfermedades cardiovasculares (22, 16, 23), sobre todo si la mujer tiene buenos hábitos de vida, si tiene una atención médica regular o si considera que su aspecto es saludable, ya que piensan en repetidas ocasiones que no creen que son el tipo de personas que tienen problemas del corazón y que estas enfermedades son más comunes en los hombres. Si las mujeres no se perciben en riesgo de un ataque al corazón, minimizan sus síntomas, buscan otras explicaciones para los síntomas y de esta manera retrasan la búsqueda de tratamiento en el hospital (42), aunque las mujeres que tienen historia de enfermedad coronaria familiar o historia personal de diabetes y son fumadoras perciben que tienen mayor riesgo (22).

Las mujeres tienen mayor capacidad de control personal, así como de controlar los síntomas (3, 23) y la situación (3, 8, 15, 16, 41), por lo que presentan una convivencia con los síntomas a lo largo del tiempo (15), hecho evidente en el presente estudio, pues un gran

porcentaje de las mujeres demora más de seis horas para solicitar la consulta y realizan actividades como tomar remedios caseros, tomar agua, respirar profundamente o simplemente esperar a que pase la sintomatología como signo de control.

Otra acción de respuesta es la automedicación; éste evidentemente es un factor que influye en el momento de tomar las decisiones. La automedicación ha sido documentada como una causa frecuente de retraso entre los pacientes con SCA, incluyendo aquellos con historial de IAM o angina (3, 14, 34). En este estudio se encontró que el 15% de las mujeres con SCA tomó remedios caseros y el 21.2% tomó agua ante la presencia de la sintomatología; cabe resaltar que en el grupo se encuentran mujeres que instauran tanto remedios caseros como las que toman medicamentos prescritos por el médico con anterioridad. Estos hallazgos corresponden con lo reportado en la literatura en la cual se sustenta que las mujeres pueden asumir conductas de automedicación (3, 18, 40) y por lo tanto controlar la situación presentada.

En el presente estudio se encontró que el 35% de las mujeres esperó a que pasara la sintomatología, hallazgo referenciado por otros estudios en donde se refiere que este tipo de respuesta influye en la demora de consulta en las mujeres (14, 29, 40). La literatura reportó que durante la espera de las mujeres a que la sintomatología pase, éstas optan por relajarse (23, 24, 25), sentarse o acostarse (18) y orar (23). Otro importante hallazgo en el presente estudio es que las mujeres en un 12.5% optan por respirar profundamente una vez iniciados los síntomas.

Conclusiones y Recomendaciones

La presente investigación reporta que el 43.8% de las mujeres demoró más de seis horas para decidir ir al servicio de urgencias luego de empezar los síntomas, el 93.8% se tomó un tiempo de demora para llegar al servicio de menos de una hora, el 92.5% se demoró menos de una hora para ser atendida y el 87.5% tuvo un tiempo de dilación de menos de una hora para iniciar el tratamiento. Con respecto a las respuestas de la mujer frente a los síntomas de SCA, se reportó que el 18% de las mujeres ignoró los síntomas, el 15% tomó remedios caseros, el 21.2% tomó agua, el 12.5% respiró profundamente, el 35% esperó a que pasara la sintomatología y el 12.5% llamó a una ambulancia. Las respuestas y los tiempos de demora de la mujer frente a los síntomas de SCA basada en el Modelo Conceptual del Manejo de los Síntomas proporcionan un indicio importante para:

- Desarrollar estrategias de intervenciones propias para el cuidado de la mujer con SCA.
- Formular planes de educación dirigidas tanto al profesional de enfermería como a la mujer y la familia.
- Implementar estrategias de intervención en el área clínica y comunitaria.
- Evaluar las intervenciones para conocer su efectividad e impacto en las respuestas de las mujeres con SCA.
- Implementar sistemas eficaces en las áreas de *triage* de los servicios de urgencias que permitan al profesional de enfermería identificar rápidamente el evento e iniciar un manejo oportuno.
- Avanzar en el cumplimiento de los objetivos del milenio, pues facilita y orienta en la selección de estrategias para combatir las enfermedades, desarrollando sistemas nacionales de salud más sólidos.
- Fortalecer el sistema educativo no sólo del profesional de enfermería sino también a nivel interdisciplinario con quienes tienen contacto con las mujeres que padecen esta enfermedad.
- Desarrollar más investigaciones que permitan evaluar las respuestas ante los síntomas de SCA.
- Generar una guía conceptual al profesional de enfermería para reconocer y dar la importancia al fenómeno de respuestas de la mujer ante la enfermedad.

Un aporte importante de la presente investigación desde el Modelo Conceptual del Manejo del Síntoma se asocia a la identificación de las diversas respuestas de la mujer y la forma como éstas contribuyen al entendimiento de los tiempos de demora de la mujer. De igual manera, permite evaluar individual y grupalmente los diversos tipos de respuestas y sirve como guía conceptual al profesional de enfermería para reconocer y dar importancia al fenómeno de respuestas de la mujer ante la enfermedad. Esto impactará directamente en los procesos de morbimortalidad en la región y a su vez el profesional de enfermería logrará comprender y gestionar los cuidados de enfermería y los servicios de las áreas de cuidado cardiovascular. Asimismo aporta a la teoría bases fundamentales que soportan la experiencia del síntoma en la dimensión de respuesta de las mujeres que cursan con procesos patológicos cardiovasculares o las mujeres que tienen riesgo de presentarlos y fortalece a su vez la evaluación por parte de la enfermería de las respuestas a los síntomas en donde se incluyan características socioculturales y comportamentales, tal como lo enumera el modelo. También, esta investigación contribuye sustancialmente al avance de más y nuevas investigaciones que favorezcan el entendimiento y desarrollo de los conceptos de la teoría (percepción, evaluación y respuestas) de manera individual y grupal.

Es necesario fomentar los conversatorios y discusiones de la dimensión de respuesta de la experiencia del síntoma con las comunidades académicas y no académicas para fortalecer la comprensión del fenómeno y las diversas respuestas de las mujeres ante la sintomatología.

Referencias

- (1) Organización Mundial de la Salud (oms). Enfermedades cardiovasculares [documento en Internet]. Centro de prensa oms; 2011. [acceso: 25 mar 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>
- (2) Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Estadísticas vitales. Defunciones no fetales. 2010 [documento en Internet]. Colombia; 2010 [acceso: 30 dic 2013]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/es/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones/118-demograficas/estadisticas-vitales/2869-defunciones-no-fetales-2011-preliminar>
- (3) Dempsey S, Dracup K. Women's decision to seek care symptoms of acute myocardial infarction. *Heart Lung*. 1995;24(6):444-456.
- (4) Lefler L, Bondy K. Women's delay in seeking treatment with myocardial infarction: a meta-synthesis. *J Cardiovasc Nurs*. 2004;19(4):251-268.
- (5) Echanove I, Cabadés A, Velasco J, Pomar F, Vall F, Francés M *et al*. Características diferenciales y supervivencia del infarto agudo de miocardio en la mujer. Registro de infartos agudos de miocardio de la ciudad de Valencia (RICVAL). *Rev Esp Cardiol*. 1997;50(12):851-859.
- (6) Anguita M, Alfonso J, Bertomeu V, Gómez J, López R, Pedreira M *et al*. Proyecto de estudio sobre la situación de la enfermedad cardiovascular de la mujer en España: conclusiones y recomendaciones finales. *Rev Esp Cardiol*. 2008;8(Supl D):55-58.
- (7) Wenger N. Coronary heart disease: diagnostic decision making. Social and contextual etiology of coronary heart disease in women. *Women's Health Gend Based Med*. 2000;9(9):967-978.
- (8) Rincón F, Garnica G, Villalobos M, Rodríguez J. Caracterización de los síntomas de angina en un grupo de mujeres con prueba de esfuerzo positiva. *Rev Colomb Cardiol*. 2007;14(3):159-172.
- (9) Cortés L. Tipificación del síntoma de dolor torácico tipo isquémico en la mujer, a la luz de la teoría de los síntomas desagradables. *Av Enferm*. 2007;25(2):76-89.
- (10) Rosenfeld A, Lindauer A, Darney B. Understanding treatment-seeking delay in women with acute myocardial infarction: descriptions of decisions-making patterns. *Am J Crit Care*. 2005;14(4):285-293.
- (11) Céspedes V. Modelo conceptual del manejo del síntoma: clasificación por percepción, evaluación y respuesta de mujeres con síndrome coronario agudo; originada por la construcción de un instrumento validado en Bogotá, Colombia [tesis doctoral]. Bogotá: Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia; 2009.
- (12) Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J *et al*. Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs*. 2001;33(5):668-676.
- (13) Humphreys J, Lee K, Carrieri KV, Puntillo K, Faucett J, Janson S *et al*. Theory of Symptom Management. In: Smith M, Liehr P, editors. Middle range theory for nursing. 2nd Ed. New York: Springer Publishing Company; 2008:145-154.
- (14) Moser D, Kimble L, Alberts M, Alonso A, Croft J, Dracup K *et al*. Reducing delay in seeking treatment by patients with acute coronary syndrome and stroke: a scientific statement from the American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing and Stroke Council [serial on Internet]. 2006 [access: 2011 oct 17];114:[about 14 screens] Available from: <http://circ.ahajournals.org>
- (15) Soto A. Factores que intervienen en la demora de la solicitud de atención médica o de enfermería en mujeres que presentan dolor torácico de origen coronario. *Av Enferm*. 2007;25(2):58-64.
- (16) Rosenfeld A. Treatment-seeking delay among women with acute myocardial infarction. *Nurs Res*. 2004;53(4):225-236.
- (17) McGinn A, Rosamond W, Goff D, Taylor H, Miles S, Chambless L. Trends in prehospital delay time and use of emergency medical services for acute myocardial infarction: experience in 4 US communities from 1987-2000. *Am Heart J*. 2005;150(3):392-400.
- (18) Lovlien M, Shei B, Hole T. Prehospital delay, contributing aspects and responses to symptoms among Norwegian women and men with first time acute myocardial infarction. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2007;6(4):308-313.
- (19) Martínez M, López R, Pérez E, Bueno H. Influence of age on gender differences in the management of acute inferior or posterior myocardial infarction. *Chest*. 2005;128:792-797.

- (20) Moriel M, Behar S, Tzivoni D, Hod H, Boyko V, Gottlieb S *et al.* Management and outcomes of elderly women and men with acute coronary syndromes in 2000 and 2002. *Arch Intern Med.* 2005;165:1521-1526.
- (21) Ayrik C, Ergene U, Kinay O, Nazli C, Unal B, Ergene O. Factors influencing emergency department arrival time and in-hospital management of patients with acute myocardial infarction. *Adv Ther.* 2006;23(2):244-255.
- (22) Finnegan J, Meischke H, Zapka JG, Leviton L, Meshack A, Garner B *et al.* Patient delay in seeking care for heart attack symptoms: findings from focus groups conducted in five US regions. *Prev Med.* 2000;31(3):205-213.
- (23) Moser D, McKinley S, Dracup K, Chung M. Gender differences in reasons patients delay in seeking treatment for acute myocardial infarction symptom. *Patient Edu Couns.* 2005;56:45-54.
- (24) Morgan D. Effect of incongruence of acute myocardial. *J Cardiovasc Nurs.* 2005;20(5):365-371.
- (25) Noureddine S, Arevian M, Adra M, Puzantian H. Response to signs and symptoms of acute coronary syndrome: differences between Lebanese men and women. *Am J Crit Care.* 2008;17(1):26-35.
- (26) Horne R, James D, Petrie K, Weinman, Vincent R. Patients' interpretation of symptoms as a cause of delay in reaching hospital during acute myocardial infarction. *Heart.* 2000;83(4):388-393.
- (27) Sarı I, Acar Z, Özer O, Erer B, Tekbas E, Ücer E *et al.* Factors associated with prolonged prehospital delay in patients with acute myocardial infarction. *Arch Soc Turk Cardiol.* 2008;36(3):156-162.
- (28) Grace S, Abbey S, Bisailon S, Shnek Z, Irvine J, Stewart D. Presentation, delay and contraindication to thrombolytic treatment in females and males with myocardial infarction. *Women's Health Iss.* 2003;13(6):214-221.
- (29) Banks A, Dracup K. Factors associated with prolonged prehospital delay of African Americans with acute myocardial infarction. *Am J Crit Care.* 2006;15(2):149-157.
- (30) Goldberg R, Yarzebski J, Lessard D, Gore J. Decade-long trends and factors associated with time to hospital presentation in patients with acute myocardial infarction. *Arch Intern Med.* 2000;160(21):3217-3223.
- (31) McSweeney J, Lefler L, Fischer E, Naylor A, Evans L. Women's prehospital delay associated with myocardial infarction. *J Cardiovasc Nurs.* 2007;22(4):279-285.
- (32) Zerwic J, Ryan CJ, DeVon HA, Drell MJ. Treatment seeking for acute myocardial infarction symptoms. *Nurs Res.* 2003;52(3):159-167.
- (33) Tubaro M, Danchin N, Goldstein P, Filippatos G, Hasin Y, Heras M. Tratamiento prehospitalario de los pacientes con IAMCEST. Una declaración científica del *Working Group Acute Cardiac Care* de la European Society of Cardiology. *Rev Esp Cardiol.* 2012;65(1):60-70.
- (34) Dracup K, Moser D, Eisenberg M, Meischke H, Alonso A, Braslow A. Causes of delay in seeking treatment for heart attack symptoms. *Soc Sci Med.* 1995;40(3):379-392.
- (35) Karlson B, Herlitz J, Hartford M. Prognosis in myocardial infarction in relation to gender. *Am Heart J.* 1994;128(3):477-483.
- (36) Berger J, Elliott L, Gallup D, Roe M, Granger CH, Armstrong P *et al.* Sex differences in mortality following acute coronary syndromes. *JAM-J. Am Med Assoc.* 2009;302(8):874-882.
- (37) Neill J, Adgey J. Predictors of excess mortality after myocardial infarction in women. *Ulster Med J.* 2008;77(2):89-96.
- (38) Wilkinson P, Laji K, Ranjadayalan K, Parsons L, Timmis A. Acute myocardial infarction in women: survival analysis in first six months. *Br Med J.* 1994;309:566-569.
- (39) Johansson I, Strömberg A, Swahn E. Ambulance use in patients with acute myocardial infarction. *J Cardiovasc Nurs.* 2004;19(1):5-12.
- (40) Leslie W, Urie A, Hooper J, Morrison CE. Delay in calling for help during myocardial infarction: reasons for the delay and subsequent pattern of accessing care. *Heart.* 2000;84(2):137-141.
- (41) Caldwell M, Miaskowski C. The symptom experience of angina in women. *Pain Manag Nurs.* 2000;1(3):69-78.
- (42) Lefler L. Perceived risk of heart attack: a function of gender? *Nurs Forum.* 2004;39 (2):18-26.

Cuidado del bebé en la cultura guambiana: una mirada desde la cosmovisión de las madres

Newborn care in the Guambian culture:
a view from the worldview of mothers

Cuidado do bebê na cultura guambiana:
um olhar desde a cosmovisão das mães

CLAUDIA CASTRO*

CARMITA CEPEDA**

VANESSA FLÓREZ***

MARTHA LUCÍA VÁSQUEZ****

Resumen

Introducción: La divergencia entre la cultura de madres guambianas con niños hospitalizados en una ucin y la cultura de los profesionales de enfermería *abre una brecha entre el saber cultural y el saber científico, lo que puede provocar que las madres no participen activamente de los cuidados básicos del recién nacido, debido, en parte, a que este medio es ajeno a su cultura.* Esta asimetría entre los dos saberes puede favorecer el incremento no sólo de la morbilidad sino también los reingresos hospitalarios de los recién nacidos.

Objetivo: Describir las prácticas y creencias sobre el cuidado básico del recién nacido que brindan las madres guambianas, cuyos hijos estuvieron hospitalizados en una ucin; presentar una propuesta de los diferentes modos de acción de cuidado con base en la teoría del cuidado cultural.

Método: Estudio cualitativo de grupos focales en el cual participaron madres guambianas hispanohablantes, mayores de 18 años, cuyos neonatos estuvieron hospitalizados en la ucin.

Resultados: Surgieron las siguientes categorías: la relación caliente/frío en el cuidado del neonato; la lactancia materna, alimento completo en la salud del bebé; la ombligada, un

enlace para favorecer el vínculo permanente con la madre; y la enchumbada, una manera de fortalecer los huesos del bebé.

Consideraciones finales: Quienes cuidan deben adquirir competencia cultural para brindar un cuidado congruente permitiendo identificar y diferenciar prácticas beneficiosas de aquellas que no lo son. La falta de respeto a la cultura y de congruencia en el cuidado no sólo agrede la dignidad de aquellas personas que no comparten nuestros puntos de vista, sino que los ahuyentan de los servicios aumentando cada vez la brecha entre las culturas.

Palabras clave: Cuidado del Niño; Enfermería Transcultural; Atención de Enfermería; Origen Étnico y Salud (Fuente: DECS BIREME).

Abstract

Introduction: The divergence between the culture of Guambian mothers with children hospitalized in a neonatal intensive care unit and the culture of the nursing professionals

* Enfermera. Especialista en Enfermería Neonatal. Enfermera Asistencial Clínica La Estancia. Docente Universidad del Cauca. E-mail: vanesitaw@hotmail.com

** Enfermera. Especialista en Enfermería Neonatal. Enfermera Asistencial Hospital Susana López de Valencia Popayán, Colombia. E-mail: anitabely@hotmail.com

*** Enfermera Especialista en Enfermería Neonatal. Enfermera Asistencial Clínica La Estancia. Docente Universidad del Cauca. E-mail: vanesitaw@hotmail.com

**** Enfermera. Enfermera Obstetriz. Magíster en Epidemiología. Doctora en Filosofía en Enfermería. Profesora Titular, Escuela de Enfermería Universidad del Valle, Cali, Colombia. E-mail: maluvasq@gmail.com

Recibido: 10/12/2012

Aprobado: 14/01/2014

there opens a gap between cultural knowledge and *scientific knowledge, which can keep the mothers from actively participating in the newborn's basic care, in part, because this is an environment foreign to their culture.* This asymmetry between cultural and scientific knowledge can favor the increase of morbidity and the rate of newborn readmissions.

Objective: To describe practices and beliefs on basic care of newborns offered by Guambian mothers, whose children were hospitalized in a nicu and submit a proposal for the different modes of action based on cultural care theory.

Method: Qualitative study of focal groups with the participation of Guambian mothers who spoke Spanish, were older than 18 years of age and whose newborns were hospitalized in a nicu.

Results: Three categories emerged: the cold/warm relationship in newborn care, breastfeeding as complete nutrition in the child's health; ombligada (naveling), a way to favor the permanent link with the mother; and the *enchumbada* (wrapping), which is allegedly a way of strengthening the child's bones.

Final considerations: It is the responsibility of caretakers to acquire the cultural skills to provide care that is consistent with the culture. Lack of respect for the culture and lack of congruency in care not only attacks the dignity of those individuals who do not share our points of view, but drives them away from healthcare services; thus, increasing the gap between the cultures.

Key words: Child Care; Transcultural Nursing; Nursing Care; Ethnicity and Health (Source: DECS BIREME).

Resumo

Introdução: A divergência entre a cultura das mães guambianas com filhos hospitalizados em uma ucin, e a cultura dos profissionais de enfermagem, abre uma brecha entre o saber cultural e o saber científico, o que pode provocar que as mães não participem ativamente dos cuidados básicos do recém-nascido, devido, em parte, a que este meio é alheio à cultura delas. Esta assimetria entre os dois saberes pode favorecer, não só o incremento da morbidade, mas também os reingressos hospitalares dos recém-nascidos.

Objetivo: Descrever as práticas e crenças acerca do cuidado básico do recém-nascido que oferecem as mães guambianas, cujos filhos estiveram hospitalizados em uma ucin e apresentar uma proposta das diferentes maneiras de ação de cuidado, baseada na teoria do cuidado cultural.

Método: Estudo qualitativo de grupos focais, no que participaram mães guambianas hispano falantes, de mais de 18 anos, cujos neonatos estiveram hospitalizados na ucin.

Resultados: Surgiram as seguintes categorias: a relação quente/frio no cuidado do recém-nascido; a lactânciia materna: alimento completo na saúde do bebê; o rito da ombligada: um enlace para favorecer o vínculo permanente com a mãe

e a *enchumbada*: (forma especial desta etnia para carregar as crianças) uma maneira de fortalecer os ossos do bebê.

Considerações finais: Quem cuidam devem adquirir competência cultural para brindar um cuidado congruente, permitindo identificar e diferenciar práticas benéfica daquelas que não o são. O desrespeito à cultura e a falta de congruência no cuidado, nem só agride a dignidade daquelas pessoas que não compartilham nossos pontos de vista, também os afugentam dos serviços, o que aumenta cada vez mais, a brecha entre as culturas.

Palavras-chave: Cuidado da Criança; Enfermagem Transcultural; Cuidados de Enfermagem; Origem Étnica e Saúde (Fonte: DECS BIREME).

Introducción

El cuidado que los profesionales de enfermería brindan a las personas y a las comunidades debe mínimamente ser coherente con su propia cultura. Para cuidar a personas de otras culturas, hay que desarrollar el esmero de cuidar universalmente, de sentirse capaz de identificarse con cualquier ser humano porque es humano (1). Este tipo de cuidado implica estudiar los cuidados de la salud de culturas diferentes a la propia, pues no se puede pretender que los cuidados de una cultura sean válidos para todas las demás. Desde esta óptica, Leininger (2) invita a través de la teoría transcultural del cuidado a describir y comprender los cuidados culturales a fin de identificar las similitudes y diferencias de los conglomerados humanos e identificar los modos de acción para promover y mantener las maneras en que se previene y se enfrenta a la enfermedad y las formas terapéuticas de abordarla.

Enfermeras de una Unidad de Cuidado Intensivo de Recién Nacidos (UCIN) de una institución de salud de nivel III en el suroccidente colombiano reconocieron que, a pesar de ser técnicamente competentes como profesionales de enfermería para ofrecer un cuidado integral a los neonatos, no conocían de qué manera los cuidados básicos eran realizados en la cultura de sus madres. Los niños hospitalizados en esta área, además de estar en *riesgo vital*, se encontraban en *riesgo social*, ya que en muchos casos iniciaban una relación más temprana con sus padres y al mismo tiempo se encontraban en un contexto adverso, pues lo que se oye y se ve hacer es contrario a lo que usualmente se vive en sus comunidades de origen, enfrentándose así a lo que desde la antropología se denomina el *choque cultural* (3).

La divergencia contundente entre la cultura de las madres y la cultura de los profesionales de enfermería junto al desconocimiento de las creencias y prácticas populares de las mujeres para proteger al recién nacido por parte

de los profesionales de enfermería, abre una brecha entre el saber cultural y el saber científico, situación que en el lugar del estudio se hizo evidente, pues las madres no participaban de los cuidados básicos del recién nacido, debido en parte a que este medio era ajeno a su cultura. Esta brecha, posterior al egreso del recién nacido, puede traer consecuencias para su salud, como hipotermia, hipoglucemia, sepsis o dificultad respiratoria, pues a pesar de que el personal de enfermería continuamente informa a los usuarios de los servicios acerca de los cuidados del recién nacido, lo hace desde su saber científico, sin tener en cuenta el componente cultural. Esta discrepancia entre los dos saberes favorece el incremento, no sólo de la morbilidad sino también de la tasa de reingresos de los recién nacidos (4).

Como una proporción importante de niños hospitalizados por diferentes causas en la UCIN correspondía a etnias indígenas, mayoritariamente a la etnia guambiana, fue ésta la población blanco para realizar el presente estudio. Se pretendió con esta investigación explorar, desde la perspectiva de la cultura indígena guambiana, cuáles eran las prácticas y creencias sobre el cuidado básico del recién nacido que brindaban las madres guambianas, cuyos hijos estuvieron hospitalizados en una unidad de cuidado intensivo neonatal para, a partir de la descripción cultural, identificar las prácticas que pueden ser preservadas, negociadas o reestructuradas, y de esta manera hacer un aporte al cuidado desde la mirada de la cultura.

Marco referencial

Cuidado trans-cultural

De acuerdo con Leininger (2), la enfermería transcultural es un área de estudio y de práctica centrada en el cuidado cultural, los valores, las creencias y las prácticas de individuos o grupos de similar o diferente cultura. Esto con el fin de proporcionar cuidado de enfermería a nivel de una cultura específica o universal en promoción de la salud o el bienestar, o para ayudar a las personas de una forma culturalmente significativa a enfrentarse a condiciones humanas desfavorables, enfermedades o la muerte. Esta definición contiene ideas importantes con énfasis en el descubrimiento de valores, las creencias y las prácticas de cuidado cultural de una cultura o subcultura específica, con el fin de ayudar a las personas en sus necesidades diarias con el cuidado de la salud.

Un punto a tener en cuenta es el mantenerse continuamente comparando e identificando diferencias y similitudes entre y dentro de las culturas, lo que permite al profesional de enfermería identificar especificidades

culturales y construir cuidados universales para individuos o grupos. Así, el fin de la enfermería transcultural es construir, crear nuevas estrategias de cuidado adecuado a las expectativas de los sujetos de una cultura específica y el cuidado que se necesita para mantener la salud y promover el autocuidado, además de identificar las prácticas de enfermería universales.

Teniendo en cuenta lo anterior, es necesario definir el término *cultura*. Leininger (3) explica que la cultura es el aprendizaje y la transmisión de los conocimientos de valores, creencias, normas y estilos de vida de un grupo particular, que guían la forma de pensar, las decisiones y las acciones del individuo o del grupo. En la enfermería transcultural, según la autora, la cultura se toma como una base crítica y fundamental para entender a la gente. En la cultura se ve que los valores, los ideales y los significados compartidos son aprendidos y guían la conducta, las decisiones y las acciones humanas. Las normas y los valores de una cultura, a nivel individual o de grupo, van encaminadas en valorar y mantener las reglas para vivir, porque dan seguridad, orden y regulan el comportamiento (3).

Desde este enfoque, la gestión transcultural del cuidado posibilitará que la percepción de la madre hacia el cuidado de su recién nacido de cultura diferente en determinada institución de salud se tenga en cuenta, se respete y se valore su procedencia cultural, sus creencias, sus valores y, por lo tanto, se detecten los cuidados, la gestión congruente y competente, identificando todo lo referente al proceso de cuidado como un fenómeno integral. Según Vásquez (5), en el sentido práctico la competencia cultural es considerada como un proceso integrador de conciencia cultural, conocimientos y habilidades con el propósito de ofrecer una herramienta que permita reconocer la propia cultura del profesional y construir propuestas de cuidado que impliquen comprender, apreciar y ser sensible con las formas como las personas enfrentan los procesos salud/enfermedad. De esta manera, se asegura una mayor probabilidad de éxito en las intervenciones para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación de la salud de las comunidades.

En el departamento del Cauca, por su riqueza cultural, las comunidades presentan diversas concepciones en torno al cuidado del recién nacido, a las costumbres y a los procesos de crianza del nuevo miembro de la familia en el contexto cultural de las comunidades indígenas. La diversidad geográfica del departamento del Cauca ha sido escenario propicio para el desarrollo de distintas culturas, dando origen a grupos humanos con sus

propias características culturales y sociales, por lo que existe una pluriculturalidad de sistemas médicos y medicinas tradicionales (sistemas de conocimiento adquiridos a través de la experiencia y transmitidos de generación en generación). De este modo, cada grupo humano crea y recrea un mundo de conocimientos y prácticas que le dan significado a su propia existencia y al mundo que los rodea. Esta realidad plantea la necesidad de comprender los sistemas de salud con raíces autóctonas.

Cultura guambiana

Entre lo que nos ocupa en este trabajo de investigación, y según Rojas (6), la mayor parte de los indígenas guambianos —que en su lengua se escribe: *misag, huamimehab, silviano*— vive en la vertiente occidental de la Cordillera Central, en las inmediaciones de los páramos de las Delicias y de Moras, y de los cerros de Río Claro y Bujíos, centro-oriente del departamento del Cauca, en el municipio de Silvia; y en menor número, se encuentran en los municipios de Totoró, Jambaló, Caldono y Morales-Cauca, y en la Plata, departamento del Huila. Según el estudio Diagnóstico y plan de vida del pueblo guambiano (7), la cosmogonía guambiana se estructura en un sistema dual: lo masculino y lo femenino, lo caliente y lo frío, el sol y la luna. Las plantas, los árboles, los accidentes geográficos y la madre tierra guardan espíritus que pueden ser benéficos o maléficos.

El *Murbik*, curandero guambiano, es la persona que conoce las plantas medicinales y curativas, previene enfermedades y actúa como intermediario entre los hombres y los espíritus, guiando el alma de los muertos a su nueva morada. El curandero practica la ceremonia de limpieza o *Pishimaru*, destinada a la restitución del equilibrio social y biológico perdido. Se utilizan en el ritual plantas consideradas calientes como la coca y el maíz. Según las creencias populares guambianas, el frío está asociado con lo impuro. Según Canencio (8), para el pueblo guambiano son de gran importancia los cuidados y las creencias que se deben aplicar para lograr el bienestar de los niños.

Este cuidado comienza en el embarazo, cuando por ejemplo a la madre se le hacen masajes para que no tenga dificultades durante el parto. En esta fase, se le administran hierbas medicinales calientes y es acompañada por la partera y algunos familiares; cuando da a luz, se le ofrece chocolate y caldo de gallina. Al niño se le corta el ombligo con una caña de maíz para que sea ágil y liviano; en ningún momento se usan cuchillas o instrumentos cortantes, pues se cree que por esto sufrirá enfermedades. La placenta se entierra en un lugar seco, poco profundo

y cerca de la casa, pues esto tiene relación con la salida de los dientes. Igualmente, durante el embarazo las madres preparan sus senos para la lactancia, colocándose paños de agua con hierbas traídas del páramo. Como práctica muy arraigada, todas las mujeres lactan a sus hijos, porque se considera que si no lo hacen, los niños se enfermarán. Ante algunas situaciones, como cuando hay baja producción de leche, la mujer ingiere agua de hierbabuena, o cuando hay dolor al lactar se colocan los senos cerca al fuego para calentarlos y dilatar los pezones, de tal forma que al niño se le facilite coger el pezón. Cuando hay congestión de los senos, se realizan masajes con manteca alrededor de ellos, se colocan paños de agua o se saca la leche manualmente (ordeño). Cuando el bebé no succiona bien, lo bañan con agua caliente o le administran en biberón agua de panela o leches industrializadas. En la comunidad guambiana, la mayor responsable del cuidado de los niños es la madre, quien le habla y le pone atención inclusive cuando está en las labores agrícolas y cuando carga al niño en la espalda.

La realidad cultural en la etnia guambiana insta a la necesidad de integrar a su cultura el concepto de cuidado básico del recién nacido, para que de alguna manera se pueda lograr la transformación de algunos conceptos que puedan interferir en el buen cuidado del neonato en casa, o por el contrario se puedan reforzar los cuidados que van en beneficio de estos bebés.

Los cuidados básicos que se exploraron en el presente estudio están relacionados con la alimentación, el baño, la limpieza del muñón umbilical, las condiciones ambientales, la higiene y el confort.

Metodología

Se realizó una etnografía focalizada en explorar la perspectiva *émica* en cuanto a las creencias y a las prácticas del cuidado que las mujeres guambianas realizan con sus bebés. Por perspectiva *émica* se entiende el punto de vista del nativo que refleja las experiencias, las creencias y el lenguaje del grupo cultural por estudiar. Las entrevistas para la recolección de la información se realizaron mediante la técnica de grupos focales. Esta estrategia metodológica facilitó centralizar la atención y el interés de las madres en el tema específico de la investigación y la búsqueda de las categorías mediante la interacción discursiva y la comparación o el contraste de las opiniones de los/as miembros del grupo (9). Se conformó con doce madres guambianas un grupo focal, al cual se le realizaron dos entrevistas de dos horas de duración, al cabo de las cuales se encontró la saturación de información. Las madres guambianas que participaron en el estudio

habían tenido a sus recién nacidos hospitalizados en la UCIN de una institución de nivel III del suroccidente colombiano en el lapso comprendido entre noviembre de 2011 y marzo de 2012. Los criterios de inclusión al estudio fueron, además de ser madres guambianas cuyos niños hubieran estado hospitalizados en el servicio de la UCIN durante el tiempo señalado, hablar español y tener 18 años o más al momento de la entrevista. Se contó con la autorización del gobernador indígena de la localidad donde se llevó a cabo el estudio, además del consentimiento informado de cada una de las participantes en el grupo focal. Adicionalmente, el Comité de Ética de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle otorgó el aval para desarrollar el estudio. Las entrevistas grupales se llevaron a cabo en el salón comunal del resguardo.

Durante el proceso de recolección de información del grupo focal, se precisó que las preguntas debían ser respondidas teniendo en consideración el cuidado que se daba al bebé antes de su hospitalización. Desde esa directriz las preguntas marco de las entrevistas fueron:

- *¿De qué manera usted cuida a su bebé?*
- *¿Cuáles son las diferentes formas con las cuales usted alimenta a su bebé?*
- *¿Cómo baña usted a su bebé?*
- *¿Cómo alimenta usted a su bebé?*
- *¿Qué acciones de cuidado usted realiza cuando nace su bebé?*
- *¿Qué diferencias usted encuentra en los cuidados que se le dan a su bebé en el hospital con los que usted les da?*
- *¿En qué se parecen los cuidados que usted le da a su bebé con los que usted observa que se le dan en el hospital?*

Dos de las investigadoras realizaron los grupos focales de acuerdo a la técnica descrita por Krueger y una de ellas hizo el papel de moderadora. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas literalmente. El análisis de la información se hizo partiendo de la identificación de códigos, organizándolos y describiéndolos para extraer las categorías y sub-categorías y sintetizar expresiones *emic* (punto de vista de las madres guambianas) que permitieran más adelante la interpretación y la redacción del informe de las entrevistas grupales (10).

Hallazgos

La relación caliente/frío en el cuidado del recién nacido guambiano

En la cultura guambiana, al igual que en otras culturas (11), el sistema caliente/frío toma fuerza en los cuidados que la madre prodiga a su bebé. Este sistema es

percibido como una manera de equilibrar en el cuerpo la fuerza de estas dos polaridades. Los cuidados apuntan de forma central a la protección contra el frío, dada la vulnerabilidad del niño y que se considera que al estar durante la gestación en un ambiente tan cálido como el útero de la mujer, el frío a su salida lo puede enfermar.

El baño en el recién nacido es una actividad que se debe postergar debido a que el niño viene del vientre (útero materno), lugar que las madres consideran un sitio caliente. Mojar al bebé los primeros días después de nacido puede ser causa de que padezca enfriamiento y enfermedades en el futuro. Ésta es una razón de peso para aplazar el baño para el tercer o cuarto día. Una madre guambiana lo expresó durante la entrevista focal de la siguiente manera:

El bebé no se baña apenas nace. Cuando nace en la casa, lo bañan a los cuatro días, porque dicen que el bebé está en calor, y si los bañan se enferma porque vienen del vientre que es caliente. Si se saca y se baña el niño se enferma.

En la relación caliente/frío, al realizar el baño del recién nacido, las madres guambianas tienen en cuenta otros cuidados como: el agua debe estar hervida y tibia; el uso de hierbas calientes como el eucalipto o la ruda, que debe sumergirse en el agua con la que se baña al bebé; el sitio donde se realiza el baño es un lugar cerrado y libre de corrientes de aire. Una de las madres refería sobre el particular que:

El niño se baña después de los días con agua tibia de hierbas calientes de eucalipto; se baña en la cocina para evitar que las corrientes de aire enfríen al bebé.

Bañar al niño en lugares libres de corrientes de aire también lo protege contra enfermedades que se originan en el frío del viento. El esquema caliente/frío remite en la cultura guambiana a elementos tan diferentes como la localización, los efectos secundarios, la transmisión de enfermedades, las cuales mediante plantas calientes como el eucalipto o la ruda se pueden contrarrestar. En esta relación caliente/frío lo que se busca es que el calor con el que viene el bebé del vientre materno no se desequilibre con el frío que puede proceder de diferentes fuentes. El cuidado que se brinda al niño está dirigido específicamente a prevenir, por causa del desequilibrio entre estas polaridades, enfermedades y consecuencias en la salud de sus hijos.

Otro de los cuidados que a la hora de bañar al bebé se tiene en cuenta es el tipo de agua que algunas madres

utilizan. Para esta comunidad, es importante tomar el agua directamente de la vertiente de Río Piendamó, porque consideran que bañando al niño con ésta crecerá rápido y fuerte. Una de las madres expresa que:

[...] nosotros cogemos de la mitad del Río Piendamó, con esa agua se baña, se tibia un poquito y se baña para que el niño crezca rápido y sea fuerte. Se coge de la corriente y tiene que ser en corriente, eso es para que el niño crezca rápido y sea fuerte igual que el río que no se para en ninguna parte.

La analogía o relación de semejanza entre dos cosas distintas es un recurso utilizado en el afán de consolidar resultados, como en este caso, para que el niño crezca sano y fuerte. No obstante, este elemento no permanece aislado del componente del equilibrio calor/frío, pues el agua que se utiliza para bañar al niño debe estar tibia.

El saber popular de la práctica de cuidado en relación con el baño es consecuente con el saber científico en el sentido de evitar la pérdida de calor, ya que en el recién nacido la capacidad de producir calor es limitada y los mecanismos de pérdidas de este elemento pueden estar aumentados dependiendo de la edad gestacional. Durante el periodo de adaptación para el neonato, es difícil mantener la temperatura corporal, debido a la elevada relación entre la superficie corporal y el peso, a los bajos depósitos de grasa parda y al escaso glucógeno; todo ello lo hace particularmente susceptible a la hipotermia, occasionándole hipoglucemias, apnea y acidosis metabólica. Estos cuidados, desde la perspectiva de la cultura, son importantes de preservar, porque promueven el bienestar del niño y evitan complicaciones en su salud.

La lactancia materna como alimento completo en la salud del recién nacido

Para las madres guambianas la alimentación del recién nacido se basa en la administración de leche materna como fuente principal. Una de las madres afirmó que “se le da leche materna desde que nace hasta que cumpla los tres años, leche de tarro nunca”.

En muy pocos casos, como cuando no existe una suficiente producción de leche materna o la madre debe salir a trabajar, se recurre al uso de agua de panela, agua hervida, leche de vaca o fórmulas infantiles para ser administradas a los recién nacidos. La comunidad tiene como referente que un alimento distinto de la lactancia materna expone al niño a las enfermedades. Esta práctica tiene bastante arraigo y las madres

se disponen a amamantar a sus bebés conforme ellos lo demanden. Una de las madres lo expresó así: “La alimentación es con leche materna cada vez que tiene hambre”. Otra reafirma diciendo: “Alimentándolo sí, con leche materna porque cuando da leche de vaca o cualquier leche, salen diarreas y enfermedades”. También lo corrobora otra madre guambiana cuando dice: “Lo primero que se le da apenas nace el niño es el pecho, porque ese es el mejor alimento y se sigue dando hasta dos o tres años”. La práctica de alimentar al bebé con leche materna de forma exclusiva en la cultura guambiana es un factor protector frente al uso de fórmulas infantiles debido a que éstas no contienen los anticuerpos presentes en la leche materna y conllevan riesgos como las enfermedades transmitidas por el agua utilizada para reconstituir la leche.

Ombligada: un enlace para favorecer el vínculo permanente con la madre

La cultura guambiana tiene como práctica atender el parto en casa, actividad a cargo de las parteras. Con el tiempo, esta práctica ha ido cambiando, debido a que anteriormente el parto era atendido sin principios claros de bioseguridad y asepsia. En la actualidad, las parteras de la comunidad guambiana tienen algún grado de capacitación para atender el parto de modo aséptico. A pesar de que en el hospital se aseguran todas las normas de bioseguridad y asepsia, las madres de esta cultura prefieren que su parto sea atendido en casa por una partera, debido a que el ambiente les resulta más familiar y privado. Una de las participantes expresó:

Primero es más fácil tenerlo en la casa. Yo tengo 3 hijos, el último lo tuve en el hospital, pero es mejor tenerlo en la casa, porque en la casa está sólo la partera, la mamá y el esposo, nada más, en cambio en el hospital, no. Mucha gente no me gustó, mucha gente, era cada rato, cada rato...; entraban personas y no había privacidad, unas vienen como de mal genio, otras sí son amables y así.

Durante el parto, los cuidados que se proporcionen al ombligo son de trascendencia para el futuro del bebé. El significado cultural es muy importante, ya a que estos cuidados simbolizan la unión de la madre con su hijo. Las creencias y prácticas culturales en torno a los cuidados tienen como objetivo primordial hacer que perdure la unión. Una vez que el cordón umbilical esté seco, se desprende del pequeño y se considera como un potente objeto mágico que, tratado de forma especial, es capaz de favorecer una serie de cualidades tanto en el niño como en su madre.

Una vez nace el bebé, cortan el cordón umbilical con tijera o cuchillas desinfectadas con alcohol; posterior a esto, lo ligan con un hilo previamente desinfectado. Además, como complemento al corte, es importante el color del hilo con que anudan el muñón, pues éste debe ser rojo, debido a que es un color significativo para su cultura por estar incluido dentro de su vestimenta *anaco*.

Una de las madres relata que “el ombligo lo cortan con una cuchilla nueva, lo desinfectan con alcohol y lo cortan, y le ponen un melino limpio, que es como una lana, pero más que todo tiene que ser un hilo rojo”.

Otra de las prácticas de la cultura guambiana con respecto al muñón umbilical es aplicar sustancias naturales, como por ejemplo el tabaco o flor de caléndula para la cicatrización y para evitar infecciones. Ante esto, una madre refiere:

Sí, el agua de caléndula en el ombligo cuando lloran mucho, mejor dicho lo mantienen limpiando con la mata de caléndula, ya no sienten dolor y el ombligo se cae más fácil. La caléndula se hierve y con la flor lo limpian.

Otra de las participantes manifestó:

El ombligo, en la casa no sé, creo que le cortan con la cuchilla, allí uno en ese momento no puede ver y entonces allí le ponen un remedio que es cigarrillo, pero no de cualquiera el cigarrillo, es del grande tabaco, con eso le colocan allí le echan y se seca. ¿Cómo se prepara? No, eso sí no lo sé, sólo que se echa en el ombligo así desmoronando deshecho y se le echa allí en el ombligo y así yo sí he visto que se seca más rápido y no he visto que se encontra.

La mayoría de las familias guambianas entierran el muñón umbilical y la placenta en la casa después de su caída, práctica cultural que pretende mantener unido al hijo con su hogar. Existe la creencia de que si no se realiza esta práctica, los hijos saldrán de la casa y no volverán; además, es una práctica ligada al bienestar y a la salud de los recién nacidos. Una de las participantes corrobora este aspecto indicando que “cuando ya el ombligo se cae se lo guarda. Si se lo guarda por allí en la esquina de la casa eso es para que no se vayan lejos, así cuando se vayan lejos tienen que volver a la casa”. Otra de las madres comentó:

El ombligo se guarda también enterrándolo en un lugar sequito aparte de la placenta, para que el bebé no llore, se guarda así en un plastiquito porque viene de

la placenta misma. Y la placenta se guarda en un lugar debajo de la tierra, porque si se bota el bebé no puede dormir, se despiertan así como asustándose porque creen mucho en el duende. Eso es que molesta al bebé y se despiertan como asustándose en la noche, lloran mucho y no duermen.

Otra de las prácticas de las madres es evitar que el ombligo del recién nacido se hernie, colocando una semilla de frijol o un botón en el muñón umbilical y para ello colocan un ombliguero para sostenerlo y hacer presión. Una de las participantes mencionó:

Se coloca una semilla, más que todo maíz o frijol o un botón en el ombligo y se envuelve con un ombliguero hasta que se caiga el ombligo. Todos los días después de bañarlo se cambia la semilla para que no se pudra.

Basado en la resolución 412 del 2000 del Ministerio de Salud (12), el *clampeo* del cordón umbilical se realiza con estricta técnica aseptica, los pinzamientos se realizan según los protocolos y el estado clínico del recién nacido. Se corta con tijera estéril y se clamaea posteriormente con un gancho estéril indicado para este procedimiento. Las curaciones del muñón umbilical se realizan a diario con alcohol y aplicadores estériles, pues tienen en cuenta la aparición precoz de signos de infección.

Dentro de la práctica clínica no está indicado el uso de ombligueros, semillas u objetos que eviten las hernias umbilicales, ya que el ombligo se deja expuesto para facilitar la cicatrización. Una vez cicatrizado y caído el muñón umbilical, se desecha porque clínicamente no tiene relevancia para el posterior cuidado y salud del bebé. Sin embargo, teniendo en cuenta las prácticas de la cultura guambiana, se podría preservar el entierro del muñón umbilical, permitiendo que una vez caído se le entregue a la madre.

Enchumbada del recién nacido en la cultura guambiana

Otra práctica que en la actualidad ya no se realiza frecuentemente es el uso del *chumbe*, actividad consistente en envolver al recién nacido en un pañal de tela o frazada sujetado con una riata tejida (*chumbe*), con el fin de evitar malformaciones de los miembros inferiores.

Algunas de las madres guambianas aún siguen practicando el *enchumbe* como cuidado para sus recién nacidos, apoyándose en que es una buena práctica para la

formación adecuada de los huesos de los miembros inferiores del bebé. Así lo indica una madre entrevistada: “Se enchumba bien para que las piernas no queden abiertas cuando estén más grandecitos y se les aprieta muy bien las manitos y en ocasiones se cargan atrás.”

Desde la práctica clínica no se realiza el *enchumbe* debido a que se asocia con problemas futuros como luxación de cadera, debido a la presión ejercida con la riata, disminución de la circulación y motricidad de los miembros inferiores. Clínicamente, los cuidados brindados a este nivel no consisten propiamente en enchumbar al recién nacido, sino lo que se pretende es contener y acunar mediante el uso del pañal o una frazada de tela. Reconociendo todas las complicaciones que conlleva el *enchumbe* en el recién nacido, esta práctica se debe reestructurar, buscando un adecuado acunamiento del recién nacido que le proporcione un mejor confort.

Propuesta de cuidados culturales para el recién nacido guambiano hospitalizado en una UCIN de una institución de nivel III

Con base en los hallazgos del presente estudio, se realizó un análisis comparativo de los cuidados de la cultura guambiana y de la cultura del profesional de enfermería en la UCIN y a partir de esta comparación, se establecieron qué prácticas deben ser preservadas, negociadas y reestructuradas conforme a los modos de acción de la teoría de Madeleine Leininger (13) (Cuadro 1.). Para esta clasificación se consideró la preservación del cuidado a aquellas actividades de cuidado que las madres guambianas brindaban a sus recién nacidos que causaban beneficios o no afectaban la salud de manera negativa. La negociación de los cuidados culturales se identificaron como aquellas actividades que las madres guambianas realizaban al recién nacido y que se debían modificar en forma parcial para mejorar el cuidado y la reestructuración del cuidado de aquellas prácticas que afectaban negativamente su salud y que por tanto debían modificarse respetando sus valores y creencias culturales.

Para la enfermería es de sumo valor conocer esta visión *emic*, porque este conocimiento puede contribuir a mejorar el acercamiento entre las dos culturas, logrando mayor participación de las madres durante la hospitalización de los niños y disminuyendo complicaciones derivadas de las prácticas que requieren ser reestructuradas o negociadas.

Consideraciones finales

Este estudio confirma que los cuidados que se proporcionan al recién nacido no son acciones exclusivamente que se orientan a suplir los aspectos biológicos, sino que están marcadas por una serie de patrones culturales y sociales que propendan por el bienestar de niño y para salvaguardar su vida.

Los hallazgos de este trabajo nos mueven a reflexionar sobre qué tanto de la cultura de los usuarios de los servicios de salud es conocida por los profesionales que los atienden. Es claro que muchas de las prácticas culturales van en detrimento de la salud del recién nacido, pero muchas otras son inocuas o beneficiosas y es responsabilidad de quienes dirigimos o tenemos a cargo la atención de salud respetar y conservar estas culturas. La falta de respeto a la cultura y la falta de relevancia en el cuidado que se proporciona en los centros de salud no sólo agrede la dignidad de aquellas personas que no comparten nuestros puntos de vista, sino que los ahuyentan de los servicios aumentando cada vez la brecha entre las culturas. La separación cultural entre la visión biomédica de los prestadores de salud y las visiones tradicionales sobre el cuidado del recién nacido en las UCIN genera sentimientos de desconfianza entre las madres y sus familias y conllevan a un posterior desaliento en el uso de los servicios públicos de salud. El saber de la comunidad es sólo un saber diferente y tan equivalente como cualquier otro saber. Los saberes culturales no deberían jerarquizarse, pues eso limita el diálogo intercultural.

Cuadro 1. Cuidados básicos del recién nacido: comparación entre prácticas

CULTURA INDÍGENA GUAMBIANA	PRÁCTICA CLÍNICA	MODO DE ACCIÓN
Posterior al parto, las madres guambianas no bañan al recién nacido inmediatamente, debido a que consideran esta práctica como un factor de riesgo para que se enfríen y se enfermen.	El recién nacido, una vez ingresado en la UCIN, no se baña inmediatamente, solamente se realiza la limpieza corporal con paños húmedos. Se coloca según su estado clínico en una mesa de calor radiante, una incubadora previamente calentada o una cuna, evitando así las pérdidas de calor por convección, radiación y evaporación.	Preservado, debido a que en el recién nacido la capacidad de producir calor es limitada y los mecanismos de pérdidas pueden estar aumentados. Para el recién nacido, es difícil mantener la temperatura corporal, debido a la elevada relación entre la superficie corporal y el peso, a los bajos depósitos de grasa parda y al escaso glucógeno.
Para las madres guambianas la alimentación del recién nacido se basa en la administración de la leche materna como fuente principal de alimento.	Las madres en la unidad permanecen en alojamiento conjunto favoreciendo así la lactancia materna a libre demanda y de forma exclusiva. Se educa para que esta práctica continúe en casa.	Esta práctica se debe preservar debido a que la leche materna es ideal para los recién nacidos, pues les aporta todos los nutrientes que necesitan para un desarrollo sano. Además, es inocua y contiene anticuerpos que ayudan a proteger al lactante de enfermedades.
Una vez nace el bebé, cortan el cordón umbilical con tijera o cuchillas desinfectadas con alcohol; posterior a esto, lo ligan con un hilo previamente desinfectado. Generalmente aplican sustancias naturales como tabaco o flor de caléndula para la cicatrización y evitar infecciones. La mayoría de las familias guambianas entierran el muñón umbilical y la placenta en la casa después de su caída, esta práctica cultural pretende mantener unido al hijo con su hogar. Algunas madres colocan una semilla o un botón en el ombligo y hacen presión con un ombliguero para evitar las hernias umbilicales.	En la sala de partos o en el quirófano del hospital, el <i>clampeo</i> del cordón umbilical se realiza con estricta técnica aséptica; los pinzamientos se realizan según protocolos y estado clínico del recién nacido. Se corta con tijera estéril y se <i>clampea</i> posteriormente con un gancho estéril indicado para este procedimiento. En la unidad las curaciones del muñón umbilical se realizan a diario con alcohol y aplicadores estériles, tienen en cuenta la aparición precoz de signos de infección. Se brinda educación a la madre, acerca de la limpieza diaria del cordón umbilical y cuidados en casa.	La práctica de atención del parto en casa debe ser negociada para que este sea atendido institucionalmente, permitiendo así evitar el aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Sin embargo, al no poder tener un parto institucional, se debe preservar la práctica de desinfección de las tijeras o cuchillas con que se corta el cordón umbilical, al igual que el hilo con que se liga. La práctica de aplicación de sustancias sobre el muñón umbilical, la colocación de semillas o botones en el ombligo debe ser reestructurada, porque aumenta el riesgo de infecciones en el recién nacido colocando en riesgo su vida. El entierro del muñón umbilical puede ser preservado debido a que esta práctica no afecta la salud del niño/a.
Algunas de las madres guambianas aún siguen practicando el <i>enchumbe</i> como cuidado para sus recién nacidos, apoyándose en que es una buena práctica para la formación adecuada de los huesos de los miembros inferiores del bebé.	En la práctica diaria dentro de la unidad no se realiza el <i>enchumbe</i> debido a que se asocia con problemas futuros como luxación de cadera por la presión ejercida con la riata, disminución de la circulación y motricidad de los miembros inferiores. Clínicamente, los cuidados brindados a este nivel no consisten propiamente en <i>enchumbar</i> al recién nacido, sino lo que se pretende es contener y acunar mediante el uso del pañal o de una frazada de tela.	Esta práctica puede ser negociada, partiendo de que el objetivo principal sea acunar y contener el recién nacido mientras duerme, mas no ejercer presión sobre sus caderas y miembros inferiores debido a los riesgos que esto conlleva.

Fuente: Datos de la investigación.

Referencias

- (1) Boff L. Saber cuidar: ética do humano-compaixao pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes; 1999. p.199.
- (2) Leininger M. Culture care diversity and university: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press; 1991. 289 p.
- (3) Leininger M. Transcultural nursing. Concepts, theories, research & practices. 2nd ed. New York: McGraw-Hill Inc; 1995. 727 p.
- (4) Casanova M. Gestión transcultural de los cuidados de enfermería del proyecto socio-sanitario antieuropeo holandés. Una investigación cualitativa en el contexto de la calidad asistencial en la práctica clínica [tesis doctoral]. San Vicente del Raspeig: Universidad de Alicante; 2008.
- (5) Vásquez ML. Aproximaciones a la creación de competencias culturales para el cuidado de la vida. *Investigación Educación Enfermería* 2006 sep;24(2):136-142.
- (6) Martínez A. Guambiano [documento en Internet]. Bogotá: todocolombia.com; 2010 [acceso: 23 jul 2010]. Disponible en: <http://www.todocolombia.com/etnias/gruposindigenas/guambiano.html>
- (7) Cabildo de Guambia-AICO Social Regional Cauca. Situación de salud de la población del municipio de Silvia Cauca-Colombia y del pueblo indígena Guambiano. Guambia: [documento en Internet]; 2009 [acceso: 17 feb 2011]. Disponible en: <http://nutrinet.org/servicios/biblioteca-digital/func-finishdown/1171/>
- (8) Canencio DA. Patrones de Crianza en la Comunidad Guambiana. *Av Enferm.* 1995;13(1):104-105.
- (9) Martínez M. Los grupos focales de discusión como método de investigación [artículo en Internet]. s.l.:vicereinestfeir; 2011 [acceso 25 nov 2010]. Disponible en: <http://vicereinestfeir.wordpress.com/2011/03/15/los-grupos-focales-de-discusion-como-metodo-de-investigacion/>
- (10) Krueger R, Casey MA. Focus Group: a practical guide for applied research. 4th ed. Oaks CA: Sage Publications California; 2009. 217 p.
- (11) Geifeld K. Conceptos de la antropología médica: síndromes culturalmente específicos y el sistema de equilibrio de elementos. *Boletín de Antropología de la Universidad de Antioquia.* 2004;18(35):361-375.
- (12) República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 412 del 25 de febrero del 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades en salud pública (25/02/2000).
- (13) Leininger M, MCFARLAND M. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. New York (NY): Jones and Bartlett's Publishers Inc.; 2006. p.367.

O ruído causando danos e estresse: possibilidade de atuação para a enfermagem do trabalho

Noise causing damage and stress: the possibility of nursing practice for occupational health nursing

Ruido con daños y estrés: la posibilidad de prácticas de enfermería de trabajo

JORGE LUIZ LIMA DA SILVA *

FELIPE DOS SANTOS COSTA **

RAONI FERREIRA DE SOUZA ***

JÉSSICA DE LYRA SOUSA ****

ROBERTA DE SOUZA OLIVEIRA *****

Resumo

A exposição ao ruído vem sendo problema de saúde ocupacional cada vez mais presente na vida de profissionais, e reclamado como fator de estresse no trabalho. Diante disto, este estudo objetivou identificar os riscos ocupacionais que acometem trabalhadores que atuam em ambientes ruidosos, discutindo as consequências à saúde pesquisada de natureza descritiva, que se deu por meio de revisão bibliográfica analítica baseada em obras publicadas no período de 1978 a 2010. Foi construído um quadro comparativo para discussão dos principais achados. Os riscos encontrados foram: estresse, distúrbios do sono, problemas em vários sistemas fisiológicos, com destaque para o neurológico e circulatório e risco de acidentes laborais. O papel educativo do enfermeiro deve ser contínuo e com avaliação de risco das ações executadas pelo trabalhador. A enfermagem do trabalho, como especialidade, vem buscando desenvolver e aprofundar conhecimentos e ampliar seu papel junto à área de saúde do trabalhador. Os profissionais conhecem os riscos do ruído, classificam-no como a principal

causa de incômodo e conhecem estratégias coletivas e individuais para diminuir os riscos ocupacionais.

Palavras-chave: Perda Auditiva; Saúde do Trabalhador; Ruído Ocupacional; Enfermagem do Trabalho (Fonte: DECS BIREME).

Abstract

Noise exposure has been occupational health problem is increasingly present in the lives of professionals, and claimed as a stress factor at work. Thus, this study aimed to identify occupational hazards that affect employees who work in noisy environments, discussing the consequences of health worker. It is a descriptive research that was done through a literature review based analytical works published in the period 1978 to 2010. It was built for a comparative discussion of the main findings. The risks were found are: stress, sleep disorders,

* Enfermeiro. Graduado pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Mestre em Enfermagem (Unirio). Doutorando do Programa de Saúde Pública-Ensp/Fiocruz. Professor do Departamento Materno-Infantil e Psiquiatria da Universidade Federal Fluminense. R. Dr. Celestino 74- Sala 51 -Centro/ Niterói-RJ-24020-091. E-mail: jorgeluzlima@gmail.com

** Enfermeiro. Graduado pelo Centro Universitário Plínio Leite-Unipli/ Niterói-RJ-24020-091. E-mail: raoniferreirasouza@gmail.com.

*** Enfermeira. Graduada pelo Centro Universitário Plínio Leite-Unipli/ Niterói-RJ-24020-091. E-mail: jessica_delyra@yahoo.com.br

**** Enfermeiro. Graduado pelo Centro Universitário Plínio Leite-Unipli/ Niterói-RJ-24020-091. E-mail: felipedosantoscosta@gmail.com.

***** Enfermeira. Graduada pelo Centro Universitário Plínio Leite-Unipli/Especialista em Enfermagem do Trabalho-Unipli. E-mail: enfa. robertaoliveira@gmail.com.

Recibido: 11/03/2011

Aprobado: 14/01/2014

problems in various physiological systems, with emphasis on the neurological and circulatory risk of accidents. The educational role of the nurse must be continuous and risk assessment of the actions taken by the worker. The nursing job as a specialty, has been seeking to develop skills and to widen and deepen its role in the area of occupational health. Professionals know the risks of noise; classify it as the main cause of discomfort and collective and individual strategies known to reduce occupational hazards.

Key words: Hearing Loss; Occupational Health; Noise, Occupational; Occupational Health Nursing (Source: DECS BIREME).

Resumen

La exposición al ruido ha sido un problema de salud ocupacional cada vez más presente en la vida de los profesionales, convirtiéndose en un factor de estrés en el trabajo. Así, este estudio tuvo como objetivo identificar los riesgos laborales que afectan a los empleados que trabajan en ambientes ruidosos y discutir las consecuencias para la salud. La investigación fue de tipo descriptivo y se realizó a través de una revisión de literatura basada en trabajos analíticos publicados entre 1978 y 2010. Se elaboró un cuadro comparativo para discutir las principales conclusiones. Los riesgos encontrados fueron: estrés, trastornos del sueño y problemas en varios sistemas fisiológicos, con énfasis en el riesgo neurológico y circulatorio que surgen de los accidentes. El papel de la formación de enfermería debe ser continuo y debe evaluar el riesgo de las medidas adoptadas por el trabajador. El trabajo de la enfermería como una especialidad ha estado tratando de desarrollar conocimientos y de ampliar y profundizar su papel en el ámbito de la salud en el trabajo. Los profesionales deben conocer los riesgos del ruido para clasificar las principales causas del malestar y las estrategias colectivas e individuales conocidas para reducir los riesgos laborales.

Palabras clave: Pérdida Auditiva; Salud Ocupacional; Ruido en el Ambiente de Trabajo; Enfermería del Trabajo (Fuente: DECS BIREME).

Introdução

O trabalho é essencial ao homem, pois é fonte de prazer e pode ser uma das razões pelas quais possui tanta importância na vida do indivíduo. O trabalho faz com que o trabalhador não perca o desejo de permanecer produzindo, além de ter a oportunidade de identidade e realização para construir-se como sujeito psicológico e social (1).

Um trabalhador saudável certamente traz mais vantagens competitivas, proporcionando maior produtividade, além de gerar menores custos. Porém, algumas condições do ambiente laboral expõem o trabalhador a elevados níveis de pressão sonora.

É sabido, através da Norma Regulamentadora 9 (NR-9) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) (2) que dentre cinco agentes de riscos ocupacionais estão os do tipo físico: vibração, radiação ionizante, pressão anormal, temperaturas externas, umidade onde também se classifica o ruído. É estimado que 25% da população trabalhadora está exposta à Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) (3).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que entre os vários tipos de poluição que acometem o meio ambiente, a sonora é a mais frequente. Estima-se que aproximadamente 250 milhões de pessoas no mundo têm algum tipo de perda auditiva acarretada pela poluição sonora (4). O ruído laboral, principalmente quando prolongado, é agente de risco físico que pode causar doenças de ordem psicológica, incômodo, estresse, distúrbios na comunicação e no desempenho de tarefas mentais. Como danos físicos, muitos trabalhadores podem desenvolver distúrbios nos sistemas nervoso, circulatório, digestório, endócrino, imunológico, vestibular, muscular, nas funções sexuais e reprodutivas; do sono, além da perda auditiva irreversível, resultando em deficiência auditiva parcial ou total do trabalhador (4, 5). Considera-se como ruído toda sensação desagradável, com desconforto e/ou que provoca intolerância decorrente de exposição sonora (6). Percebe-se que o trabalhador, de acordo com sua função, acaba exposto ao estresse do ruído com maior ou menor intensidade, ou seja, podendo ser mais ou menos vulnerável.

Em conceito amplo, vulnerabilidade significa um conjunto de fatores que contribuem para aumentar ou diminuir o risco a que se está exposto em todas as situações da vida, fatores esses que podem ser a duração e distribuição da exposição ao ruído, nível sonoro, a distribuição espectral do som, desinformação por parte dos trabalhadores, resistência ao uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), negligência dos empregadores junto ao fornecimento de EPI, e máquinas em inadequadas condições de funcionamento (7).

Vulnerabilidade também pode ser entendida como o grau de susceptibilidade ou incapacidade de um sistema para lidar com os efeitos adversos da mudança do clima

e do ambiente, os eventos extremos de tempo. Nela está contida sua capacidade de adaptação (8). Sendo assim, alguns trabalhadores são vulneráveis ao ruído, por exemplo: motoristas de ônibus, maquinários em geral (operador de trator, operador de empilhadeira, operadores de britadeira, piloto de trem), soldadores, marceneiros, eletricistas, costureiros, mecânicos, pedreiros, forjadores, instaladores e trabalhadores de serviços gerais (9), como também alguns profissionais de saúde.

Segundo essa premissa de vulnerabilidade, os riscos podem variar por diversos motivos como, por exemplo, ser rico ou pobre: homem ou mulher, criança, adolescente ou adulto, lugar onde mora, nível de escolaridade, condições sociais, autoestima, conhecimentos, percepção de agentes de estresse, projeto de vida dentre outras.

Quando o som se torna ruído? O som é definido como qualquer perturbação vibratória, gerando sensação auditiva. O ruído é um sinal acústico aperiódico, originado da superposição de vários movimentos de vibração com diferentes frequências sem relação entre si (10). Logo, deve-se ter em mente que sons mesmo agradáveis aos ouvidos, em alta intensidade, podem levar a danos auditivos irreversíveis (11).

Diversos países utilizam suas próprias normas e recomendações sobre índices e níveis de ruído para vários tipos de ambiente: International Standard Organization (ISO); British Standard (BS) BS-4141; Association Française de Normalisation (NFS) NFS 31-010; no Brasil, a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), em conjunto com o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente (IBAMA), através da resolução do Conselho Nacional de Meio Ambiente (12) 001 e 002 de 17 de agosto de 1990.

A exposição ao ruído no ambiente de trabalho surge como problema de saúde ocupacional que está cada vez mais presente na vida dos profissionais, podendo levar à perda auditiva gradual, sendo percebida pelo trabalhador quando apresenta dificuldades que podem até envolver a fala (9).

A Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) é conceituada como aquela relacionada ao trabalho, com diminuição gradual da acuidade auditiva decorrente da exposição continuada a níveis elevados de pressão sonora (13). Diante desses fatos, delineou-se seguintes questões de pesquisa de pesquisa: quais são os riscos ocupacionais enfrentados por trabalhadores expostos aos ruídos em seu ambiente de trabalho? O enfermeiro do trabalho poderia intervir de forma a modificar essa problemática?

Objetivo

O objetivo do estudo foi identificar os riscos ocupacionais que acometem trabalhadores que atuam em ambientes ruidosos, discutindo sobre as consequências à saúde do trabalhador.

Justificativa

O interesse em desenvolver este estudo surgiu diante da curiosidade a respeito do tema através do qual, se pudesse contribuir para discussão sobre a intervenção da enfermagem do trabalho na identificação dos riscos e danos dos ruídos, bem como nas intervenções preventivas concernentes a sua profissão, baseando-se nas necessidades do trabalhador exposto.

Uma das formas de enfrentamento do sofrimento é a utilização das estratégias defensivas, definidas como mecanismos utilizados pelos trabalhadores para negar ou minimizar a percepção da realidade essa.

A enfermagem, no seu cotidiano de trabalho, parece ainda não ter incorporado a temática ecológica como uma importante questão a ser levada em conta, restringindo as práticas à assistência às "vítimas" de alterações ambientais. Isto, pelo fato de que a questão ecológica tem assumido um relevo importante, principalmente a partir da última década, já que diz respeito à possibilidade de desfrutar de vida saudável.

Fatores ambientais exercem fortes influências no desempenho do indivíduo, tanto em nível de produtividade, quanto de qualidade, pois atuam diretamente sobre seu estado psíquico alterando, de forma significativa, o seu comportamento. O sistema de segurança mais eficiente que existe é a prevenção, que procura estabelecer a melhor maneira de se evitar a ocorrência de danos decorrentes das atividades do trabalho.

Além disso, alguns trabalhadores sofrem com o estresse provocado pela pressão sonora acima do estabelecido na legislação brasileira vigente. A exposição ao ruído intenso pode lesar os órgãos sensoriais do ouvido interno, podendo conduzir à redução permanente da sensibilidade auditiva, sendo que o risco de lesão aumenta com o nível sonoro e duração da exposição (14).

Método

Pesquisa de natureza descritiva, realizada através de revisão bibliográfica analítica e baseada em obras secundárias que abordam os riscos ocupacionais para trabalhadores em vulnerabilidade, publicadas no período

de 1978 a 2010. A coleta do material para a pesquisa foi realizada no período de janeiro de 2009 a janeiro de 2011.

Busca na biblioteca virtual

O levantamento foi realizado em ambiente virtual na Biblioteca Virtual de Saúde (bvs), onde as obras completas de língua espanhola, inglesa ou portuguesa foram incluídas, nos resultados de busca com os seguintes descritores: perda auditiva, saúde do trabalhador, ruído ocupacional, enfermagem laboral.

Estes termos foram utilizados de forma isolada e conjunta. O descritor ruído ocupacional apresentou 517 obras referentes ao objeto de estudo. As obras idênticas repetidas foram eliminadas e, neste caso, considerou-se seu primeiro registro. O material coletado foi publicado de 1994 a 2010. Foram considerados somente os conteúdos completos.

Primeiramente, as obras foram armazenadas em computador, para que em seguida fosse realizada pré-seleção, de acordo com a leitura dos resumos. Nesta fase, buscou-se a relação entre o conteúdo, título, resumo, e se atendiam ao objeto do presente estudo. Foram utilizados como critérios de inclusão manuscritos completos, em língua portuguesa ou inglesa, que tivessem relação com os descritores, o tema e o objetivo da pesquisa, além de estarem todos na íntegra, disponíveis em mídia escrita ou online.

Na fase de seleção, as obras foram lidas na íntegra pelos autores, com atenção especial para os resultados e conclusão, sendo que, os trabalhos que não apresentavam

qualquer relação com o objetivo e problemas dessa pesquisa foram excluídos.

Realizada a triagem foram obtidos 19 artigos e dois livros para embasamento teórico, e dois manuais, publicados em português e/ou espanhol. Os resultados foram organizados em isolada e quadro com os principais estudos para que, a seguir, fossem discutidos em eixos temáticos da análise textual.

Busca por demais materiais

Além do conteúdo encontrado na bvs, foram utilizados na pesquisa livros e periódicos impressos da área de saúde, os quais funcionaram como alicerce conceitual. Deste ponto em diante, os autores buscaram material em bibliotecas de universidades e também outros documentos eletrônicos.

As obras complementares, completas, encontradas fora da bvs, que identificaram com os eixos principais foram utilizadas na discussão do estudo, sendo estas: 14 resoluções leis ou portarias; 4 monografias —incluindo teses e dissertações—; 4 artigos e 6 livros, totalizando 51 documentos de língua espanhola, inglesa e portuguesa.

Análise dos resultados

Os resultados da bvs foram organizados em um quadro com os principais estudos para que, em seguida, fossem discutidos em eixos temáticos da análise textual, juntamente com as demais obras que auxiliaram na discussão. As evidências da literatura apontaram para 3 áreas: danos causados pelo ruído, fatores relacionados à perda de audição e programa de conservação auditiva.

Resultados

Quadro 1. Obras publicadas no período de 1994 a 2010 capturadas na biblioteca virtual de saúde, 2011

EVIDÊNCIA 1: DANOS CAUSADOS PELO RUÍDO/ Total = 6 obras					
AUTORES/ANO	TÍTULO	OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
Neto RAS; Mesquita FOS; Paiva-Júnior MDS; Ramos FF; Andrade FMD; Correia-Júnior MAV. (2010) (15)	Ruídos na unidade de terapia intensiva (UTI): quantificação e percepção dos profissionais de saúde	Mensurar os níveis de ruídos de uma UTI e avaliar sua percepção pelos profissionais da unidade.	Foi utilizado decibelímetro para realizar mensurações a cada cinco segundos. Após as aferições, foi aplicado um questionário aos profissionais sobre sua percepção e incômodo causados pelo ruído.	A média de ruído verificada foi de $58,21 \pm 5,93$ dB. O período diurno apresentou maiores níveis de ruídos que o noturno. 97,3% dos profissionais acham que a UTI tem ruído de moderado a intenso, 50,7% se sentem prejudicados pelo barulho e 98,6% acham que é possível reduzir o nível de ruídos.	Os níveis de ruídos encontrados estavam acima dos recomendados para este local. Programas preventivos e educativos conscientizando a importância da redução do nível de ruído devem ser estimulados, envolvendo todos os profissionais que compõem a equipe.
Petran A (2008) (16)	Incômodo em relação ao ruído urbano entre trabalhadores de estabelecimentos comerciais no município de São Paulo	Estimar a prevalência do incômodo causado pelo ruído em trabalhadores de estabelecimentos comerciais no município de São Paulo identificando fatores sócio-demográficos associados ao incômodo identificando o conhecimento e a opinião dos trabalhadores em relação ao ruído urbano.	Estudo transversal com 400 trabalhadores de estabelecimentos comerciais situados na zona central do município de São Paulo.	A maioria dos entrevistados referiu ter boa audição (96%). O ruído aparece em quarto colocado em incômodos no município e em primeiro em incômodo no local de trabalho e na residência. Sexo masculino e maior nível de escolaridade se mostraram associados ao trabalhador referir que o local de trabalho era ruído.	Com os resultados pode-se inferir que os trabalhadores conheciam tanto o risco físico do ruído, quanto o incômodo que ele pode causar. Relataram que o ruído poderia causar ou agravar alguns problemas de saúde, principalmente a perda auditiva, estresse e irritabilidade.
Lisboa MTL; Oliveira EB. (2009) (1)	Exposição ao ruído tecnológico e em CTI: estratégias coletivas de defesa de trabalhadores de enfermagem	Identificar e analisar as estratégias coletivas de defesa elaboradas pelos trabalhadores de enfermagem diante do ruído tecnológico em Centro de Terapia Intensiva (CTI).	Participaram do estudo 25 trabalhadores de enfermagem de hospital universitário situado no município de Niterói (RJ) em 2004. Na coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada mediante um roteiro.	O ruído tecnológico gera incômodo e estresse. Para minimizar o sofrimento, os trabalhadores elaboraram estratégias coletivas de defesa que os mantêm trabalhando.	As estratégias coletivas de defesa podem se caracterizar em um fator que resulta em alienação, ocultando a compreensão real do contexto de trabalho. As ações preventivas e as mudanças a serem implementadas devem ser pautadas na participação dos trabalhadores.

<p>Lopes G; Russo ICP; Florini AC. (2007) (17)</p> <p>Estudo da audição e da qualidade de vida em motoristas de caminhão</p>	<p>Estudo epidemiológico do tipo transversal de inquérito. Estudou-se 75 motoristas de caminhão, que responderam a anamnese, preencheram o questionário sobre qualidade de vida (WHOQOL-brief) e se submeteram a audiometria tonal limiar e logoaudiometria. Classificou-se PAIR segundo o critério utilizado por Fiorini (1994).</p>	<p>Dos 75 audiogramas analisados, 50 sujetos (66,7%) apresentaram audição dentro dos padrões de normalidade (Grupo 1) e 25 sujetos (33,3%) apresentaram audiogramas com alterações: 20 (80,0%) foram classificados como sugestivos de PAIR (Grupo 2) e cinco (20,0%) foram sugestivos de outras causas (Grupo 3).</p> <p>Avaliar se existe uma associação positiva entre exposição ocupacional a ruído e hipertensão arterial entre trabalhadores de uma área de perfuração de petróleo.</p> <p>Souza NSS; Carvalho FM; Fernandes RCP. (2001) (18)</p> <p>Hipertensão arterial entre trabalhadores de petróleo expostos ao ruído</p>
		<p>A população constituíu-se de trabalhadores do sexo masculino, com idade variando entre 27 a 62 anos. As ocupações que estiveram expostas aos maiores níveis de pressão sonora, foram: mecânico de plataforma, mecânico de sonda e operador de petróleo de plataforma. A PAIR foi encontrada em 27,1% da população, sendo 17,9% classificada como de moderada a grave.</p> <p>Estudo transversal conduzido em uma área de perfuração de petróleo, composta basicamente por três setores: produção, manutenção e administração.</p> <p>Estudar uma eventual associação entre a perda auditiva induzida pelo ruído com o tempo acumulado de trabalho em meio a condutores urbanos (motoristas e cobradores do transporte coletivo urbano).</p> <p>Cordeiro R; Lima-Filho EC; Nascimento LCR. (1994) (19)</p>
		<p>A exposição ocupacional a ruído ≥ 85 dB por dez ou mais anos estava positivamente associada à ocorrência de hipertensão arterial.</p> <p>O achado mais importante desse estudo é a existência de um significativo número de trabalhadores com perdas auditivas, seguramente decorrentes de exposição profissional a ruído excessivo, a própria categoria dos condutores já vem apontando o que, segundo ela, seria a solução do problema: renovação da frota e diminuição da jornada de trabalho.</p>

EVIDÊNCIA 2: FATORES RELACIONADOS À PERDA DA AUDIÇÃO Total = 3 obras

AUTORES/ANO	TÍTULO	OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
Gosling M; Araújo GCD. (2008) (20)	Saúde física do trabalhador rural submetido a ruídos e à carga térmica: um estu- do em operadores de tratores	Medir o nível de ruídos e de carga térmica a que um operador de duas diferentes marcas de tratores está subme- tido. Adicionalmente, são sugeridas formas de melhorar o bem- estar do operador.	Apresente pesquisa é des- critiva. Para ser realizada, foi feita avaliação da carga térmica incidente sobre o trabalhador rural (do campus da Universidade Federal de Lavras) e dos níveis de pressão sonora a que ele está submetido ao operar trator agrícola. Foi utilizado o áudio dosímetro instalado na lapela e termômetros nas pernas do trabalhador.	Os dados mostram que os trabalhadores pesquisados es- tão submetidos a sobrecarga térmica e de ruído que excede o limite de tolerância precon- zado pela legislação e normas técnicas vigentes.	O trabalhador pesquisado sofre nível de pressão sonora acima do estabelecido na legislação vigente brasileira. Para se reduzir o nível de ruído gerado pelo maquinário, pode-se intro- duzir, junto às fontes gerado- ras, equipamentos acústicos de absorção de ondas sonoras.
Dias A; Cordeiro R; Gonçalves CGO. (2006) (21)	Exposição ocu- pacional ao ruído e acidentes do trabalho	Verificar se a exposição ocupacional ao ruído constitui um risco im- portante para acidentes do trabalho em cidade industrializada do inter- ior do Estado de São Paulo, Brasil.	Estudo caso-controle de base hospitalar, tendo como população fonte os trabalhadores de Piracicaba, investigando a possibilidade de a exposição ocupacional ao ruído ser um fator de risco para acidentes do trabalho.	A maioria dos acidentes con- sistiu de contusões (46,82%), seguida por entorses (14,88%), ferimentos corto- contusos (10,36%) e fraturas (9,03%), que atingiram, princi- palmente, as mãos (36,62%), os pés (18,39%), os membros superiores (14,71%), os mem- bros inferiores (14,04%) e a coluna (9,36%).	Ambientes de trabalho ruidosos podem conter (e geralmente contêm) outros riscos occupacio- nais para acidentes que não o ruído propriamente dito.
Guerra MR; Lourenço PMc; Bustamante-Teixeira MT; Alves MJM. (2005) (22)	Prevalência de perda auditiva induzida por ruído em empresa meta- lúrgica	Analizar a prevalência dos casos sugestivos de perda auditiva induzida por ruído em trabalha- dores metalúrgicos, po- tencialmente expostos ao ruído ocupacional (83 a 102 dB).	Estudo transversal conduzi- do em empresa metalúrgica prestadora de serviços localizada no município do Rio de Janeiro, Brasil. Com o Programa de Conservação Auditiva da empresa, foram analisados dados clínicos e ocupacionais de 182 trabalhadores, em atividade no período de novembro de 2001 a março de 2002.	Os resultados contribuíram para melhor compreensão do comportamento de algumas das principais características relacionadas à perda auditiva induzida por ruído, em uma situação particular de orga- nização do trabalho, relativa- mente comum nas indústrias brasileiras.	

AUTORES/ANO	TÍTULO	OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
Bramatti L; Morata TC; Marques JM. (2008) (23)	Ações educativas com enfoque positivo em programa de conservação auditiva e sua avaliação	Avaliar o conhecimento adquirido pelos trabalhadores de empresa frigorífica, após ação educativa sobre proteção auditiva.	Foram comparadas as attitudes, intenções e comportamentos de proteção da audição adotados por 61 trabalhadores pré e pós-treinamento, avaliando a efetividade das mensagens, através do uso de estímulos positivos. Foram utilizados os questionários "Crenças e atitudes sobre proteção auditiva e perda auditiva", os quais foram aplicados antes e após a intervenção.	Os escores dos questionários se mostraram associados às variáveis sexo e tempo de empresa; a percepção de severidade das consequências de uma perda auditiva associada ao nível de ruído; normas sociais associada ao tempo de empresa, e a auto-eficácia associada ao resultado da audiometria.	O treinamento com enfoque positivo ocasionou mudanças significativas na percepção de benefícios e de obstáculos da ação preventiva em comparação ao grupo de trabalhadores que não recebeu treinamento.
Teles RM; Medeiros MPH. (2007) (3)	Perfil audiométrico de trabalhadores expostos ao ruído, acima do nível de ação (85 dB), em empresas do distrito industrial de Maracanaú, Ceará.	Estabelecer o perfil audiométrico de trabalhadores expostos ao ruído, acima do nível de ação (85 dB), em empresas do distrito industrial de Maracanaú, Ceará.	Estudo descritivo de prevalência, a partir da avaliação de dados de exames audiométricos, coletados de arquivos das empresas pesquisadas realizados, no período de abril a outubro de 2006.	Constatou-se que 19,00% da população apresentam alteração, com a perda auditiva sensorial neural em 90,67%. Em 12,71% da população observou-se PAIR e, em 71,77% há perda auditiva sensorial neural, com indícios de PAIR. Em relação à lateralidade da perda, 39,09% é unilateral, sendo 24,03% unilateral esquerda.	Os resultados apontam para a necessidade não apenas de realização de audiometrias ocupacionais pontuais, mas também de monitoramento da audição dos trabalhadores de forma longitudinal, como parte de um programa de conservação auditiva.
Alvarenga KF; Jacob LCB; Martins CHF; Costa AO; Coubé CCV; Marques JM. (2003) (24)	Emissões otoacústicas-produto de distorção em indivíduos expostos ao chumbo e ao ruído	Analisa os efeitos da intoxicação por chumbo na cóclea por meio das emissões otoacústicas em indivíduos com histórico de exposição ao chumbo e ruído.	Coleta de dados do estudo foi realizada no Centro de Pesquisas Auditológicas, do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo.	Os resultados não evidenciaram o efeito tóxico do chumbo nos resultados das emissões otoacústicas.	Não ficou evidenciado o efeito tóxico do chumbo na cóclea. As menores amplitudes das emissões otoacústicas-produto de distorção, foi observado no grupo exposto somente ao ruído, mesmo entre os indivíduos apresentavam longo período de exposição ao chumbo.
Baggio MCF; Marziale MPH. (2001) (25)	A participação da enfermeira do trabalho no programa de conservação auditiva (PCA).	Ressaltar a importância da participação enfermeira do trabalho no PCA, direcionados a trabalhadores expostos a elevados níveis de ruído, através de ações baseadas no processo de enfermagem.	Dentre os 102 trabalhadores submetidos à audiometria tonal, observou-se que 62% eram portadores de PAIR. Foi estabelecido o uso dos protetores auriculares, <i>plug</i> para trabalhadores expostos a ruídos até 90 dB decibéis e do tipo "concha" para aqueles expostos a ruído entre 91 e 110 dB.	Os resultados não evidenciaram o efeito tóxico do chumbo nos resultados das emissões otoacústicas.	A não utilização do EPI de maneira adequada pode ser por desconforto provocado pelo equipamento, qualidade e tipo do protetor auricular, a não conscientização da real necessidade de seu uso, a falta de treinamento, a utilização de ações educativas inadequadas e a incorreta utilização do processo de enfermagem no PCA.

Fonte: Os autores, obras de 1994 a 2010, com base em BIREME 2011.

Discussão

Danos causados pelo ruído

Nesta categoria, foi constatada a forte influência do ruído na saúde e no desempenho do trabalhador, a consequência mais evidente do ruído é a surdez, a qual pode ter causas diferentes.

Evidenciou-se ainda que os trabalhadores reconhecem os riscos do ruído, classificam-no como a principal causa de incômodo no trabalho, além do estresse, irritabilidade, labirintite e associação com hipertensão arterial, perda do sono, impotência sexual, surdez bilateral ou unilateral entre outras (4, 5). A literatura mostra que os profissionais demonstram conhecer estratégias coletivas e individuais para diminuir os riscos ocupacionais causados pelo ruído, como a redução da carga horária, isolamento acústico, uso correto do EPI (1, 26).

Quando se fala em ruído, tende-se a fazer associação entre a exposição ao ruído e consequente surdez, pois é o agravo mais evidente da exposição laboral, sendo que existem outros riscos provocados pelo ruído como: doenças de ordem psicológica, incômodo, estresse, distúrbios na comunicação e no desempenho de tarefas mentais e como dano físico, o trabalhador pode desenvolver distúrbios nos sistemas nervoso, circulatório, digestório, endócrino, imunológico, vestibular, muscular, nas funções sexuais e reprodutivas e no sono. O ruído no ambiente de trabalho ainda expõe o trabalhador a riscos para acidentes, como torções, ferimentos contusos, fraturas que atingem membros superiores e inferiores além da coluna vertebral (5, 26, 27), fatores estes relacionados à falta de atenção e dispersão que o ruído laboral pode ocasionar.

O estresse do barulho pode interferir nas tomadas de decisões, sendo descrito como uma das principais causas de queda no desempenho das tarefas mentais de vigilância e de precisão (28, 29). Torna-se claro que em qualquer profissão isso pode ser perigoso, para o funcionário e para as pessoas atendidas por este.

Além disso, é sabido que a surdez diminui sensivelmente a eficiência do processo de socialização pela incapacidade de ouvir e reagir aos sons da fala, fator este que pode gerar prejuízos para o trabalho em equipe e na vida pessoal (30). Constatou-se que as condições de trabalho são fundamentais para o conhecimento adequado sobre a influência da ocupação na saúde do trabalhador. Há associação entre perda auditiva com o tempo acumulado de trabalho. A NR-15 trata de atividades e operações

insalubres e determina os limites de tolerância máxima permitida diariamente. Limites que variam de acordo com as horas de exposição diária e a legislação local (31), fato reforçado pela norma reguladora que aborda medidas ergonômicas (32).

Há indícios de que o grupo jovem sofra mais com o desgaste da audição nas empresas metalúrgicas, mesmo antes de chegar à idade onde este processo ocorreria normalmente. Soma-se a isto o fato da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) (33) ser negligenciada, já que as autoridades devem ser notificadas para que as medidas cabíveis sejam tomadas (34).

No levantamento para construção deste estudo, foi percebido que na área da saúde recebem destaque os ruídos produzidos em unidade de terapia intensiva (27) e consultório dentário, apesar de os valores extrapolarem o limite de 85 decibéis (dB), duram apenas poucos minutos (35, 36), ou em alguns casos nem ultrapassam (15), entretanto ficam fora do limite recomendado pela Associação Brasileira de Normas Técnicas e Organização Mundial de Saúde para setores hospitalares.

Quando se trata de ambiente hospitalar, pode-se perceber que o cuidado relacionado à poluição sonora se estende às áreas de cuidado direto ao paciente, a qual deve ser tranquila. A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) (37, 38) estabelece os níveis de ruídos permitidos dependem do horário, sendo de 45 dB no horário diurno, e 35 dB no noturno. Entre as principais causas de barulho na UTI estão os equipamentos que soam alarmes e as próprias pessoas, produzindo a conversação que envolve os vários profissionais da equipe, acompanhantes e pessoas externas (16).

As células capilares internas do ouvido são as estruturas que transmitem as vibrações do som para o sistema nervoso. Localizadas no ouvido interno, primeiro captam as vibrações sonoras, que são transmitidas pela vibração do ar e do líquido que existe nessa região do sistema auditivo. Depois, outras células capilares traduzem essas vibrações em sinais elétricos, os quais, então, são repassados por neurônios ao cérebro, finalmente levando à percepção do som (39, 40).

Como o gradual desaparecimento dessas células é a principal causa da perda de audição, uma equipe de pesquisadores americanos usou a inserção de um gene para criar quantidade extra de células capilares internas. Experimentos em embriões de camundongo pode ser um passo importante para futura terapia contra deficiências

auditivas severas, mostra o estudo da revista científica *Nature*. Aplicar esta técnica em seres humanos seria uma forma de terapia genética contra a surdez parcial ou total (41).

Há necessidade de cuidado com o uso prolongado de remédios em altas doses. O excesso pode provocar tonteira, zumbido e até surdez. Entre as substâncias ototóxicas mais perigosas estão o salicilato de sódio, comum em remédios para inflamação e dor, diuréticos e anti-coagulantes (42). Com isso, mostra-se relevante conhecer as vulnerabilidades do trabalhador, como o uso de medicamentos, antecedentes familiares e ambiente.

O empregador deve fazer um levantamento para detectar áreas de risco atuando de forma preventiva, na segurança do trabalho, oferecendo equipamentos de proteção individual, segundo legislação vigente, instituir equipe de medicina do trabalho (onde se insere o profissional de enfermagem) e capacitar seus profissionais através da educação continuada.

No que diz respeito ao papel educativo do enfermeiro, deve-se realizar um plano de intervenção e avaliação das ações executadas pelo trabalhador, estabelecendo, estreita relação com o processo educativo de enfermagem e a saúde do trabalhador. A avaliação deve ser revisada continuamente, pois à medida que modificam as condições do cliente, mudam também os dados, exigindo constante atualização (14, 43). Com isso, podem ser identificados fatores relacionados à perda auditiva.

Fatores relacionados à perda da audição

As fontes de geração de ruído são as mais diversas possíveis, variando desde um rádio ligado, ar condicionado, passando motor de uma máquina —por exemplo: ônibus, caminhões, equipamentos hospitalares—. Como são inúmeras as fontes geradoras de ruído, são também diversas as classes trabalhadoras expostas a este tipo de estresse como: motoristas e cobradores de veículos coletivos urbanos; operadores de tratores; motoristas de caminhão; trabalhadores de frigoríficos; de usinas; de exploração mineral; petróleo; de estabelecimentos comerciais; da área de saúde; dentre outros em vulnerabilidade de exposição aos ruídos.

A ocorrência da perda auditiva é função de fatores ligados às características individuais da pessoa exposta ao ruído, ao meio ambiente e ao próprio agente agressivo (som), como visto vai depender da vulnerabilidade. Dentre as características do agente importantes para o

aparecimento de doença auditiva, destacam-se a intensidade, relacionado com o nível de pressão sonora; o tipo de ruído, definido como contínuo, intermitente ou de impacto; a duração, relacionada ao tempo de exposição a cada tipo de agente; e a qualidade, que diz respeito à frequência dos sons que compõem os ruídos em determinada análise (44). Entre as medidas de prevenção da perda auditiva, está a redução do tempo de exposição, redução da jornada de trabalho ou aumento das pausas; utilização de cabines isolantes; uso de protetores auriculares. Entre os equipamentos mais utilizados estão os medidores de nível de pressão sonora, os calibradores, os dosímetros de ruído, os registradores gráficos e os analisadores de frequência (45).

De acordo com o manual de legislação de segurança e medicina do trabalho, o limite da salubridade para pessoas trabalhando 8h semanais, estão no nível de 85 dB (46, 47). Por outro lado, os limites de tolerância, relacionados à exposição a picos de ruídos de impacto e intensidade, segundo a Norma Reguladora 15 (NR-15) estão apresentados em faixas (32), no Quadro 1. Nääs cita a legislação americana, onde o limite superior a 90 dB é permitível, no setor industrial, por 8h de trabalho. O mesmo autor aponta como importante causa de complicações legais nos Estados Unidos da América, o aparecimento de surdez em indivíduos expostos a altos limites de intensidade —denominados de picos de intensidade—, devido aos longos períodos durante o dia de trabalho (45).

Quadro 2. Limites de tolerância a ruídos em ambiente laboral, adaptado da NR-15 (1978)

Nível de ruído (dB)	Máxima exposição diária permitível (h)
85	8 HORAS
86	7 HORAS
87	6 HORAS
88	5 HORAS
89	4 HORAS E 30 MINUTOS
90	4 HORAS
91	3 HORAS E 30 MINUTOS
92	3 HORAS
93	2 HORAS E 40 MINUTOS
94	2 HORAS E 40 MINUTOS
95	2 HORAS

Fonte: Adaptado de Brasil, MTE (1978).

No Encontro Internacional sobre Ruído Ocupacional de 1995, foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), por consenso, que o limite de exposição deve ser de 85 dB, por no máximo, 8h de jornada de trabalho, o que foi adotado no Brasil (48).

No geral, as obras indicam que os trabalhadores relatam e reconhecem que o ruído pode causar ou agravar alguns problemas de saúde, principalmente a perda auditiva, estresse e irritabilidade, fatores que podem ser evitados, através de um programa de prevenção de danos à audição.

Programa de conservação auditiva

Os Programas de Conservação Auditiva (PCA), foram criados como conjunto de medidas a serem desenvolvidas com o objetivo de prevenir a instalação ou evolução de perdas da audição. Dentro das atividades propostas nesses programas devem ser educados e treinados todos os trabalhadores e gerentes sobre a sua importância, enfatizando o papel a ser desempenhado por cada um deles nos programas preventivos. Eles têm que receber treinamento apropriado para permitir e cumprir os deveres prosperamente.

O Ministério da Saúde (MS) propõe que as empresas devem manter um Programa de Prevenção de Risco Ambiental, seguindo normas regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), onde os diversos riscos à saúde do trabalhador devem ser identificados e quantificados, a fim de direcionar ações do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), avaliando a saúde dos trabalhadores (2).

A NR-6 considera que equipamento de proteção individual (EPI) é todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde do trabalhador, e que a empresa é obrigada a fornecer aos empregados, gratuitamente, EPI adequado ao risco, em perfeito estado de conservação e funcionamento (49). O anexo I-C.1 indica os protetores auriculares, de acordo com a exposição estabelecida na NR-15 (32).

Desta forma, para que se tenha a eficiência deste programa, a equipe envolvida neste processo; em especial, no que cabe ao enfermeiro, deve atentar para as seguintes etapas: monitoramento da exposição do nível de pressão sonora (avaliando o local e exposição de trabalhadores); identificar quem deve participar do Programa de Conservação Auditiva (PCA); participar no controle

de engenharia e administrativo; participar do monitoramento audiométrico (junto a outros profissionais); indicar o uso de EPI, promovendo sua adesão, realizar programas, palestras com esclarecimentos sobre o assunto, conservar registros e avaliar a eficácia e eficiência do programa de forma sistemática e constante (1).

O papel da enfermagem do trabalho

Considera-se relevante que o enfermeiro tenha consciência da importância da preservação e conservação auditiva para o trabalhador, pois através desta, pode-se prevenir a integridade auditiva dos mesmos. Aliado a isso e através, da transformação progressiva da organização do trabalho, das condições de trabalho e dos processos de trabalho, tentar resgatar o sentido maior do trabalho, ou seja, uma atividade sem sofrimento, dor, doença ou morte, melhorando assim, a qualidade de vida e saúde geral (40).

Durante a atuação do enfermeiro do trabalho na prevenção dos danos e do estresse decorrentes da exposição aos ruídos no ambiente de trabalho, ressalta-se a importância da utilização do processo de enfermagem na composição, execução e avaliação das ações próprias do seu campo perante este problema. A medição da audição do trabalhador se dá através de aparelho específico, o audiômetro, cuja verificação deverá ser feita periodicamente nos trabalhadores. A aferição e a calibração deste devem ser feito uma vez por ano. O exame audiométrico é executado por profissionais habilitados conforme resoluções de seus conselhos federais (50).

Perdas auditivas podem levar a deficiência; seja esta parcial ou total que, de acordo com a lei brasileira 5.296 de 2 de dezembro de 2004 da Presidência da República, é definida como: perda bilateral, parcial ou total, de 41 dB ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz (2, 51).

A portaria do Ministério do Trabalho e Emprego (MTB) nº 3.214, de 08 de junho de 1978 aprova normas regulamentadoras, dentre as quais a NR-7 que se refere ao Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) (50); onde estabelece, através do anexo I-quadro II, diretrizes e parâmetros para avaliação e acompanhamento da audição em trabalhadores expostos a níveis de pressão sonora elevados. A NR-15, anexo I e II, impõe os limites de tolerância para ruído contínuo e intermitente (32), como demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2. Locais ruidosos e índice em dB segundo NR-15, 1978

LOCAL	dB
Hospitais, apartamentos, enfermarias, berçários, laboratórios, etc.	35-45
Escolas (salas de aula)	40-50
Igrejas e templos, escritórios (salas de gerência, projetos e administração)	35-45

Fonte: Adaptado de Brasil, MTE, 1978.

O trabalhador, muitas vezes, evita utilizar o EPI por motivos de estética, incômodo ou desconforto, por isto, a NR-6 institui que o empregador deve exigir seu uso, é obrigado a orientar e treinar o trabalhador sobre a adequada utilização, guarda e conservação, além de fornecer gratuitamente aos funcionários o EPI adequado ao risco, em perfeito estado de conservação e funcionamento (2, 49). Falta a conscientização da real necessidade, de treinamento e de utilização de práticas educativas voltadas para redução desse impasse.

Diante dessa problemática, o papel do profissional de saúde inserido no contexto do trabalho, deve ser o de sensibilizar e educar, de forma que o trabalhador se conscientize sobre a importância de prevenir danos decorrentes dos ruídos laborais. Além disso, esses profissionais devem identificar problemas no processo de prevenção e educação para a utilização dos EPIs, treinamentos para o adequado uso dos mesmos, dentre outros aspectos essenciais para a manutenção da saúde no ambiente de trabalho.

A enfermagem do trabalho, como especialidade, vem buscando desenvolver e aprofundar conhecimentos e ampliar seu papel junto à área de saúde do trabalhador. Neste caso, o enfermeiro do trabalho deve iniciar a realização de exames periódicos junto aos trabalhadores expostos a ruídos, sendo orientados individualmente sobre a maneira correta da utilização do protetor auricular. É importante realizar palestras de educação e sensibilização quanto à necessidade do uso do referido EPI (4, 32, 40).

Além disso, o planejamento da assistência de enfermagem inicia-se com a determinação de um plano de ação aos trabalhadores, envolvendo principalmente a prevenção e promoção da saúde. O estabelecimento de novas metas deve ser centrado no cliente, respeitando a

capacidade e limitação do trabalhador, e apropriada à realidade do trabalho.

Segundo a NR-9, o empregador deve manter um Programa de Prevenção de Risco Ambiental (PPRA), no qual os diversos riscos existentes no trabalho devem ser identificados e quantificados, para direcionar as ações do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO NR-7), que avaliará a saúde dos trabalhadores.

Todo caso de perda auditiva induzida por ruído, deve ser notificada compulsoriamente ao SUS, segundo a Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004. Da mesma forma, todo caso de perda auditiva induzida por ruídos (PAIR) deve ser comunicado à Previdência Social, por meio de Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT) (8).

O enfermeiro do trabalho, em atuação conjunta com a empresa, é o principal responsável pela sensibilização dos trabalhadores para a prevenção deste risco, alertando-os quanto à importância da educação relacionada ao tema, atualizando-os sobre a função de cada instrumento do EPI. Devem ser considerados os diversos tamanhos desses equipamentos, adaptando-os de forma individualizada para que tenham eficiência na proteção ocupacional.

Vale ressaltar que toda empresa deve seguir, além de leis trabalhistas, procedimentos e protocolos próprios para a proteção de seus empregados, evitando a progressão para consequências negativas, seguindo a ordem do processo: controle da fonte, da via de transmissão, de pessoas, além da diminuição do tempo da exposição de cada trabalhador ao ruído (5, 8, 16).

Infelizmente, foi construída a ideia de que o barulho é problema exclusivo do trabalhador, logo, é pouco valorizada a possibilidade de perder-se a acuidade auditiva, entretanto o tempo e capital investidos na produção para atender as normas evita os efeitos danosos do ruído, o que gera economia financeira e prevenção de doenças ocupacionais (26).

Desta forma, em um olhar amplo sobre os efeitos decorrentes dos ruídos e os efeitos benéficos de sua prevenção, permitem inferir que a diminuição dos danos ocasionados pelo mesmo, através da atuação de enfermeiros do trabalho capacitados e orientados quanto ao impacto do problema para a produtividade das empresas, permite conceber trabalhadores mais saudáveis e produtivos, além de empresas não só preocupadas com lucratividade de seus ganhos, mas também com a qualidade de vida de seus colaboradores.

Conclusão

Pôde-se constatar que o trabalhador acaba exposto ao ruído de maior ou menor intensidade, de acordo com suas funções e natureza do trabalho, o que pode torná-lo mais ou menos vulnerável. Os mais suscetíveis são profissionais que atuam em frigoríficos, operadores de máquinas pesadas, usineiros, siderúrgicos motoristas e cobradores, caminhoneiros, comerciários e trabalhadores na área de saúde.

A literatura aponta que os ruídos estão relacionados a doenças psicológicas, como estresse, irritabilidade e alterações no processo de comunicação e humor, sendo que o trabalhador pode desenvolver danos ao sistema neurológico, circulatório, digestório, endócrino, imunológico, vestibular, muscular, nas funções sexuais e reprodutivas e no sono. Tendo destaque na literatura: o estresse, labirintite hipertensão arterial, perda do sono, impotência sexual, surdez bilateral ou unilateral entre outras.

Quanto mais tempo exposto ao ruído, maior o risco de desenvolvimento de surdez, isso é, pode variar de acordo com a vulnerabilidade do trabalhador. As normas regulamentadoras e entidades internacionais determinam o limite máximo a que o trabalhador pode ficar exposto.

Os profissionais conhecem os riscos ocupacionais do ruído, classificam-no como a principal causa de incômodo e conhecem estratégias coletivas e individuais para diminuí-los. Talvez, ainda perdure a cultura do trabalhador que mesmo informado, opte por não fazer uso de proteção por achar que não há risco, ou que simplesmente considera-se “acostumado” e adaptado, o que na verdade pode revelar sua saúde já debilitada. Por outro lado, pode-se também constatar ainda a negligência por parte das empresas.

É necessário desenvolver um programa preventivo e educativo como campanhas educacionais, palestras, oficinas, ouvidorias, desta forma conscientizando sobre a importância da redução do nível de ruído.

A principal forma de se evitar danos auditivos seria o uso de EPI segundo a NR-6, sendo que a empresa é obrigada a fornecer aos empregadores, gratuitamente. Neste caso, o enfermeiro deve orientar o uso do equipamento adequado ao risco, privar pelo seu estado de conservação e funcionamento.

É necessário uma transformação progressiva na organização e nas condições e processo de trabalho, através de plano de ações de avaliação somado ao processo educativo contínuo. Além disso, o planejamento da assistência de enfermagem deve envolver a prevenção, promoção da saúde e qualidade de vida no ambiente de trabalho.

Referências

- (1) Oliveira EB, Lisboa MTL. Exposição ao ruído tecnológico em CTI: Estratégias coletivas de defesa dos trabalhadores de enfermagem. *Rev Esc Enfer Anna Nery*. 2009;13(1): 24-30.
- (2) República Federativa do Brasil. Ministério do trabalho e emprego. Norma regulamentadora nº 9, dispõe sobre o programa de prevenção de riscos ambientais de 08 de junho de 1978. Diário oficial da união de 06/07/1978 [acesso: 10 jan 2010]. Disponível em: <http://pro-sst1.sesi.org.br/portal/main.jsp?lumPageId=4028E4811025DB5601102685ECD824A9&query=Ru%C3%ADos>.
- (3) Próspero AC. Estudo dos efeitos do ruído em servidores do Centro Técnico Aeroespacial [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 1999.
- (4) World Health Organization WHO. Calls on private sector to provide affordable hearing aids in developing world. WHO/34 11july 2001 [acesso: 27 abr 2008]. Disponível em: <http://www.who.int/inf-pr-2001/en/pr2001-34.html>.
- (5) Oliveira RS. Prevenção da perda auditiva induzida por exposição a ruídos no local de trabalho [tese monográfica]. Rio de Janeiro: Centro Universitário Plínio Leite-Unipli/Niterói; 2009.
- (6) Astete MGW, Kitamura S. Manual prático de avaliação do barulho industrial. São Paulo: Fundacentro; 1978.
- (7) Teles RM, Medeiros MPH. Perfil audiométrico de trabalhadores do distrito industrial de Maracanaú-CE. *Rev Soc Bras Fonoaudiologia*. 2007;12(3):233-239.
- (8) Melnick W. Saúde Auditiva do Trabalhador. Em: Katz J. Tratado de Audiologia Clínica. 4^a ed. São Paulo: Manole; 1999. pp. 529-547.
- (9) Brasil. Ministério do Meio Ambiente. Companhia ambiental do Estado de São Paulo. Proteção da qualidade [acesso: 05 ago 2010] [artigo na Internet]. Disponível em: http://www.cetesb.sp.gov.br/Solo/agua_sub/protecao.asp.
- (10) Santos JD, Ferreira IDC. Variação dos limiares audiométricos em trabalhadores submetidos a ruído ocupacional. *Rev Inter Otorrinolaringologia*. 2008;12(2):9.
- (11) Brasil. Perda Auditiva Induzida por Ruído. Saúde do Trabalhador. Brasília; 2006.
- (12) Brito VPS. Incidência de Perda Auditiva Induzida por Ruído em Trabalhadores de uma Fábrica [tese de especialização]. Goiânia: Centro de Especialização em Fonoaudiologia; 1999.

- (13) República Federativa do Brasil. Conselho Nacional de Meio Ambiente-Conama. Resolução nº 252, de 7 de Janeiro de 1999, estabelece critérios específicos para a fiscalização das emissões sonoras dos veículos que circulam nas vias públicas. Publicação-Diário Oficial da União (01/02/1999).
- (14) Lopes AC. Prevalência de perda auditiva induzida por ruído em motoristas. *Int Arch Otorhinolaryngol.* São Paulo-Brasil, 2012;16(4):509-514.
- (15) Freitas RGF, Nakamura HY. Perda auditiva induzida por ruído em motoristas de ônibus com motor dianteiro. *Saúde Rev Piracicaba.* 2003;5(10):13-9.
- (16) Carvalho GM. Enfermagem do trabalho. 1^a ed. São Paulo: EPU; 2006.
- (17) Neto RAS, Mesquita FOS, Paiva-Junior MDLS, Ramos FF, Andrade FMD, Correia-Júnior MAV. Ruídos na unidade de terapia intensiva: quantificação e percepção dos profissionais de saúde. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2010;22(4):369-374.
- (18) Petian A. Incômodo em relação ao ruído urbano entre trabalhadores de estabelecimentos comerciais no município de São Paulo [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
- (19) Lopes G, Russo IC, Fiorini AC. Estudo da audição e da qualidade de vida em motoristas de caminhão. *Rev CEFAC.* 2007;9(4):532-542.
- (20) Souza NSS, Carvalho FM, Fernandes RCP. Hipertensão arterial entre trabalhadores de petróleo expostos ao ruído. *Cad Saúde Pública.* 2001;17(6):1481-88.
- (21) Ricardo C, Lima-Filho EC, Nascimento LCR. Associação da perda auditiva induzida pelo ruído com o tempo acumulado de trabalho entre motoristas e cobradores. *Cad Saúde Pública.* 1994;2(10):210-221.
- (22) Gosling M, Araújo GCD. Saúde física do trabalhador rural submetido a ruídos e à carga térmica: um estudo em operadores de tratores. *O Mundo da Saúde São Paulo.* 2008;32(3):275-286.
- (23) Dias A, Cordeiro R, Gonçalves CGO. Exposição ocupacional ao ruído e acidentes do trabalho. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(10):2125-2130.
- (24) Guerra MR, Lourenço PMC, Bustamante-Teixeira MT, Alves MJM. Prevalência de perda auditiva induzida por ruído em empresa metalúrgica. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(2):238-44.
- (25) Bramatti L, Morata TC, Marques JM. Ações educativas com enfoque positivo em programa de conservação auditiva e sua avaliação. *Rev CEFAC.* 2008;10(3):398-408.
- (26) Alvarenga KF, Jacob LCB, Martins CHF, Costa OA, Coube CZV, Marques JM. Emissões otoacústicas-produto de distorção em indivíduos expostos ao chumbo e ao ruído. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2003;5(69):681-686.
- (27) Baggio MCF, Marziale, MHP. A participação da enfermeira do trabalho no programa de conservação auditiva. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2001;9(5):97-99.
- (28) Ganime JF, Silva AL, Robazzi MLCC, Valenzuela SS, Faleiro SA. O ruído como um dos riscos ocupacionais: uma revisão de literatura. *Enferm Global.* 2010;(19):1-15.
- (29) Holsbach LR, Conto JA, Godoy PCC. Avaliação dos níveis de ruído ocupacional em Unidade de Tratamento Intensivo. Sociedade Cubana de Bioingenieria, Habana. 2001;208:1-4.
- (30) Carvalho AM. Barulho e desempenho: aspectos ergonômicos. *Rev Bras Saúde Ocup.* 1985;13(50):82-87.
- (31) Menzani GY, Ferraz BER. Determinação dos estressores dos enfermeiros atuantes em unidade de internação. *Enferm Global.* 2005;(7):1-9.
- (32) Paraguay ATT. Perda Auditiva por ruído em consultório odontológico [tese de especialização]. Recife: Curso de Especialização em Fonoaudiologia Clínica; 1999 [acesso: 10 jan 2011]. Disponível em: <http://www.cefac.br/library/teses/c77ca764e1494a1ef764e7c-c9a35c4d.pdf>
- (33) República Federativa do Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma regulamentadora nº 17, estabelece parâmetros que permitem a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores de 08 de junho de 1978. Diário oficial união de 06/07/1978 [acesso: 10 jan 2010]. Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_17.pdf. Acessado em 10/01/2010
- (34) República Federativa do Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma regulamentadora nº 15. Dispõe sobre as atividades e operações insalubres de 08 de junho de 1978. Diário oficial da união de 06/07/1978 [acesso: 10 jan 2010]. Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_15.pdf. Acessado em 10/01/2010
- (35) Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991-Diário oficial da união de 14/08/1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.HTM>
- (36) Gonçalves CGO, Iguti AM. Análise de programas de preservação da audição em quatro indústrias metalúrgicas

- de Piracicaba, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2006;22(3):609-618.
- (37) Lourenço EA, Berto JMR, Duarte SB, Greco JPM. Ruído em Consultórios Odontológicos pode Produzir Perda Auditiva? Arq Int Otorrinolaringol Intl Arch Otorhinolaryngol. 2011;1(5):84-88.
- (38) Tôrres BO, Fernandes MJM, Félix SSS, Costa ICC. A Perda Auditiva Induzida pelo Ruído (PAIR) na formação acadêmica: conhecimentos e medidas de prevenção. Odontologia. Clín Científ. 2007;6(2):151-154.
- (39) Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 10151: 2000-Acústica: avaliação do ruído em áreas habitadas, visando o conforto da comunidade: procedimento. Rio de Janeiro; 2000.
- (40) Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 10152: 1990-Níveis de ruído para conforto acústico-NB 95. Rio de Janeiro; 1990.
- (41) Guyton AC. Fisiologia Médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
- (42) Berne RM. Fisiologia. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.
- (43) Lopes RJ. Equipe recria células do ouvido que se perdem em deficientes auditivos. globo.com [homepage on the Internet]. 08/08 [23/02/2011] [acesso: 07 jul 2010]. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Ciencia/0,,MUL739176-5603,00%20EQUIPE+RECRIA+CELULAS+DO+OUVIDO+QUE+SE+PERDEM+EM+DEFICIENTES+AUDITIVOS.html>
- (44) Barros C. Excesso de medicamentos pode causar surdez. Extra. globo.com [homepage on the Internet]. 12/2010 [22/02/2011] [acesso: 07 jul 2010]. Disponível em: <http://extra.globo.com/noticias/saude-e-ciencia/excesso-de-medicamentos-pode-causar-surdez-371328.html>
- (45) Dantas CC. O saber-fazer do enfermeiro no programa de conservação auditiva (PCA): discutindo uma prática a partir do conhecimento de graduandos de enfermagem. Enferm Global. 2009;16:1-11.
- (46) Nääs IA, Miragliotta MY, Baracho MS. Níveis de ruídos na produção de matrizes pesadas-estudo de caso. Rev Bras Cienc Avic. 2001;3(2):149-155.
- (47) Carvalho GM. Enfermagem do trabalho. 1ªed. São Paulo: EPU; 2006.
- (48) National Institute for Occupational Safety and Health. Preventing occupational hearing loss a practical guide. Cincinnati: National Institute for Occupational Safety and Health; 1996.
- (49) ISO 1999. Acoustics-Determinant of occupational noise exposure and estimation of noise-induced hearing impairment (International Standards Organization, Geneva, 1990).
- (50) Conferência Geral da Organização Internacional do Trabalho, 82, 6/06/1995, Genebra. Convenção 176: Convenção sobre a segurança e saúde nas minas [documento em Internet]. Genebra: OIT, 1995 [acesso: 22 out 2010]. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/c>
- (51) República Federativa do Brasil. Ministério do trabalho e emprego. Norma regulamentadora nº 6, dispõe sobre equipamento de proteção individual-EPI de 08 de junho de 1978. Diário oficial da união de 06/07/1978 [acesso: 10 jan 2010]. Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_06.pdf
- (52) República Federativa do Brasil. Ministério do trabalho e emprego. Norma regulamentadora 7, dispõe sobre o programa de controle médico de saúde ocupacional—EPI de 08 de junho de 1978. Diário oficial da união de 06/07/1978 [acesso: 10 jan 2010]. Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_07_at.pdf
- (53) República Federativa do Brasil. Presidência da República. Decreto nº 5.296, estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências de 2 de dezembro de 2004. Diário oficial da união de 3/12/2004 [acesso: 10 jan 2010]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm

El monitoreo estratégico: una metodología participativa para el cuidado de la salud*

Strategic monitoring:
a participative methodology for health care

O monitoramento estratégico:
uma metodologia participativa para o cuidado da saúde

LUZ EVER DÍAZ MONSALVE**

Resumen

Introducción: El monitoreo estratégico es una metodología caracterizada por considerar la salud como un proceso histórico y social influenciado por determinantes del macro y microcontexto, que promueve la participación comunitaria y el control social informal en la gestión de la salud. Se compone de tres subsistemas que se pueden desarrollar en cinco momentos.

Objetivo: Analizar los supuestos teóricos y metodológicos del monitoreo estratégico en salud y proponer los momentos metodológicos inspirados en investigación y experiencia de cuidado en la salud sexual y reproductiva con adolescentes.

Metodología: Estudio cuantitativo realizado entre 2005 y 2008 en una institución educativa de Bello, Antioquia, que tuvo por objetivo describir el perfil epidemiológico de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Con una muestra de 233 adolescentes encuestados elegidos por muestreo aleatorio simple y 9 grupos de discusión, se encontró que el 11% tenía antecedentes de maternidad/paternidad, de cuyos embarazos el 58% terminó en aborto y el 2.1% había padecido infección de transmisión sexual. La comunidad académica prioriza la necesidad del proyecto de formación sexual para mejorar la situación, lo que motiva

el desarrollo del monitoreo estratégico, proceso que dio como resultados una comunidad académica sensible en la formación sexual y disminución drástica de embarazos en escolares.

Conclusiones: El monitoreo es una metodología para el cuidado de la salud que cree en que la construcción de colectividad es posible, aunque no es fácil porque requiere de tiempo, paciencia y recursos para orientar a los individuos a que trabajen juntos por un interés común, sus frutos son duraderos en tanto que no dependen del equipo de salud para la gestión del bienestar y la protección de la vida.

Palabras clave: Monitoreo; Controles Informales de la Sociedad; Participación Comunitaria (Fuente: DECS BIREME).

Abstract

Introduction: Monitoring strategic is a methodology characterized by considering health like an historical and social process influenced by micro and macro determinants that promotes community participations and informal social control in health management. It is composed by three subsystems that we can develop in five moments

Objective: Analyze theoretical assumptions and methodologies of strategic monitoring in health care and propose methodological moments inspired by research and experience care in sexual and reproductive health with adolescents

Methodology: Quantitative study conducted between 2005 and 2008 in an educational institution from Bello, Antioquia, which aimed to describe epidemiological profile of sexual and reproductive health from adolescents. Sample of 233 teens surveyed selected by simple random sampling and 9 focus

* Producto de reflexión de la investigación *Monitoreo estratégico en salud sexual y reproductiva con los escolares adolescentes del barrio el Cairo-Bello. 2005-2008*, realizado entre mayo de 2005 y octubre de 2008, financiado por el Comité para el Desarrollo de la Investigación (CODI) de la Universidad de Antioquia y de la Institución Educativa "La Milagrosa".

** Magíster en Salud Colectiva. Especialista en Epidemiología. Enfermera Docente investigadora. Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. E-mail: ledmonsalve@gmail.com.

groups. We found that 11% had a history of maternity/paternity, 58 % of these pregnancies ended in abortion and 2.1% had suffered from sexually transmitted infection. The academic community prioritizes the need for sex education project to improve this situation, which motivates the development of strategic monitoring process that led to an appreciable results in the academic community and drastic decrease sexual education in school pregnancies.

Conclusions: Monitoring is a methodology for health care that believes that building community is possible, though it is not easy because it requires time, patience and resources to guide individuals to work together for a common interest, fruit are durable while not dependent on the health care team to manage their welfare and protection life.

Key words: Monitoring; Social Control, Informal; Consumer Participation (Source: DECS BIREME).

Resumo

Introdução: O monitoramento estratégico é uma metodologia caracterizada por considerar a saúde como um processo histórico e social influenciado por determinantes do macro e micro contexto, promove a participação comunitária e o controle social informal na gestão da saúde.

Objetivo: Analisar os supostos teóricos e metodológicos do monitoramento estratégico em saúde e propor os momentos metodológicos inspirados na pesquisa e experiência de cuidado na saúde sexual e reprodutiva com adolescentes.

Metodologia: Estudo quantitativo realizado entre 2005 e 2008 em uma instituição educativa de Bello-Antioquia, que teve por objetivo descrever o perfil epidemiológico da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Com uma amostra de 233 adolescentes inquiridos, elegidos por amostragem aleatória simples e 9 grupos de discussão, encontrou-se que 11% tinha antecedentes de maternidade/paternidade, dessas gravidezes 58% terminaram em aborto, e 2,1% tinham padecido infecções sexualmente transmissíveis. A comunidade acadêmica prioriza a necessidade do projeto de formação sexual para melhorar a situação, o que motiva o desenvolvimento do monitoramento estratégico, processo que resultou em uma comunidade acadêmica sensível na formação sexual e na diminuição drástica da gravidez nos escolares.

Conclusões: O monitoramento é uma metodologia para o cuidado da saúde que acredita em que a construção da coletividade é possível, ainda que não seja fácil porque precisa de tempo, paciência e recursos para orientar aos indivíduos para que trabalhem juntos por um interesse comum, seus frutos são duradouros devido a que não dependem da equipe de saúde para a gestão do bem-estar e a proteção da vida.

Palavras-chave: Monitoramento; Controles Informais da Sociedade; Participação Comunitária (Fonte: DECS, BIREME).

Introducción

El cuidado de la salud, entendido como los actos de vida representados en actividades orientadas a mantener el bienestar y la vida de los seres humanos (1) ocurre en los diferentes escenarios donde existen y se desarrollan los sujetos de cuidado¹. En este sentido, el cuidado no tiene límites de tiempo, espacio y persona, no obstante, el cuidado está influenciado entre muchos factores por el estado de salud de los sujetos de cuidado, por ejemplo: el cuidado clínico se genera cuando un sujeto demanda la atención porque se siente enfermo, cuidado que generalmente se obtiene en instituciones de salud o en el domicilio del sujeto. De esta manera, se inicia el análisis de datos para llegar a un diagnóstico, se establece el tratamiento terapéutico y una serie de cuidados que tienen como fin recuperar la salud o por lo menos controlar la enfermedad, por lo que se caracteriza por ser un cuidado individual y centrado en la enfermedad. El cuidado comunitario se establece en sujetos sanos, tiene como fin conservar el bienestar y proteger la vida, se caracteriza porque no se establece en un lugar determinado, está centrado no sólo en el individuo, sino también en la familia, en los grupos humanos y en la comunidad. Se empieza por el análisis de la situación de salud mediante información recolectada sobre las causas de enfermar y de morir, los factores de riesgo y los recursos de salud para realizar el diagnóstico y orientar acciones de cuidado (2).

Las metodologías clásicas del cuidado comunitario son la vigilancia epidemiológica, el enfoque de riesgo y el estudio de brotes. La vigilancia epidemiológica consiste en un sistema de información que orienta acciones de prevención, control y erradicación de la enfermedad mediante el reporte sistemático de los casos (2, 3, 4); el enfoque de riesgo mide la probabilidad de enfermar en quienes están expuestos a un factor de riesgo y con base en esta información se gestionan acciones de prevención para los individuos más vulnerables de acuerdo a la exposición (2, 5). El estudio de brotes es un proceso de intervención e investigación que se implementa en casos de epidemias, por enfermedad nueva en una región o cuando se identifica un microorganismo nuevo en el mundo, como ocurrió recientemente con el virus AH1N1 (2, 3, 6). Estas metodologías se caracterizan porque parten del diagnóstico de la situación y están centradas en la enfermedad, en la que el equipo de salud es protagonista en todo el proceso.

El Monitoreo Estratégico en Salud (MES) o Monitoreo Participativo, propuesto por Breilh (1997), surge como

¹ Se entiende por sujetos de cuidado a individuos, familias, grupos humanos, comunidades y colectivos humanos que son usuarios de la atención de los profesionales de la salud.

alternativa para el cuidado comunitario centrado en la salud. Como las demás metodologías, se basa en el diagnóstico, pero en ésta el protagonista es el sujeto de cuidado y el equipo de salud es asesor del proceso, razón por la cual la participación comunitaria cobra importancia en esta estrategia metodológica (7, 8).

Este texto tiene como propósito analizar el MES para el cuidado de la salud comunitaria. Para ello se parte del análisis de los principios teóricos y se proponen los momentos metodológicos con base en la experiencia investigativa y cuidado en la salud sexual y reproductiva (ssr) con adolescentes de un colegio del municipio de Bello, Antioquia, donde esta herramienta se constituye en soporte de la propuesta.

Consideraciones teóricas

El concepto amplio de la salud y su impacto en el cuidado

La salud es el derecho que tiene todo ser humano de vivir en completo bienestar físico, mental y social; no sólo es la ausencia de enfermedad o dolencia (9). Franco y otros (1995) (10) definen el bienestar como sensación placentera del sujeto y su capacidad de funcionar adecuadamente, aspectos que requieren de acceso a la participación en los niveles decisarios y a los recursos económicos, científicos, tecnológicos e informativos para satisfacer las necesidades básicas y el desarrollo de las potencialidades de acuerdo a sus preferencias. Los autores también afirman que la salud es la vida, entendida ésta como energía vital, intelectual y sexual que se materializa en cada momento de la existencia. Desde el contexto de la enfermería, se considera la salud como “el conjunto de fuerzas vivas físicas, afectivas, psíquicas, sociales, que se pueden movilizar para afrontar, compensar la enfermedad y dejarla atrás” (11).

El estado de salud es el producto de un proceso social y biológico, integrado y dinamizado en el cual ocurren las contradicciones entre lo saludable (disfrute de valores) y lo destructivo (procesos de deterioro o de contravalores). En cada momento específico de la vida predomina uno de los polos de la contradicción que se manifiesta en el estado de salud o de enfermedad, según predominen los procesos benéficos o destructivos (8, 12).

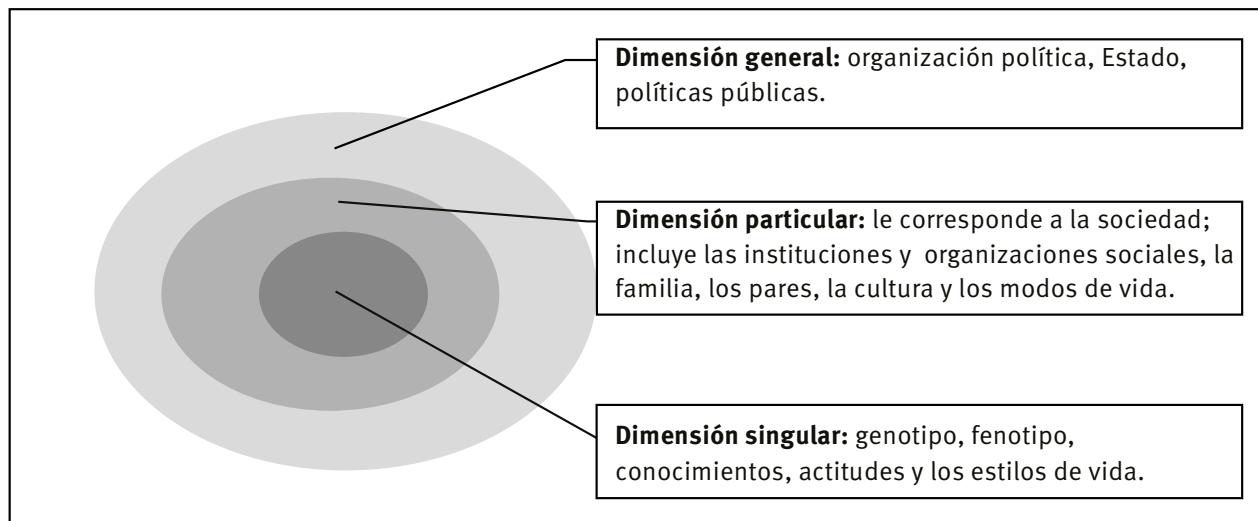
Estas consideraciones sobre la salud conducen a la reflexión en varios aspectos:

- **La valoración de los determinantes.** El estado de salud está influenciado por determinantes que no son

ni buenos ni malos por sí mismos, sino que presentan matices que deben ser considerados al momento de gestionar la salud. El valorativo de bueno/malo depende de quién lo califica, por ello el equipo de salud debe considerar el significado que para los sujetos tienen los determinantes, porque puede ocurrir que para el equipo un ritual, una conducta o una costumbre sea perjudicial e incluso constituya una amenaza para la vida, mientras que para los sujetos represente satisfacción, disfrute y armonía espiritual. También se debe tener en cuenta el conocimiento que los sujetos tienen del potencial destructor del determinante y las negociaciones que hacen entre el disfrute y el riesgo que asumen.

- **La salud como proceso histórico y social.** La interacción de los determinantes posee una historia individual y colectiva, por tanto el estado de salud no es producto del azar; por ejemplo: en el caso de un sujeto con infarto agudo del miocardio confluyen una serie de determinantes que ocasionaron obstrucción súbita de la circulación a nivel cardiaco, los mismos que posiblemente actuaron en diversos momentos de la vida. Algunos de estos determinantes que contribuyeron pudieron ser: sedentarismo, hábito de fumar, obesidad, altos niveles de estrés por situaciones de violencia y condiciones laborales poco saludables; a éstos se les adicionan los genéticos, ausencia de medidas de prevención y detección oportuna de la enfermedad de parte del sistema de salud. Este mismo principio histórico y social se analiza en el caso de eventos que afectan grupos humanos tales como un siniestro aéreo o el desplome de un edificio como el ocurrido en la ciudad de Medellín, Antioquia, cuando varias personas perdieron la vida y otras tantas no se sintieron con bienestar porque drásticamente tuvieron que cambiar de domicilio (13).
- **El macro y microcontexto de la salud.** Breilh (1997) propone el análisis e intervención de la salud en sus determinantes generales, sociales y singulares. Los generales están en la organización política y normativa, políticas salariales, educativas, económicas y de salud. En los sociales se hace referencia a los modos de vida, la influencia de los medios de comunicación, el aporte de instituciones sociales como la familia, la salud, la educación, las empresas, los grupos y las organizaciones no gubernamentales en el bienestar de los sujetos. Los determinantes singulares corresponden a las características individuales como composición biológica, conductas, estilo de vida, conocimiento y actitudes de cuidado (8), en los cuales se desarrolla la vida humana (ver Figura 1).

Ahora bien, el concepto de cuidado, ampliamente desarrollado por la enfermería, viene del vocablo “cuidar” que evoca acciones de protección, ayuda, interés, asistencia y dedicación dirigidas hacia sí mismo, hacia

Figura 1. Contextos en los cuales se desarrolla la vida humana

Fuente: Adaptado de la figura en la cual Breilh (1997) sintetiza los procesos que conforman el sistema de contradicciones (8).

el otro o hacia un objeto. En el contexto de la enfermería se considera el cuidado de la salud como una “infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida, permitir que ésta continúe y se reproduzca” (1).

El cuidado de la salud está influenciado por múltiples factores y su análisis sobrepasa los alcances de este texto, sin embargo, para efectos de comprensión del planteamiento que se propone es necesario hacer alusión al concepto de salud y de sujeto que tiene el cuidador: “Comprender la salud permite orientar la práctica de enfermería” (11) y de cuidado de los profesionales. Por ejemplo: si se limita el concepto de salud a la ausencia de enfermedad y además se ignora la subjetividad y el conocimiento del sujeto de cuidado sobre su padecimiento, posiblemente el análisis estará orientado a la búsqueda de la enfermedad y de los factores de riesgo, por tanto, las acciones de cuidado pueden estar descontextualizadas del ambiente social, político y cultural del individuo y del grupo humano.

Pero si se considera la salud en su sentido más amplio, se reconoce la subjetividad y el conocimiento del sujeto y lo que está dispuesto a hacer en pro de su salud, entonces la gestión de la salud pasa de ser un asunto privado del equipo de salud, a ser un asunto de individuos y colectividades que lideran su propio proceso de cuidado en la dimensión individual y colectiva. En consecuencia, la

gestión posiblemente estará en armonía con la realidad política, social, económica y cultural del contexto. Son las diversas maneras de ejercer la práctica profesional que tienen sus raíces en supuestos teóricos y ontológicos de gran peso en la acción profesional.

El Monitoreo Estratégico en Salud (MES)

El monitoreo es un proceso continuo, sistemático y organizado de observación, seguimiento, registro y análisis de los avances de un proyecto, con el fin de identificar fortalezas y debilidades que orienten la toma de decisiones (14, 15, 16, 17). Por su parte, el MES consiste en “la posibilidad de implementar un proceso de monitoreo crítico sobre la necesidad social insatisfecha, sobre los logros de la acción popular, sobre los determinantes y expresiones de salud colectiva, como parte de un proceso de planeación estratégica centrada en la colectividad popular” (8). Se denomina monitoreo porque consiste en un proceso de análisis continuo y reflexivo de información en todo lo concerniente al bienestar y a la protección de la vida; estratégico, porque toma elementos de la planeación administrativa tales como objetivos, metas, estrategias, recursos e indicadores de evaluación; y crítico en salud, porque se enfoca en el análisis participativo de las necesidades y determinantes que potencian la salud o que la deterioran.

El MES es una metodología para el cuidado comunitario que promueve el control informal de los colectivos mediante estrategias que motivan el sentido de pertenencia, afectividad y solidaridad entre los integrantes de la colectividad, a tal punto que los intereses, costumbres y valores particulares de individuos o grupos se modifiquen y se adhieran a la lucha por el bienestar y la vida de todos (18).

Breihl (1997) plantea que en el desarrollo del MES se toman como referencia los subsistemas denominados participación/comunicación, monitoreo crítico y reacción inmediata (8). Ramírez y Gaviria (2000) relacionan el subsistema de participación/comunicación con la construcción de nuevas formas de expresión que faciliten la interacción del equipo de salud y la comunidad para lograr la participación y la conformación de colectividad. El segundo subsistema contempla la gestión del sistema de información que será utilizado por el colectivo; y el tercer subsistema se fundamenta en la reorientación y evaluación periódica de los servicios y programas priorizados por el grupo y la comunidad (19).

Participación comunitaria

La construcción de colectividad se logra a través de la participación de individuos y comunidades en la gestión de la salud mediante “el intercambio entre la colectividad, sus percepciones, sus necesidades y la cultura particular con las del grupo técnico asesor que participa” (8), por tanto, en esta metodología el rol del equipo de salud es el de ser motivador y asesor de individuos y comunidades en el análisis del proceso salud/enfermedad, priorización de necesidades y gestión del cuidado. Este rol precisa de profesionales de la salud que consideren a los sujetos de cuidado como protagonistas de su vida individual y colectiva, que construyen sus conceptos y explicaciones alrededor de la salud/enfermedad, vida/muerte, necesidad/satisfacción. Hausberger y Wacsman (2000) afirman que “para los sectores populares, el mundo de la vida cotidiana es objetivado y resignificado en las actividades de todos los días, sus peculiares condiciones de salud y existencia conforman un conjunto de saberes, creencias, valores y cosmovisiones que les son propias, dentro de los cuales se encuentran también los relatos de salud y enfermedad” (21). Esta consideración del ser humano como actor de su realidad es trascendental al momento de estructurar proyectos de cuidado de la salud, con el diseño de instrumentos de recolección de datos cualitativos y cuantitativos, el análisis conjunto de la situación y propuestas de intervención lideradas por los sujetos de cuidado.

Consideraciones metodológicas

Los subsistemas identificados por Breihl (1997) y descritos por Ramírez y Gaviria (2000) se desarrollan en cinco momentos metodológicos que se proponen a partir de la bitácora construida en experiencia investigativa y de cuidado en salud sexual en adolescentes con la comunidad académica de una institución educativa ubicada en Bello, Antioquia. A continuación se describe cada momento:

1. Conformación de colectividad

La construcción de colectividad para el control social informal es un proceso que requiere acciones de convocatoria y creación de entornos que propicien confianza, seguridad, reconocimiento de singularidades, de fines comunes y apertura para la aceptación mutua. Por ello, entornos de marginación, postergación e inequidad no tienen cabida cuando de colectividad se trata: ésta es la razón que hace de la primera reunión un momento relevante en el MES. En este primer encuentro, el equipo asesor debe asegurar condiciones que motiven la participación, para lo que se deben establecer principios de respeto, apertura para el cambio y aceptación del otro, los cuales se deben retomar continuamente durante las discusiones que surgen en el proceso (18, 21).

En el trabajo realizado con la comunidad académica de un colegio de Bello, Antioquia, la convocatoria se realizó mediante entrevistas con el equipo administrativo, quienes hicieron el empalme con otros líderes; también se entrevistaron representantes de otras instituciones sociales del barrio. La convocatoria al resto de la comunidad académica se realizó mediante entrevistas y comunicados escritos donde se invitaba a participar en el proyecto investigativo.

La investigación cuantitativa buscaba describir el perfil de la SSR de los adolescentes, para lo cual se aplicó una encuesta a la muestra de 233 adolescentes escogidos por muestreo aleatorio simple. Esta muestra se calculó con un error máximo del 4%, un poder del 96% y una probabilidad de ocurrencia del evento de 0.5. La información se complementó con los datos cualitativos obtenidos a través de nueve grupos de discusión conformados por adolescentes separados por etapa y sexo, padres de familia y docentes. Los principales hallazgos de los datos cuantitativos fueron: alto porcentaje de antecedentes de embarazo (11%) de la adolescente o de la pareja del adolescente que en su mayoría ocurrió en la adolescencia temprana, de éstos, el 58% terminó en aborto; el 2.1% refirió antecedentes de infecciones de transmisión sexual; también se encontró violación a los derechos relacionados con

educación e información sexual, autonomía, integridad, seguridad, libre expresión de la sexualidad, intimidad personal y el buen nombre (20).

2. Análisis participativo de la situación de salud

Una vez organizada la colectividad, se procede al diagnóstico participativo de la situación de salud. Hausberger y Wacsman (2000), de su experiencia con la comunidad, afirman que “diagnosticar participativamente su realidad concreta resultó vital para su proceso organizativo, por cierto, siempre conflictivo. La organización al ir reconstruyendo su realidad sustentándose en conocimientos de la misma, según su propia vivencia desde lo cotidiano, planteó estrategias para un accionar más acertado y resultó una experiencia de amplia participación” (21). Se debe involucrar la colectividad en el proceso desde las fases iniciales del proyecto, intercambio de saberes que entre el grupo de salud y la colectividad articula el conocimiento científico y el saber popular para dar sentido a una realidad que requiere dilucidar determinantes y necesidades de la salud en un contexto histórico, social y cultural que les pertenece y que requiere de ajustes sin violentar su realidad (8).

El relato también se refiere al proceso como algo conflictivo. La colectividad no está exenta de conflictos (18), debido a que la aceptación y la negociación de intereses individuales requieren de conocimiento mutuo y comprensión de la situación para establecer objetivos y metas comunes. La construcción de colectividad es un proceso que requiere del recordatorio periódico de los principios establecidos desde la primera reunión.

En la experiencia vivida con la comunidad académica, el análisis participativo se realizó mediante los grupos de discusión. En un primer encuentro se analizó el concepto de SSR y cómo la percibían los adolescentes; en el segundo encuentro se analizaron los determinantes políticos, sociales e individuales de la SSR; en el tercer encuentro se priorizó la escasa formación de padres y docentes en sexualidad como el principal problema y por esto decidieron que el proyecto de sexualidad era la principal necesidad para mejorar la situación. Como estrategia se organizaron dos comisiones, una para construir el proyecto de sexualidad para el colegio y la otra, la escuela de padres (20).

3. Planeación estratégica

Consiste en un proceso formalizado y flexible de organización y previsión de resultados a largo plazo, de respuesta

a imprevistos en un clima de aprendizaje continuo y de trabajo en equipo que requiere capacidad de liderazgo de los sujetos. La planeación estratégica responde a los interrogantes *¿qué queremos hacer?, ¿dónde estamos?, ¿a dónde queremos ir? y ¿cómo llegar allá?* (19).

En la experiencia con la comunidad académica, el equipo decidió participar en la gestión de “Mi proyecto de sexualidad”. Para esto, se analizaron los resultados de la investigación, se hizo una revisión documental del tema de la sexualidad, además de la normatividad contemplada en la Ley General de Educación (22) y en el Proyecto de Educación Nacional de Educación Sexual para la Vida y el Amor (23). Con esta información se establecieron objetivos, metas y estrategias del proyecto.

4. El sistema de información comunitario

El sistema de información tiene como finalidad orientar la reflexión continua de los avances del proyecto en un proceso de comparación de la situación previa con la actual y la ideal. Como es liderado por la comunidad, debe ser sencillo y conciso, por esta razón el colectivo, con la asesoría del equipo de salud, debe decidir los datos, los registros y el almacenamiento de la información. El equipo asesor también participa en el montaje y puesta en marcha del sistema de información enseñando a medir, a contar, a observar y a registrar los datos con números, respuestas dicotómicas, símbolos o frases cortas que reflejen la interpretación de lo encontrado. El equipo debe asesorar el análisis de la información y la presentación de informes a la asamblea popular (24, 25).

La comunidad académica del colegio inicialmente decidió que el número de adolescentes embarazadas y el cumplimiento de las actividades educativas eran lo más importante para monitorear los avances del proyecto; más tarde, adicionaron otros indicadores como el tiempo en que la adolescente embarazada tenía de estudiar en la institución o si el embarazo fue deseado y planeado, y cada semestre la comisión de docentes presentó informe a la comunidad académica sobre los avances del proyecto, no sólo de presencia o ausencia de embarazos, sino también del desarrollo de actividades contempladas en el proyecto “Mi sexualidad”.

5. Agenda para el control social

En este momento del monitoreo, la colectividad se compromete con la reflexión sistemática y periódica de su situación. Es aquí donde se determinan la frecuencia y la dinámica de la asamblea popular, los responsables de presentar los informes que guiarán la reflexión y la toma

de decisiones. Esto, con el fin de fortalecer los aspectos positivos, mejorar lo negativo y retomar las necesidades que en un primer momento se dejaron en lista de espera o de realizar nuevamente el análisis de la situación de salud y determinar nuevos problemas a intervenir (21).

La agenda para el control social que se estableció en la experiencia vivida consiste en reuniones trimestrales con la comunidad académica. En ella la comisión de docentes de “Mi proyecto de sexualidad” presenta el informe a la comunidad académica. Este análisis orientó la toma de decisiones así como implementación de estrategias de capacitación en temas de sexualidad mediante convenios de prácticas académicas con estudiantes de enfermería y gestión de proceso formativo con proyectos de extensión de una universidad pública. Además, se gestionaron actividades educativas con la Secretaría de Salud y la Personería Municipal.

Ocho años de trabajo con la comunidad académica arrojaron resultados satisfactorios, tales como disminución significativa en los casos de maternidad/paternidad en los adolescentes formados en el colegio, docentes formados y sensibilizados en la formación sexual de los estudiantes.

Consideraciones finales

El MES es una metodología basada en el sistema de información, que toma elementos de la planeación estratégica en la gestión de la salud de las colectividades para que ejerzan el control social. Ésta es la razón por la cual se basa en principios de comunicación y participación liderada por los sujetos de cuidado. Esta metodología requiere de profesionales que consideren la salud como bienestar y protección de la vida, resultado de un proceso histórico, político, social e individual influenciado por los determinantes protectores y nocivos del macro y microcontexto de profesionales que valoran la subjetividad. Este proceso también hará que se valore el potencial que tienen los individuos y grupos humanos de conformar colectividad, de gestionar procesos orientados al logro de condiciones ideales de salud, de profesionales dispuestos a ceder el poder que da el conocimiento y la institucionalidad a los sujetos de cuidado y promover procesos participativos en los cuales el profesional, más que gestor, sea asesor.

El MES es una metodología para el cuidado de la salud que fomenta la construcción de colectividad, empoderamiento y participación de todos en la búsqueda de la salud en condiciones de dignidad y equidad. La construcción de colectividad es un reto para el equipo asesor

y para la misma comunidad. No es una tarea fácil, puesto que la negociación de intereses particulares requiere de paciencia y de contacto continuo con los participantes para que se unifiquen propuestas y unan sus fuerzas en búsqueda de un interés común.

El MES se desarrolla en cinco momentos metodológicos denominados conformación de colectividad, análisis participativo de la situación de salud, planeación estratégica, sistema de información comunitario y agenda para el control social. Consciente de que no existen fórmulas mágicas para el cuidado de la salud, se espera que esta propuesta, que surge de una bitácora de investigación y de cuidado con colectivos, aporte a aquellos profesionales que creen en que la construcción de colectividad, la participación y el empoderamiento son posibles, aunque ello signifique renunciar al control y al protagonismo que caracteriza al personal de salud.

Referencias

- (1) Collière M. Promover la vida. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1993.
- (2) Torres G. La epidemiología y el diagnóstico de la situación de salud. En: Mazuera H, editor. Curso modular de epidemiología básica. 3^a ed. Medellín: Universidad de Antioquia; 1998. pp. 377-388.
- (3) Dirección Seccional de Salud. Protocolos de vigilancia epidemiológica. 5^a ed. Medellín: Dirección Seccional de Salud de Antioquia; 2001.
- (4) Disease Control Priorities Project. La vigilancia de la salud pública: la mejor arma para evitar epidemias [documento en Internet]. Washington: The World Bank Group; 2008 [acceso: 19 oct 2011]. Disponible en: <http://www.dcp2.org/file/217/dcpp-surveillance-spanish-web.pdf>
- (5) Maya J, Torres Y. concepto de causa, medición de riesgos y sus aplicaciones. En: Blanco H, Maya J, editores. Fundamentos de salud pública. Tomo III: Epidemiología básica y principios de investigación. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas CIB; 2005.
- (6) Corey G, Pozos R. Curso de atención de urgencias ambientales y ocupacionales [documento en Internet]. México: ECO, OPS, OMS; 1997 [acceso 10 jul 2010]. Disponible en: <http://www.bvsde.ops-oms.org/acrobat/intro.pdf>
- (7) Breilh J. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo [ponencia en Internet] En: CEAS, editor. Conferencia sobre salud en el trabajo y ambiente: integrando las Américas-Salvador. Quito: CEAS; 2002 [acceso: 07

- oct 2010]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n4/a16v8n4.pdf>
- (8) Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación: guía pedagógica para un taller de metodología (Epidemiología del trabajo). 3^a ed. Quito: CEAS; 1997.
 - (9) Organización Mundial de la Salud (oms). Atención primaria de salud: informe de la conferencia internacional de atención primaria de salud [documento en Internet]. Ginebra: OMS y FUNDIP; 1978 [acceso: 09 nov 2011]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
 - (10) Franco S, Ochoa D, Hernández M. La Promoción de la salud y la seguridad social. En: Franco S, Ochoa D, Hernández M, editores. Foros sobre promoción de la salud en la seguridad social. Bogotá: Corporación salud y desarrollo; 1995.
 - (11) Reyes GE. Fundamentos de enfermería. Ciencia, metodología y tecnología. México: El Manual Moderno; 2009.
 - (12) Breilh J. Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.
 - (13) Maya G. En Medellín, los edificios se caen solos. Diario El Tiempo. 20 nov 2013.
 - (14) Dorsi G, Eberhard G. Monitoreo participativo de impactos (PIM). Folleto 1: Monitoreo de impactos a través del grupo de base [folleto en Internet]. Eschborn: GATE y GTZ [acceso: 09 oct 2011]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/gerencia/modulos/mod1/mod2Germann.pdf>
 - (15) Mosquera C. Un sistema integrado de monitoreo del proyecto subregional y los programas de acción [documento en Internet]. Lima: ORT; 2003 [acceso: 20 ago 2009]. Disponible en: http://white.oir.org.pe/ipe/documents/monit_proyect_mineria_sa.pdf
 - (16) Centro Interamericano para el Desarrollo. Género, formación y trabajo: monitoreo y evaluación [documento en Internet]. Montevideo: ORT/Cinterfor; [acceso: 14 oct 2008]. Disponible en: <http://www.oitcinterfor.org/genero/Inicio>
 - (17) OPS. Manual de monitoreo y evaluación: Serie No 3 [manual en Internet]. Washington: OPS; 2001 [acceso: 10 may 2010]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/hpf/adol/Seccion1a.pdf>
 - (18) Gallino L. Diccionario de sociología. 3^a ed. México: Siglo xxi; 2005.
 - (19) Ramírez M, Gaviria D. Monitoreo en salud: documento para la docencia. Medellín: Universidad de Antioquia; 2000.
 - (20) Díaz L, Torrente C, Ramírez E. Perfil epidemiológico de la salud sexual y reproductiva de un grupo de adolescentes escolarizados: una perspectiva desde los derechos. Bello, Colombia. 2005-2008. MedUNAB 2011;14(1):15-25.
 - (21) Hausberger M, Wacsman R. Participación de la comunidad en la problemática de salud: un modelo interdisciplinario de investigación acción. Rev Latino-Am Enfermagem. 2000;8(1):123-130.
 - (22) República de Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 0115 del 8 de febrero de 1994, por la cual se expide la Ley General de Educación. Diario oficial n°41.214 (08/02/1994).
 - (23) República de Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Resolución 3353 del 2 de julio de 1993, por la cual se establece el desarrollo de programas y proyectos institucionales de educación sexual en la Educación básica del país. Diario Oficial de Colombia (02/07/1993/).
 - (24) Gallego I. El enfoque del monitoreo y la evaluación participativa: batería de herramientas metodológicas [documento en Internet]. Madrid: IUDC-UCM; [acceso: 25 nov 2013]. Disponible en: <http://www.clad.org/documentos/otros-documentos/material-didactico-curso-iaapp-esap/cesar-cruz-el-enfoque-del-monitoreo-y-la-evaluacion-participativa-mep-bateria-de-herramientas-metodologicas/view>
 - (25) Geilfus F. 80 herramientas para el desarrollo participativo: diagnóstico, planificación, monitoreo, evaluación [documento en Internet]. San José, C.R.: Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA); 2002 [acceso: 26 nov 2013]. Disponible en: <http://www.bing.com/search?q=80+herramientas+para+el+desarrollo+participativo&src=IE-SearchBox&Form=IE8SRC>

La enfermería y el cuidado para la salud cardiovascular: análisis de concepto

The nursing and the care for the cardiovascular health: concept analysis

A enfermagem e o cuidado para a saúde cardiovascular: análise de conceito

EUGENIA HERRERA GUERRA*
 VIVIANA MARYCEL CÉSPEDES CUEVAS**
 MAGDA LUCÍA FLÓREZ FLÓREZ***

Resumen

La enfermería se ha preocupado por ampliar su marco conceptual basándose en el análisis de conceptos y la investigación de fenómenos propios. Según Morse, “Las técnicas de análisis de concepto se han convertido en una parte estándar de los programas de doctorado en enfermería. A pesar de estas ventajas, hay una gran cantidad de exploración conceptual que todavía no se ha logrado” (1). Este artículo argumenta el análisis del concepto de salud cardiovascular, utilizando la revisión de literatura y entrevistas a profesionales de la salud y a personas cercanas al fenómeno de la enfermedad cardiovascular en una ciudad del departamento de Córdoba, Colombia. El propósito es ilustrar un análisis que oriente al/la enfermero/a en el abordaje del cuidado de la salud cardiovascular de forma efectiva y acorde con las necesidades de las personas. Para la exploración conceptual, se utilizó el método de Rodgers (2, 3), quien propuso el punto de vista evolutivo para el desarrollo de conceptos a partir de datos brutos (literatura publicada o entrevistas) considerando el contexto (antecedentes,

consecuencias y relaciones con otros conceptos). Al explorar los conceptos, es evidente que no hay claridad en el significado de la salud cardiovascular, tanto para las personas que viven en situación de enfermedad cardiovascular como para los profesionales de la salud, lo que corrobora la importancia del análisis para futuros procesos de clarificación e identificación conceptual. En este sentido, se esboza una propuesta de definición del concepto explorado, con los principales atributos para su comprensión desde una visión disciplinar bajo los supuestos de la Teoría de Dorothea Orem.

Palabras clave: Enfermedades Cardiovasculares; Cuidado de Enfermería; Análisis de Concepto (Fuente: DECS BIREME).

Abstract

The nursing has worried to extend its conceptual frame, being based on the analysis of concepts and the investigation of the own phenomena. According to Morse, “the techniques of concept analysis have become a standard part of the programs of doctorate in infirmary; in spite of these advantages, there is a great amount of conceptual exploration that has still not been obtained”.

This article argues the analysis of the concepts of cardiovascular health, using like the revision of literature and interviews to professionals of health and people who live in situation of cardiovascular disease in a city of the Cordoba department, Colombia, in order to identify what the people think about this concept, sufficiently to illustrate an analysis that orients

* Magíster en Enfermería con Énfasis en el Cuidado de la Salud Cardiovascular. Docente, Programa de Enfermería, Universidad de Córdoba. E-mail: eugeniaherrera@yahoo.es.

** Doctora en Enfermería. Docente, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. E-mail: vmcespedesc@unal.edu.co.

*** Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado de la Salud Cardiovascular. Docente, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. E-mail: mllforez@unal.edu.co

to the nurse in the boarding of the care of the cardiovascular health of an effective and in agreement with the needs of the people. For the conceptual exploration, we used the method of Rodgers (2, 3), who proposed the evolutionary point of view for the development of concepts from gross data (published literature or interview), considering context (antecedents, consequences and relations with other concepts). When exploring the analysis of the concepts, it is evident that there is no clarity in the concept cardiovascular health, as much in the group of people who live in situation of cardiovascular disease like in the professionals of the health, which corroborates the importance of the analysis for the unification of concepts. This is a reason why a new definition of the concept is explored, with its main attributes for the understanding from a vision sets out to discipline under the assumptions of the theory of Dorothea Orem.

Key words: Cardiovascular Diseases; Nursing Care; Concept Analysis (Source: DECS BIREME).

Resumo

A enfermagem tem se preocupado por ampliar seu marco conceitual, baseando-se na análise de conceitos e a pesquisa de fenômenos próprios. Segundo Morse, "As técnicas de análise de conceito converteram-se em um padrão dos programas de doutorado em enfermagem. Apesar destas vantagens, há uma grande quantidade de exploração conceitual que ainda não se conseguiu" (1). Este artigo argumenta a análise do conceito de saúde cardiovascular, utilizando a revisão de literatura e entrevistas a profissionais da saúde e a pessoas próximas ao fenômeno da doença cardiovascular em uma cidade do departamento de Córdoba, na Colômbia. O propósito é ilustrar uma análise que oriente ao/a enfermeiro/a na abordagem do cuidado da saúde cardiovascular, de forma efetiva e acorde às necessidades das pessoas. Para a exploração conceitual, utilizou-se o método de Rodgers (2, 3), quem propôs o ponto de vista evolutivo para o desenvolvimento de conceitos a partir de dados brutos (literatura publicada ou entrevistas), considerando o contexto (antecedentes, consequências e relações com outros conceitos). Ao explorar os conceitos, evidenciou-se que não existe clareza no significado da saúde cardiovascular, tanto para as pessoas que vivem em situação de doença cardiovascular, como para os profissionais da saúde, o que corrobora a importância da análise para futuros processos de clarificação e identificação conceitual. Neste sentido, esboça-se uma proposta de definição do conceito explorado, com os principais atributos para sua compreensão, desde uma visão disciplinar, sob os supostos da Teoria de Dorothea Orem.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares; Cuidado de Enfermagem; Análise de Conceito (Fonte: DECS BIREME).

Introducción

El análisis de conceptos orientado por el método de Rodgers (3) recorre etapas para identificar los atributos esenciales que se caracterizan por reconocer los eventos anteriores y posteriores, así como los conceptos relacionados situados en los contextos en que los autores desarrollan las investigaciones. Para conocer los antecedentes de los elementos conceptuales de salud y enfermedad cardiovascular, es preciso conocer las situaciones o eventos que preceden a estas construcciones de interés y comprender el contexto en el cual han sido usadas. Para esto, se describe la siguiente información que permite conocer los antecedentes epidemiológicos de interés:

En la actualidad, una de las mayores preocupaciones a nivel mundial son las enfermedades cardiovasculares, debido a la alta prevalencia que registra y a los elevados costos sociales que representa. En Colombia, la disponibilidad de información para establecer el perfil epidemiológico de las afecciones cardiovasculares en el plano departamental, regional y nacional se puede conocer a partir de las Encuestas de Salud, realizadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas [DANE].

Según el DANE (4), desde 1995 en los patrones epidemiológicos del grupo III las enfermedades cerebrovasculares (CCV) ocupan la primera causa de muerte en Colombia. La tasa de mortalidad general por todas las causas es de 440,7 (datos actualizados y corregidos al 2007) (5), ocupando el primer lugar la tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio (152,4) en personas con edades de 45 años y más.

Una de las observaciones destacadas sobre las tasas de mortalidad es el hecho de que existen grandes variaciones dentro de los diferentes departamentos en el país, lo cual modifica la esperanza de vida de forma significativa, si se comparan los sectores con mayor desarrollo con los de pobre desarrollo (4).

En el plano regional en el departamento de Córdoba, las estadísticas de mortalidad analizadas por sexo y edad, junto a las proyecciones departamentales por área 2005-2008 del DANE (6), registran un comportamiento similar al del país. La tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio ocupa el primer lugar dentro de las principales causas de muerte, con una tasa de 99,9 en una población de 1.467.929 habitantes.

De igual manera, la Encuesta Nacional de Salud 2007 (7) reportó que en el departamento de Córdoba el 9,7% de la población de 18 a 69 años residente en el departamento

refirió haber tenido diagnóstico médico de HTA alguna vez. El 6,2% de la población de ese grupo de edad fue diagnosticada como hipertensa en dos o más consultas médicas y estaba consumiendo medicamentos para el control de la enfermedad (6,7% de promedio nacional).

Los habitantes de Córdoba tienen bajas coberturas de seguridad social en salud: sólo el 17,8% de la población pertenece al régimen contributivo y el 50,03% al régimen subsidiado, el resto (32,17%) no se encuentra asegurada (8). Un poco más de la mitad de los habitantes (el 59,2%) constituye una población con necesidades básicas insatisfechas (9), con un Coeficiente de Gini (parámetro que se utiliza para medir la desigualdad de ingresos en una población determinada, ideada por el estadístico Corrado Gini) (10) de 0,57, y el 28,47 vive bajo la línea de indigencia.

Las estadísticas reportadas reflejaron graves problemas sociales y económicos en el departamento de Córdoba, que han puesto en riesgo la salud y que pudieran estar influyendo en el cuidado de la salud cardiovascular, lo que lleva a pensar que ésta es un área de gran importancia para estudio e intervención en la actualidad y en el futuro.

El conocimiento de este panorama del fenómeno explorado permite acercarse a la problemática del cuidado de la salud cardiovascular que afrontan las personas y que plantean retos para la disciplina de enfermería. El profesional de enfermería requiere establecer su línea de trabajo dentro de procesos significativos para la población con quien trabaja, lo que implica el conocimiento y reconocimiento de la información que determina el perfil de condiciones de salud y de vida del individuo y la comunidad a la que pertenece (4).

Frente a lo expuesto, se establece la necesidad de analizar el concepto de salud cardiovascular con el fin de ampliar la visión, clarificar el concepto estudiado y facilitar la comprensión “del cuidado de la experiencia de la salud humana” aportando elementos para plantear o modificar el cuidado de la salud cardiovascular bajo una mejor definición, clarificación y construcción del concepto.

Metodología

El análisis de los conceptos *salud cardiovascular, enfermedad cardiovascular y cuidado para la salud cardiovascular* representa un aporte importante para la construcción del conocimiento de la enfermería, de ahí que este artículo tenga el propósito de analizar su conceptualización, para lo cual se desarrolló un análisis evolutivo basado en las cinco etapas descritas por Rodgers: identificación del

concepto de interés, selección del escenario, selección de la muestra, recolección de los datos y análisis de los resultados (2).

La primera actividad fue identificar el concepto de interés y las expresiones asociadas (incluyendo términos sustitutos). Los conceptos iniciales elegidos para el foco de análisis fueron *salud cardiovascular* y *enfermedad cardiovascular*.

El segundo paso fue, en un grupo de personas adultas tanto de género masculino como femenino, pertenecientes a estratos uno y dos que viven en situación de enfermedad cardiovascular y profesionales de la salud médicos y enfermeras, explorar la definición de estos conceptos para lo cual se realizaron visitas al servicio de consulta externa de cardiología en una institución de salud del municipio de Cereté, Córdoba, el cual se seleccionó como escenario de aproximación. Para obtener la información, se aplicaron técnicas cualitativas, utilizando como herramienta principal la entrevista semiestructurada, la cual estuvo guiada por la pregunta: *¿Cómo define el concepto de salud cardiovascular?* Las personas podían expresar libremente sus opiniones y experiencias vividas y ampliar sus comentarios, lo que permitió conocer mejor sus percepciones alrededor del foco de interés. La técnica de análisis utilizada desde el abordaje cualitativo fue el análisis de narrativa. El análisis de concepto también implicó la revisión de literatura seleccionada para identificar datos relevantes a los atributos del concepto y sus aspectos contextuales (antecedentes, consecuencias y variaciones).

Análisis de los conceptos *salud cardiovascular, enfermedad cardiovascular y cuidado para la salud cardiovascular, según los planteamientos de Rodgers*

Al indagar en las personas que viven en situación de enfermedad cardiovascular y en el personal de salud la percepción sobre las definiciones dadas al concepto de salud cardiovascular, se identificaron los siguientes elementos de exploración:

“Cuando tenía 52 años, desperté una mañana y me senté en la cama pensando que me iba a morir”. María¹, que para entonces ya padecía de insuficiencia cardíaca cuenta 10 años después: “He luchado con esta enfermedad del corazón los mejores años de mi vida”.

¹ Para dar cumplimiento al principio ético de privacidad y confidencialidad, los nombres de todas las personas encuestadas fueron cambiados.

Confiesa que al principio “creía que los cuidados que debía cumplir y los medicamentos que debía tomar no servirían de nada”. Durante los primeros años del diagnóstico, María experimentó sentimientos de negación y rechazó todo tipo de tratamientos por no haber podido desarrollar ni disfrutar de la salud y del bienestar individual y familiar.

Se puede observar en la definición anteriormente presentada que el concepto de salud cardiovascular para María se ubica en una experiencia vivida de situación de enfermedad cardiovascular, por lo que su respuesta hace referencia al concepto de enfermedad cardiovascular y no al concepto de salud cardiovascular.

Según Franco (11), el concepto de salud desde la concepción de bienestar es “la capacidad de funcionar adecuadamente y de disfrutar del funcionamiento, como sensación y percepción placentera y agradable, como garantía y disfrute de una sobrevivencia digna”. Esta dignidad implica tres componentes mínimos:

- Satisfacción de necesidades.
- Garantía para la realización de las potencialidades.
- Acceso a las oportunidades.

Por otra parte, Álvaro, médico de profesión quien lleva más de 10 años de ser hipertenso, señaló: “He tenido que modificar mi estilo de vida para dar ejemplo a mis pacientes”. Para él, la salud cardiovascular “es realizar actividades que favorezcan la salud cardíaca como recibir una dieta baja en sal y grasas y sobre todo realizar ejercicios diariamente”. En la actualidad se siente bien y reconoce la importancia del autocuidado. Dice: “Todas las personas deben realizar actividades para conservar la salud cardiovascular, el adulto es responsable de sus propios cuidados”.

Raúl, también médico, definió la salud cardiovascular como “el estado de completa normalidad del sistema cardiovascular”. Agregó: “Claro, esto es difícil de alcanzar”. Se evidenció una conceptualización extraída de la literatura médica y poco aplicable al cuidado de la salud cardiovascular, comparada con la conceptualización que hizo Álvaro.

De otro lado, Juana, ama de casa de 52 años quien sufrió un infarto cardíaco reciente y padecía de frecuentes eventos de dolor torácico, comentó que cuando se le diagnosticó la afección cardíaca se sintió aliviada. Afirmó: “Al fin había descubierto el origen de mi dolor [...] entonces me preocupé mucho por realizar todas los cuidados que me indicaron el cardiólogo y la enfermera”. Más adelante explica: “Pocas personas entienden las enfermedades del

corazón y la mayoría no sabemos los cuidados que debemos tener para una buena salud cardiovascular”.

En este marco de ideas, es pertinente hacer una reflexión sobre la importancia del autocuidado, donde el actor principal es el agente o persona que realiza las actividades de autocuidado. Es necesario entender que la salud cardiovascular no sólo es responsabilidad de las políticas de salud y de los profesionales encargados de su promoción. La promoción implica acciones que van más allá de la educación masiva sobre estilos de vida saludable.

La teoría de enfermería del Déficit de Autocuidado de Orem (12) aporta una serie de elementos de gran utilidad para una mayor comprensión del significado de la salud cardiovascular, tales como: la actuación de las personas, los comportamientos de autocuidado y las capacidades de autocuidado, los cuales resultan relevantes para alcanzar la salud cardiovascular. Esta teoría ofrece algunos supuestos clave que orientan el concepto de salud cardiovascular, cuyas bases se hallan en la idea de que el autocuidado es una función humana, dado que el hecho de llevar a cabo una medida de autocuidado implica una decisión, una opción. Hay necesidad de reflexión sobre lo que se debe hacer y cómo se debe hacer.

Por tanto, el profesional de enfermería está llamado a cumplir su misión: “El cuidado de la experiencia de salud humana” desde una perspectiva más amplia, donde el eje central sea “el protagonismo de la persona en todos los asuntos de su vida, de su corporalidad y de su salud” (13).

En el conocimiento médico la enfermedad cardiovascular se refiere a las enfermedades del corazón y a las enfermedades del sistema de vasos sanguíneos (arterias, capilares, venas) de todo el organismo, tales como el cerebro, las piernas y los pulmones. *Cardio* se refiere al corazón y *vascular* al sistema de vasos sanguíneos (14).

Aunque todas las enfermedades cardiovasculares son uno de los problemas de salud que con mayor frecuencia afectan a la población adulta colombiana y que todas ellas tienen causas muy conocidas, a menudo se desarrollan en las personas sin que éstas lo noten. Es por esto que se requiere tener claridad de los conceptos *salud cardiovascular* y *enfermedad cardiovascular* en nuestras comunidades, debido a que estos dos conceptos tienden a mezclarse y por tanto a confundirse.

En las entrevistas realizadas a personas que viven el cuidado de la salud en situación de enfermedad cardiovascular, se aprecia que definen la salud cardiovascular aplicando conceptos relativos a la enfermedad. Por ejemplo: Ana,

quién también vive la experiencia de sufrir una afección cardíaca, al expresar su concepto de salud cardiovascular, apunta: "La verdad es que no sé cómo definirla, pero creo que es sufrir del corazón, o sea que uno debe cuidarse para que no se enferme más". Lo que más le cuesta es identificar cómo debe cuidar su salud cardiovascular. Explica: "A veces como de todo y no me da nada y a veces como de todo y me siento tan mal que me parece que no me circula la sangre". Las respuestas dadas por Ana revelan un conocimiento transmitido y reflejan la necesidad de ampliar sus conocimientos al respecto.

Entre tanto, el término *enfermedad cardiovascular* en el personal de salud es un término general que puede incluir muchos tipos de enfermedades del corazón, incluyendo principalmente ataques al corazón y derrames cerebrales por hipertensión arterial. Esto podría estar relacionado con el hecho de que los infartos agudos del miocardio y los accidentes cerebrovasculares son las complicaciones principales de las enfermedades cardiovasculares y además la causa más frecuente de muertes en Colombia (5), lo que hace que se asocien claramente con enfermedad cardiovascular.

Mientras que al definir *salud cardiovascular*, el personal de salud generalmente la interpreta como "no tener trastornos a nivel del corazón ni a nivel vascular, por ejemplo: no tener hipertensión arterial". Es decir: que es el correcto funcionamiento de la anatomía y fisiología del corazón. Las respuestas dadas en el grupo de profesionales de la salud también hacen referencia a términos de enfermedad, al igual que en el grupo de personas que viven en situación de enfermedad cardiovascular.

Durante la entrevista realizada a una enfermera con el propósito de lograr ampliar el concepto de cuidado para la salud cardiovascular, nos cuenta Martha, quien al igual que su esposo lleva muchos años bajo control de la hipertensión arterial: "Mi esposo y yo cumplimos el tratamiento médico, hemos hecho cambios en nuestros estilos de vida y nos esforzamos por cumplirlo y establecimos un horario de ejercicios que los dos podamos seguir". Amplía la definición agregando: "Hemos encontrado un esquema de tratamiento que nos ha ayudado mucho al igual que el apoyo mutuo, que ha sido nuestra fortaleza".

Como indica la experiencia de Martha, quienes viven en situación de enfermedad cardiovascular necesitan todo el apoyo posible de la familia y de los amigos, no sólo del tratamiento profesional. No dar importancia al cuidado de la salud cardiovascular ni a la enfermedad cardiovascular tiene sus riesgos, pues si no se trata en la mayoría de los casos la vida de las personas puede correr peligro.

Al respecto, todas las personas deberían reflexionar e identificar las prácticas de cuidados favorables o desfavorables y la importancia del autocuidado para el mantenimiento de un buen estado de salud y bienestar, para ello, se necesita la ayuda del profesional de enfermería.

Durante las últimas dos décadas el cuidado de enfermería ha enfrentado una serie de retos importantes derivados de los cambios de los sistemas de salud y, más aún, de la utilización y el manejo correcto del conocimiento y de la teoría de enfermería para comprender los problemas de la práctica cotidiana. En concordancia con estas exigencias, las enfermeras han propuesto formas de trabajo que hacen énfasis en dos elementos fundamentales del cuidado de enfermería: el fomento de la proactividad y la autonomía de los pacientes y el manejo profundo y experto del conocimiento científico que respalda sus decisiones de cuidado combinado con la humanización de éste (15).

Fleury (16) señala que la enfermería ha enfatizado en el desarrollo de teorías e instrumentos fundamentados en la motivación individual y en los niveles de desarrollo para favorecer los cambios de conducta. Recomienda que los programas que se diseñen para facilitar el cambio de conductas de salud deben reconocer los valores y metas individuales para lograr la reducción significativa de los riesgos cardiovasculares.

Clarificación del concepto

Continuando el análisis del concepto de *salud cardiovascular*, la identificación de los atributos de un concepto representa una parte fundamental, para lo cual se realizó una revisión de la literatura que caracteriza este concepto, identificando las situaciones en las que se utiliza y las características atribuidas a él, con el fin de ser contrastadas con los aspectos identificados en las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud y a las personas que viven en situación de enfermedad cardiovascular.

Se consideraron atributos a las palabras o expresiones utilizadas con mayor frecuencia por los autores y presentadas como afirmaciones de los conceptos elaborados. Como atributos del concepto *salud cardiovascular* se consideran entonces las expresiones utilizadas con mayor frecuencia por las personas entrevistadas y las afirmaciones de los conceptos elaborados por los autores de los artículos revisados (17, 18, 19, 20) siendo identificados tres atributos que favorecen la comprensión del concepto en cuestión. Los atributos identificados fueron:

- Capacidad de funcionar adecuadamente.
- Necesidad de autocuidado.
- Requerimiento de apoyo y de seguimiento.

Otras definiciones dadas reúnen algunos de los atributos del concepto pero expresados de forma negativa, por lo que no coinciden con los conceptos esenciales de salud cardiovascular sino con el de enfermedad cardiovascular.

En este sentido, se observa que el proceso de construcción del conocimiento sobre salud cardiovascular que tiene la persona parte de conceptos no clarificados que han sido incorporados a partir de herencias replicadas, incluyendo los profesionales de la salud (médicos y enfermeras), por lo que se requiere revisar las oportunidades de educación continuada que reciben estos profesionales y cómo están desarrollando su labor educativa para el fomento de la salud cardiovascular y al asumir el cuidado de las personas con enfermedades cardiovasculares. Por eso, se considera importante ahondar en la relación entre los atributos del concepto estudiado y las características de la visión de mundo de enfermería desde la postura de Dorothea Orem en su Teoría del Autocuidado. La idea central de esta teoría expone que el autocuidado se encuentra alrededor de los comportamientos aprendidos que regulan intencionalmente la integridad de la estructura humana y su funcionamiento y desarrollo.

Por lo tanto, conforme a la filosofía de Orem, se argumenta: para que las personas puedan alcanzar la capacidad de funcionar adecuadamente se requiere del seguimiento de los comportamientos que han aprendido para regular intencionalmente la integridad de la estructura, funcionamiento y desarrollo humano y del apoyo del profesional de enfermería para ayudarlas a satisfacer sus necesidades de autocuidado.

La teoría de Orem (12) proporciona un marco conceptual valioso para ofrecer cuidados para la salud cardiovascular como guía para la comprensión del ámbito de enfermería y para la identificación de las bases conceptuales para el cuidado de la salud cardiovascular. Al considerar la teoría, se presentan a continuación las proposiciones expuestas:

1. El autocuidado y cuidado de miembros dependientes de la familia se aprende en cada contexto social por interacción humana y comunicación.
2. El autocuidado y cuidado de miembros dependientes de la familia son acciones intencionales, realizadas sucesivamente para satisfacer necesidades conocidas de cuidado.

3. Los requisitos para el autocuidado tienen sus orígenes en los seres humanos y sus ambientes.
4. Algunos requisitos para el autocuidado son comunes en todo ser humano, otros son específicos a los estados de desarrollo y de salud de los individuos.
5. Los requisitos de cuidado universal y las maneras de satisfacerlos pueden ser modificados por la edad, el sexo y los estados de desarrollo y de salud de los individuos.

Estas proposiciones establecen relación con los atributos del concepto estudiado y permiten comprender los resultados del análisis al considerar que el concepto de salud cardiovascular que han aprendido las personas por interacción humana, en el contexto donde se realizaron las entrevistas, está basado en saberes no clarificados, vagos, inespecíficos y poco explorados, lo que pudo estar influyendo en el autocuidado y el cuidado de miembros dependientes de la familia.

Consideraciones finales

Los relatos suministrados por las personas presentan importantes elementos para el desarrollo del conocimiento de enfermería, pues le permiten conocer cómo estas personas viven su experiencia de situación de enfermedad cardiovascular, lo que favorece la comprensión de situaciones inherentes a la práctica profesional, relevantes para orientar el cuidado de la salud cardiovascular.

El análisis del concepto de salud cardiovascular reveló que se trata de una construcción teórica vaga, inespecífica, poco explorada y por tanto no clarificada, específicamente cuando se analizan los atributos que caracterizan el bienestar y el desconfort.

La identificación de la ausencia de clarificación del concepto de salud cardiovascular plantea la necesidad de clarificación de los conceptos expuestos, por lo que se propone una nueva definición del concepto explorado.

La salud cardiovascular podría redefinirse como “La capacidad de funcionar adecuadamente, mediante la práctica de actividades que las personas realizan por sí mismas para el mantenimiento del bienestar y la vida”.

Bajo estas proposiciones, las enfermedades cardiovasculares podrán prevenirse con el compromiso individual y el apoyo y seguimiento que requieren las personas para alcanzar los cambios en su estilo de vida, necesarios para conservar la salud cardiovascular y con lo cual “el autocuidado es el elemento clave para el afrontamiento de la enfermedad cardiovascular”.

Referencias

- (1) Morce JM. Exploring the theoretical basis of nursing using advanced techniques of concept analysis. *Advs Nurs Sci.* 1995;17(3):31-46.
- (2) Rodgers B. Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: the evolutionary cicle. *J Adv Nurs.* 1994;19:840-849.
- (3) Rodgers B. Concepts analysis: an evolutionary view. In: Rodgers BL, Knafl DA. Concepts development in nursing: foundations, techniques and applications. Philadelphia: w.b. Saunders Company; 1993. pp. 77-102.
- (4) Rincón F, González R. Hipertexto Área de Énfasis II: cuidado para la salud cardiovascular. Universidad Nacional de Colombia. Programa de Maestría en Enfermería; 2002.
- (5) Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos 2007 [documento en Internet]. 2007 [acceso: 04 may 2009]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/NewsDetail.asp?ID=15895&IDCompany=3>
- (6) Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Estimaciones 1985-2005 y proyecciones 2006-2020 analizadas por sexo y edad y proyecciones departamentales por áreas 2005-2008. Situación de salud en Colombia, Indicadores Básicos 2007 [documento en Internet]. 2007 [acceso: 04 may 2009]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/NewsDetail.asp?ID=15895&IDCompany=3>
- (7) Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007. 1^{ra}. ed. Bogotá: Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas-Javegraf; 2009.
- (8) Ministerio de la Protección Social. Situación de salud en Colombia: indicadores básicos 2007 [documento en Internet]. 2007 [acceso: 04 may 2009]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/NewsDetail.asp?ID=15895&IDCompany=3>
- (9) Ministerio de la Protección Social. Situación de salud en Colombia: indicadores básicos 2007 [documento en Internet]. 2007 [citado 04 may 2009]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/NewsDetail.asp?ID=15895&IDComp>
- (10) Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Situación de salud en Colombia, indicadores básicos 2007. Resultados Censo General 2005 [documento en Internet]. Dirección General de Salud Pública. 2007 [acceso: 04 may 2009]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/NewsDetail.asp?ID=15895&IDComp>
- (11) Franco S. La promoción de la salud y la seguridad social Corporación Salud y Desarrollo. En: Rincón F, González R. Mini texto Área de Énfasis II: cuidado para la salud cardiovascular. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002.
- (12) Orem D. Normas prácticas en enfermería. Madrid: Ediciones Pirámide s.a.; 1983.
- (13) Kulbok P, Baldwin J. Desde una conducta de salud preventiva a la promoción de la salud: avanzando hacia un constructo positivo de la salud. *ANS.* 1992;14(4):50-64.
- (14) Smeltzer S, Bare B. Enfermería médica-quirúrgica de Brunner y Suddarth. 9^a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2002.
- (15) Duran VM, M. Enfermería cardiovascular [reseña]. Aquichán [revista en Internet]. 2008 [acceso: 04 may 2009];8(1):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://auchan.unisabana.edu.co/index.php/auchan/article/view/129/258>
- (16) Fleury J. La aplicación de la teoría motivacional a la reducción del riesgo cardiovascular. *J Nurs Scholarsh.* 1992;24(3):229-239.
- (17) Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. Autocuidado como estrategia para la prevención de la enfermedad y promoción de la salud cardiovascular. Seminario temático II, Antología parte I. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2009.
- (18) Comité de Enfermería de Cuidado Crítico, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Memorias del Primer Simposio Internacional de cuidado para la salud cardiovascular de la mujer [documento en Internet]. Bogotá: Facultad de Enfermería de la Universidad nacional de Colombia; 2008 [acceso: 04 may 2009]. Disponible en: <http://acecc.obolog.es/memorias-1er-simposio-internacional-cuidado-salud-cardiovascular-mujer-132766>
- (19) Kickbusch I. El autocuidado en la promoción de la salud, En: ops. Promoción de la salud: una estrategia. Washington: ops; 1996.
- (20) Isenberg M. Teoría de enfermería del déficit de autocuidado. Direcciones para avanzar la ciencia de enfermería y la práctica profesional. En: Parker M. Nursing theories and nursing practice. Philadelphia: F. A. Davis. 2001.

La lección de optimismo de un paciente con cáncer: una experiencia de cuidado recíproco

A cancer patient's lesson in optimism: a reciprocal care experience

A lição de otimismo de um paciente com câncer: uma experiência de cuidado recíproco

RUTH ELENA FARÍAS MOLANO*

Resumen

Objetivo: Analizar el cuidado recíproco que da la enfermera a través de una Situación de enfermería.

Método: Con base en la guía para el análisis de situaciones de enfermería desarrollada por el Grupo de Cuidado al Paciente Crónico y su Familia de la Universidad Nacional de Colombia, se tomó una narrativa de una experiencia de la práctica clínica del servicio de Heridas y Ostomías del Instituto Nacional de Cancerología ese de Colombia, para identificar en ella los componentes teórico-conceptuales del cuidado recíproco.

Resultados: La narrativa Situación de enfermería analizada refleja una visión filosófica recíproca de la enfermería en la cual son también evidentes los conceptos meta-paradigmáticos y los diferentes conocimientos que exige este tipo de cuidado.

Conclusión: La Situación de enfermería basada en un cuidado recíproco permite comunicar todo el conocimiento de cuidado que requiere una enfermera experta. La aplicación de una guía para reflexionar sobre la propia práctica clínica facilita el análisis y la comprensión del cuidado.

Palabras clave: Enfermería; Enfermedad Crónica; Neoplasias
(Fuente: DECS BIREME).

Abstract

Objective: To analyze the reciprocal nursing care in a Nursing situation.

Method: With the orientation of a special guide for the analysis of nursing situations that was developed by the Group of Study of the Chronic Care Patients and their families of the Universidad Nacional de Colombia, a Nursing situation of the clinical practice was taken in the Wound and Stomas Service of the Instituto Nacional de Cancerología ese de Colombia. The theoretical components of the reciprocal care were explored.

Results: The analyzed Nursing situation reflects a reciprocal philosophy of nursing in which the meta-paradigmatic concepts and the different nursing knowledge needed for caring are also visible.

Conclusion: The Nursing situation based on reciprocal care aloud nursing to communicate all the knowledge that is required for an expert nurse. The application of a guide in order to think about the daily clinical practice helps in the analysis and comprehension of the nursing care.

Key words: Chronic Disease; Neoplasms; Nursing (Source: DECS BIREME).

Resumo

Objetivo: Analisar o cuidado recíproco que dá uma enfermeira através de uma Situação de enfermagem.

Método: Com base na guia para o analise de situações de enfermagem, desenvolvida pelo Grupo de Cuidado ao Paciente Crônico e sua Família da Universidad Nacional de Colombia,

* Enfermera. Especialista en Enfermería Oncológica. Directora del Departamento de Enfermería del Instituto Nacional de Cancerología. E-mail: publicacion.enf.INC@gmail.com rfarias@cancer.gov.co

Recibido: 06/11/2012

Aprobado: 06/12/2013

tomou-se uma narrativa de uma experiência da prática clínica do serviço de Feridas e Ostomias do Instituto Nacional de Cancerología ese da Colombia, para identificar nela os componentes teórico conceituais do cuidado recíproco.

Resultados: A narrativa Situação de enfermagem analisada, reflete uma visão filosófica recíproca da enfermagem, na qual são também evidentes os conceitos meta paradigmáticos e os diferentes conhecimentos que exige este tipo do cuidado.

Conclusão: A situação de enfermagem baseada em um cuidado recíproco permite comunicar todo o conhecimento de cuidado que requer uma enfermeira experimentada. A aplicação de uma guia para refletir sobre a própria prática clínica, facilita o análise e a compreensão do cuidado.

Palavras-chave: Enfermagem; Doença Crônica; Neoplasias (Fonte: DECS BIREME).

Introducción

Al analizar la filosofía que respalda el cuidado de la enfermería, se encuentra influencia de varios filósofos y escuelas de pensamiento en la concepción actual del cuidado, entre ellos, los humanistas, los fenomenólogos y los existencialistas (1).

En enfermería, según lo documenta Fawcett, la filosofía es considerada como el segundo componente en la estructura jerárquica del conocimiento contemporáneo que se ubica después del paradigma. Una filosofía de enfermería puede ser definida como el conjunto de creencias y valores que la inspiran, los planteamientos sobre lo que la gente asume como cierto en relación al fenómeno de interés y sobre lo que se cree con respecto al desarrollo del conocimiento en lo referente a esos fenómenos. Ésta comprende aspectos éticos sobre lo que los miembros de una disciplina deben hacer, aspectos ontológicos sobre la naturaleza de los seres humanos y la meta de la disciplina, y aspectos epistémicos que tienen que ver con cómo se desarrolla el conocimiento (2).

Los aspectos ontológicos y epistémicos sobre la enfermería se resumen en tres visiones contrastantes del mundo: la reacción, la interacción recíproca y la acción simultánea. Las diferentes visiones del mundo llevan a diversas conceptualizaciones de los aspectos paradigmáticos de enfermería, la naturaleza de su relación y la forma de expresión. Este trabajo hace un análisis a partir de una *Situación de enfermería*, tal y como ella es planteada por Boykin y Shoenhofer (3), la cual inició en el Servicio de Heridas y Ostomías del Instituto Nacional de Cancerología ESE de Colombia, buscando a partir de ello fomentar una reflexión desde la práctica, de manera que se fortalezca el quehacer de la enfermería.

Narrativa de cuidado

Cuando conocí a Don Gabriel¹, me encontraba laborando en la Clínica de Heridas. Tenía como diagnóstico un carcinoma escamo-celular infiltrante bien diferenciado de célula grande queratinizante con compromiso hasta la dermis profunda en región del glúteo y muslo derecho cara posterior. El paciente se encontraba en postoperatorio de una resección local amplia del área descrita; además, le habían realizado una colostomía de protección.

En el momento de la valoración, tenía una área cruenta de aproximadamente 90 cm x 60 cm con exposición de tejido muscular y una cavitación de aproximadamente 12 cm hacia la región sacra del glúteo y muslo derecho cara posterior con abundante exudado. Se le realizaba la curación dos veces por semana, gastándose aproximadamente una hora y media por su complejidad. Él vivía en Bogotá solo. Venía de lejos, y la única persona que lo apoyaba era una cuñada. Para Don Gabriel, por su situación de salud y el tipo de herida que tenía, era muy difícil el desplazamiento. La cuñada era su cuidadora y su apoyo, ella le ayudaba y se dedicaba a su asistencia, por eso fue la persona a quien se le enseñó a realizar la curación y los cuidados de la colostomía para que Don Gabriel sólo se desplazara una vez a la semana al instituto. Ella aprendió y se comprometió mucho con el tratamiento; la herida mejoró, se distanciaron las citas de las curaciones y sólo venían cada quince días. Después de unos tres meses, el cierre de la herida estaba casi en su totalidad y fue programado para el cierre de la colostomía. Éste fue un proceso bastante largo, pero creo que con el optimismo y el compromiso del paciente y su cuidador pudimos obtener este logro.

Siempre recuerdo a don Gabriel como una persona activa, alegre, simpática, optimista y con buen ánimo, a pesar de su situación y la limitación del momento. Yo pienso que nos quejamos muchas veces de cosas simples. Pero viendo a otras personas en situaciones tan difíciles aunque siempre sonrientes y con buen ánimo, nos dejan enseñanzas, por ejemplo: la de no quejarnos por simplezas y más bien agradecer a Dios por todo lo que tenemos. El ánimo de Don Gabriel no lo tenía nadie, eso le ayudaba a su fortalecimiento y a su recuperación. Él siempre estaba optimista.

Uno da lo mejor de sí mismo para ayudar a los pacientes en su recuperación, los educa, los instruye y los guía para manejar las diferentes situaciones que se presenten, tratando de responder a cada uno de acuerdo a sus necesidades individuales.

1 El nombre del paciente ha sido modificado para preservar su intimidad.

Creo que con Don Gabriel, a pesar del compromiso tan grande que tenía por el tipo de cirugía que le habían realizado con su complicación —pérdida de colgajos con exudado abundante, llegaba todo mojado con su ropa de cambio en una bolsa— y las dificultades para el desplazamiento, nunca llegó triste; siempre con ánimo salimos adelante gracias a su personalidad optimista y nunca perdedor.

Él nunca abandonó el optimismo, siempre decía que se veía en su pueblo nuevamente atendiendo su negocio —y allá está—. El ánimo de Don Gabriel no lo tiene nadie, entonces esto hace que uno reflexione y piense que los problemas que muchas veces se tienen no se puedan comparar con las situaciones difíciles de otras personas, que a pesar de tenerlas siempre van un paso por delante.

Siempre estuve atenta y dispuesta a atender al paciente y su cuidador en el momento en que llegaran a la institución para realizar los cuidados de la herida y para educarlos. De hecho, su cuidadora aprendió a realizar la curación con un resultado muy satisfactorio.

Hace unos dos meses que vino al Instituto, yo pasaba por un pasillo y de pronto escuché que alguien me llamó por mi nombre: "Jefe Ruth", y cuando volví a mirar quien me llamaba era Don Gabriel que me saludaba. Lo vi muy bien y como siempre muy simpático, una persona muy especial que había venido a un control.

Es importante resaltar que en el tratamiento del paciente oncológico aspectos relacionados con la parte motivacional, la continuidad, el compromiso y el optimismo forman una parte importante de la recuperación y pueden mejorar la calidad de vida en el paciente.

La narrativa es una situación de enfermería

Se puede afirmar que esta narrativa es una *Situación de enfermería*, ya que Don Gabriel es visto como una persona total que hizo un llamado a la enfermera y recibió una respuesta a ese llamado. En esta narración, la enfermera se refleja como cuidadora, es decir: está comprometida con su paciente y reconoce sus capacidades personales. La narrativa refleja un crecimiento mutuo.

Las características particulares de la *Situación de enfermería* que se presenta dejan ver que Don Gabriel es un hombre optimista, simpático, alegre. La enfermera, por su parte, se muestra a su vez educada, comprometida y disponible para dar acompañamiento.

Es el optimismo de Don Gabriel y su capacidad de integrarse para dar continuidad al tratamiento lo que le llama la atención a la enfermera, porque en este medio y con el grado de dificultad y molestias que estos tratamientos generan, esa conducta es poco frecuente.

El papel de la enfermera dentro de la situación refleja la tendencia profesional que ella tiene a ser educadora. En medio de la adversidad, acompaña a Don Gabriel hasta que él logra su rehabilitación.

La enfermera responde al llamado, logra la integración y el compromiso del paciente así como del cuidador en el manejo de la situación, llegando al cierre total de la herida y la reincorporación de Don Gabriel a su vida laboral. Es decir: se cumplen en esta narrativa todas las condiciones que hacen de ella una verdadera *Situación de enfermería*, según los parámetros establecidos por Boykin y Shoenhofer (3).

Con respecto a la visión filosófica de la enfermería que esta situación refleja, se puede señalar que una vez analizada se establece que su visión del mundo es recíproca porque en ella los sujetos de cuidado —Don Gabriel y su familiar— son activos, totales, trascendentes y únicos, al igual que la enfermera. Don Gabriel como sujeto principal de cuidado es visto en un contexto con el cual interactúa y tiene una historia y una proyección de vida que es reconocida por la enfermera. La realidad de Don Gabriel es analizada en su complejidad, aceptando las múltiples variables que se asocian a ella y el grado de dificultad que él logra superar con el apoyo de una familiar. Siempre en la situación se ve que a pesar de la adversidad, el cambio es posible y se refleja la importancia de un cuidado comprometido tanto del paciente como de su cuidadora y enfermera. En este caso, aunque deben hacerse curaciones frecuentes y someterse a un tratamiento, es fundamental la calidad del cuidado.

Según Fawceett, la visión del mundo de interacción recíproca es una síntesis de elementos de las visiones *organicísticas* del mundo. La metáfora para esta visión es el holismo y la interacción entre personas integrales y organizadas de manera no reductible y que sólo adquieren significado en el contexto de la persona total. La persona es vista como activa inherente y espontánea. Interactúa con su ambiente de forma recíproca. Los cambios en el comportamiento ocurren a través de la vida como un resultado de múltiples factores dentro del individuo y en el contexto. Algunas veces los cambios son continuos, otras veces la persistencia y la estabilidad se dan y los cambios ocurren entonces sólo para la supervivencia. Solamente es estimable la probabilidad del cambio en

un momento dado. El conocimiento se enfoca en el desarrollo de fenómenos objetivos y experiencias subjetivas, y se logra por medios tanto cualitativos como cuantitativos. Las múltiples dimensiones de la experiencia se tienen en cuenta y el contexto de interacción persona-ambiente es considerado. El producto de los esfuerzos del desarrollo del conocimiento hace referencia a un momento histórico (2).

El significado de la situación narrada se expresa en el compromiso con la dignidad humana por el respeto, el valor que se le da a la persona y el compromiso al realizar la intervención. En esta situación, la enfermera elige y tiene el valor de cuidar porque tiene las competencias necesarias para realizar el cuidado y puede responder a las necesidades del paciente y su cuidadora con compromiso, responsabilidad e idoneidad y con el gusto por atender a ese tipo de pacientes sabiendo cuánto les puede ayudar. El cuidado le da un sitio especial a la enfermera, tal como lo señala Mayeroff (4).

Es por ello que la enfermera logra dar soporte y un acompañamiento continuo. El hecho de ser enfermera le dio una posición privilegiada para el cuidado, le permitió interactuar más de cerca con el paciente y la familia, además de brindar educación, integrar y desarrollar acciones concretas en respuesta a las necesidades del paciente y su cuidadora, que en definitiva le permitieron a Don Gabriel vincularse nuevamente a su vida laboral y social, mejorando su calidad de vida.

Esta *Situación de enfermería* de cuidado recíproco refleja los conceptos meta-paradigmáticos de enfermería que han sido planteados por Fawcett (5) y analizados posteriormente por Sánchez (6):

- **Persona:** Don Gabriel es visto como una persona muy optimista, comprometido, alegre, alguien que quiere retomar su vida laboral y social, compartir nuevamente con su familia. Su cuidadora es una persona también comprometida y es un puente hacia la recuperación de Don Gabriel. Es una mujer valiente, generosa y decidida a cuidar de él hasta que logre recuperarse. La enfermera como persona es un ser preocupado y comprometido con la recuperación de Don Gabriel y el apoyo para que logre la meta de regresar con los seres queridos y al trabajo que él quiere realizar.
- **Enfermería:** la enfermería dentro de esta situación es vista como una profesión que exige compromiso, que educa, que integra, que cuida, que acompaña y que tiene la capacidad de estar cuando se le necesita.
- **Salud:** se refleja con recuperación total, con estabilidad fisiológica, logro de la independencia, capacidad de autocuidado y reinserción a la vida social y laboral.
- **Contexto:** el contexto es visto en tres dimensiones: el hospital, donde se le da tratamiento especializado por parte de la enfermera al paciente y a su cuidadora; el temporal, en el cual Don Gabriel vive para poder recibir la ayuda y el tratamiento que requiere su recuperación y en el cual su cuidadora familiar es protagonista junto con el mismo paciente; y por último, el entorno propio, el que Don Gabriel identifica como suyo, que aunque es lejano en el momento del tratamiento activo, es el que le da la motivación para salir adelante, porque allí están su familia y su vida laboral y social.
- **La Situación de enfermería:** refleja todos los diferentes conocimientos que tiene la enfermera y que han sido descritos por el Grupo de Cuidado de la Universidad Nacional de Colombia (1).
- **Conocimiento científico:** la enfermera conoce qué diagnóstico tiene el paciente y qué cuidados requiere. Sabe manejar heridas de alta complejidad, con características especiales e identifica qué insumos deben ser empleados en cada momento. Sabe que es necesario educar al paciente y a su cuidadora y comprometerlos con el tratamiento requerido.
- **Conocimiento artístico:** se evidencia en la situación de enfermería descrita que existe un vínculo significativo entre el paciente y su enfermera, que como lo establece Chaparro (2011) en su estudio de vínculos en cuidadores familiares, es un paso de lo evidente a lo intangible que enriquece a las personas que han interactuado en el cuidado (7). Ella logra encontrar significado en los hallazgos y define el curso apropiado de la acción con base en su experiencia en el manejo de estas situaciones, teniendo en cuenta las características únicas de la persona cuidada. Realiza actividades que le exigen una alta destreza manual y las realiza de forma estética. Su práctica responde a las normas institucionales y profesionales de la enfermería, es decir: se refleja que hay una conducción moral de la práctica.
- **Conocimiento ético:** a través de la narrativa estudiada, se puede ver con claridad cómo se aplican los valores institucionales del Instituto Nacional de Cancerología, es decir: cómo éstos han sido apropiados por la enfermera. Hay compromiso, honestidad, respeto, tolerancia, trabajo en equipo, solidaridad, beneficencia, justicia, sinceridad y, ante todo, sensibilidad. La situación refleja un compromiso de dignidad humana en doble vía y la decisión de cuidar integralmente como forma y expresión de la práctica profesional.
- **Conocimiento personal:** la enfermera refleja su conocimiento personal en el gusto por el área de trabajo y el

- compromiso con la institución donde labora; se siente satisfecha y gratificada por este tipo de pacientes.
- **Conocimiento político social:** se refleja en el manejo del paciente en su contexto, en medio de sus limitaciones. Permite reflexionar sobre la posibilidad de llegar a cumplir una meta de cuidado manejando la adversidad del medio, en donde no se ve que el Sistema General de Seguridad Social en salud apoye o facilite los procesos que son requeridos para la recuperación del paciente.

Conclusiones

La *Situación de enfermería* basada en un cuidado recíproco permite comunicar todo el conocimiento de cuidado que requiere una enfermera experta. La aplicación de una guía para reflexionar sobre la propia práctica clínica facilita el análisis y la comprensión del cuidado, tal como lo hicieran García y cols., quienes a partir de la reflexión establecen que el cuidado de enfermería es entendido como la esencia de la disciplina profesional si tiene como fin cuidar integralmente al ser humano en condiciones de salud y enfermedad mediante enseñanzas de cuidado, sustentadas en un conocimiento teórico-práctico, científico y humanístico que le permite conservar la vida (8).

El concepto de cuidado recíproco queda evidenciado desde la *Situación de enfermería* que se ha vivido en la práctica y su análisis ofrece un espacio de crecimiento para la enfermera experta.

Agradecimientos

Al Grupo de Investigación en Cuidado al Paciente Crónico y su familia de la Universidad Nacional de Colombia, por su acompañamiento en este proceso.

Referencias

- (1) Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. *Dimensiones del Cuidado*. Bogotá: Unibiblos; 1998.
- (2) Fawcett J. *Evaluación y análisis de modelos conceptuales de enfermería*. 3th Ed. Philadelphia: Lipincott; 1995.
- (3) Boykin A, Schoenhofer S. *Nursing as caring: a model for transforming practice*. Sudbury: Jones & Bartlett Publishers; 2001.
- (4) Mayeroff M. *Sobre el cuidado*. New York: Harper and Row Publishers Inc; 1971.
- (5) Fawcett J. *The meta-paradigm of nursing: present status and future refinements*. *Image J Nurs Scholarsh*. 1984;16(3):84-87.
- (6) Sánchez B. *Análisis del paradigma y la enfermería. El arte y la ciencia del cuidado*. Bogotá: Unibiblos; 2002: pp. 91-97.
- (7) Chaparro L. *Cómo se constituye el “vínculo especial” de cuidado entre la persona con enfermedad crónica y el cuidador familiar*. *Aquichan*. 2011;11(1):17-22.
- (8) García ML, Cárdenas L, Arana B, Monroy A, Hernández Y, Salvador C. *Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería*. *Texto Contexto Enferm*. 2011;20(Esp):74-80.

Perspectivas del cuidado de enfermería en UCI: una visión desde el modelo de cuidado Hanc



AUTORAS:
MYRIAM PARRA V.,
SANDRA R. GUÁQUETA P.,
MARTHA C. TRIANA

AÑO: 2012
ISBN: 978-958-761-252-3

TERMINADO: RÚSTICO
FORMATO: 16,5 x 23,5 CM

PÁGINAS: 168
EDITORIAL: EDITORIAL KIMPRES LTDA.

Este libro se proyecta como un texto para la formación en enfermería, pues nace de un trabajo conjunto en las unidades de cuidado intensivo de adultos entre la *academia* y el *servicio*, el cual se materializó en el modelo **HANC**.

En ocho capítulos se presenta el contenido siguiendo un hilo conductor que permite al lector conocer la caracterización de la persona adulta en estado crítico, las dimensiones del modelo y los indicadores de calidad desde los aspectos éticos, científico clínicos, de relación interpersonal y de percepción.

Los referentes teóricos de enfermería nos aproximan a dimensiones como el respeto a la dignidad humana, la visión holística, la autonomía e independencia y la seguridad, no sólo del paciente sino también de la familia; esta última dimensión transciende del cuidado de la persona al núcleo familiar. Pero la esencia teórica que le da soporte al modelo se encuentra en la importancia de la relación interpersonal de la enfermera con el paciente y su familia, y de la enfermera con las demás personas del equipo de salud.

Es muy valioso la manera como en la obra se aborda, no al paciente ni al individuo, sino a la persona, cuya connotación es un sujeto de derechos. La dimensión interpersonal muestra la importancia que proyecta la enfermera en desarrollar habilidades comunicativas para interactuar en el cuidado de enfermería.

La dimensión científico-clínica articula en forma armoniosa el proceso de enfermería, administrativo e investigativo para dar solvencia al desarrollo del conocimiento que soporta el modelo en la práctica

Yaneth M Parrado L
Profesora Asociada.
Doctora en Enfermería
Departamento de Cuidado y Práctica

Marzo 27 de 2014

El cuidado de enfermería y las metas del milenio



AUTOR: VARIOS

AÑO: 2012

ISBN: 978-958-761-355-1

TERMINADO: RÚSTICO

FORMATO: 16,5 x 24 CM

PÁGINAS: 394

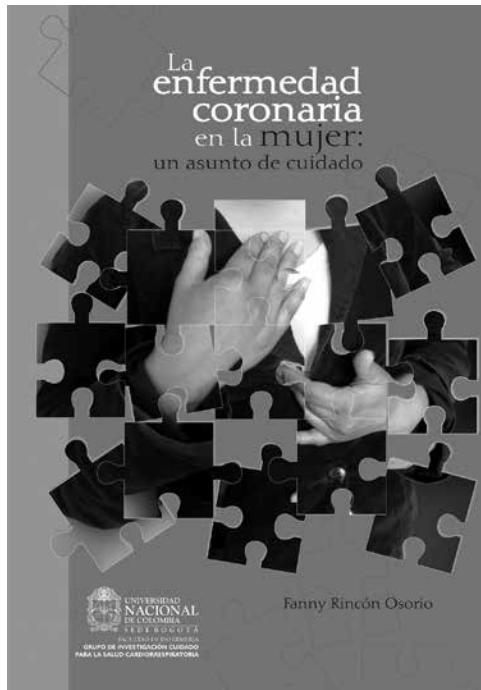
EDITORIAL: EDITORIAL UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Cada dos años la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia publica un volumen de su colección científica sobre el cuidado. Este libro trata del papel de la enfermería en el cumplimiento de las metas del milenio propuesto por la Organización Mundial de la Salud. Ellas son: erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la enseñanza básica universal, promover la equidad de género y empoderamiento de la mujer, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combatir el VIH/Sida, el paludismo y otras enfermedades, garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y fomentar una alianza mundial para el desarrollo. Estas metas se alcanzan solamente con la cooperación de los diversos campos profesionales. No obstante, el potencial del papel de la enfermería en este proceso es determinante.

Este libro representa un testimonio del estado de la enfermería en Colombia y en el mundo. Presenta ejemplos de conceptualizaciones, análisis de la literatura, investigaciones y discusiones reflexivas con el objetivo de presentar al lector una imagen de las múltiples dimensiones de la disciplina y profesión de enfermería.

Al recapitular el contenido de este libro es claro que los lectores se hacen a ejemplos y guías de reflexión que pueden motivarlos a asumir una visión amplia en su trabajo. El ejercicio de la enfermería, en asocio con otros muchos oficios, puede cambiar el mundo.

Marie-Luise Friedeman
RN, PhD. Profesora
Florida International University
Miami, EUA



La enfermedad coronaria en la mujer: un asunto de cuidado

AUTORA: FANNY RINCÓN OSORIO

AÑO: 2013

ISBN: 978-958-761-544-9

TERMINADO: RÚSTICO

FORMATO: 16,5 x 24 CM

PÁGINAS: 238

EDITORIAL: EDITORIAL UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Este libro se propone mostrar la magnitud del problema de la Enfermedad Coronaria (ec) en la mujer enfatizándose en el contexto colombiano, donde se aprecia tanto su crecimiento como los factores de riesgo asociados. Estos factores son frecuentemente desapercibidos por las mujeres y los servicios de salud, presentando así una compleja situación no considerada aún como prioritaria, dadas las características culturales y de género de nuestra sociedad.

Presenta estudios de interés, como los realizados en los últimos doce años en el marco de la línea de Investigación Cuidado a la mujer con Enfermedad Coronaria, los cuales permiten comprender mejor el fenómeno de la experiencia de ec en la mujer desde el punto de vista de género, ético, fenomenológico, de vulnerabilidad y otras condiciones pertinentes, enriquecida por una visión interdisciplinaria.

La evidencia presentada en la obra permite hacer un recorrido pormenorizado de las investigaciones que llevan a concluir que la ec se expresa de diferentes formas en hombres y en mujeres, por lo que es necesario conocer la vivencia de las mujeres y su repercusión en la toma de decisiones relativas a su salud. Más allá de las cifras, se generan hipótesis relacionadas con actividades de cuidado de enfermería que den respuestas más acertadas a las necesidades de estas mujeres, a partir de resultados sólidos y confiables.

Una de las contribuciones más acertadas del texto hace referencia a “La experiencia desde la voz de las mujeres”, extraída de las narrativas que permiten la comprensión real de la problemática. Estos elementos interpretativos aclaran el panorama para el cuidado de enfermería.

La autora muestra a partir de la evidencia que el cuidado debe reposar en elementos significativos para las pacientes, que vistos de una forma integral facilitarían la comprensión del miedo a la muerte, la angustia, la preocupación por los seres queridos y la incertidumbre que llevan a la subvaloración de los síntomas, a la demora para buscar atención y a las dificultades posteriores que se generan por el cambio de roles. Así mismo, integra aspectos positivos asociados a la espiritualidad y los diversos estilos de afrontamiento.

María Mercedes Durán de Villalobos
Profesora Pensionada
Universidad Nacional de Colombia

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

La revista *Avances en Enfermería* de la Universidad Nacional de Colombia se publica semestralmente y recibe artículos en español, portugués e inglés. Al enviar los artículos para publicación, tenga en cuenta los aspectos relacionados con el proceso:

TIPOS DE ARTÍCULOS PARA PUBLICACIÓN (SEGÚN COLCIENCIAS)

1. *Artículo de investigación científica y tecnológica*. Documento original que presenta, de manera detallada, los resultados originales de proyectos de investigación. La estructura generalmente utilizada contiene cuatro apartes importantes: Introducción, Materiales y Métodos, Resultados y Discusión. Número mínimo de referencias: 25.

2. *Artículo de reflexión*. Documento que presenta resultados de investigación desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales. Número mínimo de referencias: 25

3. *Artículo de revisión*. Documento que resulta de una investigación en la cual se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas, sobre un campo en ciencia o tecnología, con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo. Se caracteriza por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica de mínimo 60 referencias.

Otras contribuciones no derivadas de investigación

1. *Editorial*. Documento escrito por el/la Editor/a Jefe, un/a Editor/a Asociado/a, un miembro del Comité Editorial o un/a investigador/a invitado/a sobre orientaciones en el dominio temático de la revista.

2. *Documento de reflexión no derivado de investigación*. Documento tipo ensayo que no es producto de una investigación. Utiliza la perspectiva analítica del autor sobre un tema específico a partir de fuentes originales. Número mínimo de referencias: 25.

3. *Reporte de caso (Situaciones de enfermería)*. Documento que presenta los resultados de un estudio sobre una situación particular con el fin de dar a conocer las experiencias técnicas y metodológicas consideradas en un caso específico. Incluye una revisión sistemática comentada de la literatura sobre casos análogos. Número mínimo de referencias: 15.

4. *Traducción*. Traducciones de textos clásicos o de actualidad o transcripciones de documentos históricos o de interés particular en el dominio de publicación de la revista.

5. *Reseña bibliográfica*. Síntesis concreta con una visión crítica de una publicación estilo libro que describe la importancia, los aspectos destacados y los aportes particulares de la publicación.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE LOS ARTÍCULOS

El material que se ponga a consideración del Comité Editorial debe cumplir con los siguientes criterios:

1. *Claridad y precisión en la escritura*: la redacción del documento debe proporcionar coherencia al contenido y claridad al lector.

2. *Originalidad*: el documento debe ser original, es decir: producido directamente por su autor, sin imitación de otros documentos.

3. *Objetividad y validez*: las afirmaciones deben basarse en datos e información válida.

4. *Importancia y aportes al conocimiento*: el documento hace aportes interesantes al estado del arte del objeto de estudio.

INFORMACIÓN DEL AUTOR

Los artículos deben ser enviados únicamente a través del sistema ojs (Open Jurnal System):

<http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/Protocolo/protocolo%20ojs%20enfermeria.html>

El autor de un artículo debe remitirlo con una carta en la cual indique su dirección, teléfono y correo electrónico vigente. Si el artículo es de varios autores, debe identificarse la contribución de cada autor al trabajo. Para el caso de los informes de investigación, el investigador principal asumirá la responsabilidad sobre la integridad y confiabilidad de los datos acopiados. Si la autoría de un artículo es grupal, se debe designar uno o más autores para que asuman la responsabilidad en nombre del grupo. En este caso, los otros miembros no son autores, y se listan en los reconocimientos. Al presentar a consideración del Comité Editorial un artículo, su autor acepta que:

- En ningún caso recibirá pago por la inclusión de su documento en la publicación.
- No podrá presentar el mismo documento a consideración de comités de otras publicaciones hasta tanto no obtenga respuesta escrita de la decisión tomada en relación con la aceptación o rechazo de su artículo.
- De publicarse, su artículo se convierte en propiedad permanente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y no podrá ser publicado en otro medio sin permiso escrito de su autor y de la Universidad.

PROCESO DE ELECCIÓN Y REVISIÓN DE ARTÍCULOS

El procedimiento para la revisión y posterior elección de los artículos a incluir en la revista *Avances en Enfermería* es el siguiente:

1. Una vez sometidos a través del sistema OJS, todos los artículos remitidos al Comité Editorial son revisados inicialmente por el/la Editor/a Asistente para verificar que cumplan con los elementos formales que se solicitan en las *Instrucciones para los autores*. De no cumplir con estos criterios, el documento será rechazado para continuar con el proceso de evaluación. Si las falencias son mínimas, el manuscrito será enviado a su/s autor/es con indicación de corregirlas antes de seguir el proceso.

2. Si cumple con los requisitos formales, el documento será sometido al sistema anti-plagio de la revista y se le hará un exhaustivo seguimiento de las referencias bibliográficas, luego de lo cual el/los autor/es recibirá/n una notificación de recibido por medios electrónicos.

3. Acto seguido, el artículo se remite al Comité Editorial para que designe dos (2) pares evaluadores para su revisión: uno de ellos docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y otro externo a ésta —nacional o internacional—, los cuales deben ser expertos en el tema que trata el artículo. Si el artículo es evaluado positivamente por un evaluador y negativamente por otro, se designa uno tercero, y con base en su concepto se decide la inclusión del documento en la publicación. La identidad del autor de un artículo no se revela a los pares evaluadores y tampoco la de éstos al primero. El plazo para la emisión de conceptos que se dan a los pares evaluadores será de quince (15) días calendario y será notificada a cada par evaluador la fecha estimada de recepción del concepto.

4. Con base en los conceptos de los pares evaluadores, el Comité Editorial define si se publicará o no. En cualquiera de los casos, el autor recibe una comunicación electrónica en la que se le indican los conceptos de los pares evaluadores, se señala la decisión tomada y, de ser aceptado, se le informan las sugerencias y cambios a que haya lugar antes de publicar el artículo.

5. Recibidos los cambios hechos por el autor, el Comité Editorial remite el documento a un corrector de estilo o editor de documentos. Hecha la edición correspondiente, el artículo es devuelto al autor para que dé su aprobación en un plazo no mayor de cinco (5) días hábiles. El autor debe enviar la autorización y señalar con precisión los cambios que no acepta, puesto que con esto se hace responsable de todas las afirmaciones que haga en su artículo, incluyendo las que han sido sometidas a cambios por el/la corrector/a de estilo o Editor/a Asistente.

6. Si cinco (5) días hábiles después de la recepción del documento el autor no se pronuncia al respecto, el Comité Editorial asumirá que acepta los cambios editoriales que se hicieron sobre el manuscrito.

7. El autor debe enviar al Comité Editorial sus datos en el formato Publindex.

REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

La revista *Avances en Enfermería* y su contenido son propiedad de la Universidad Nacional de Colombia. Antes de remitir un documento, verifique que cumpla con las siguientes especificaciones:

- **Carta de cesión de derechos:** los artículos deberán ser remitidos con una carta de los autores, manifestando que los materiales son inéditos. Adjuntarán hoja de vida.
- El documento no debe excederse de las 5 000 palabras ni las 25 páginas tamaño carta, debe estar escrito en letra Times New Roman tamaño 12, a doble espacio, con márgenes de 2,5 en los 4 lados.
- Las páginas del documento deben estar numeradas.

Portada

Título: Debe aparecer el *título*, el cual debe ser preciso, no tener más de 80 caracteres y venir en español, inglés y portugués. Dentro del texto NO debe describirse la presentación del/los autor/es, sino incluirse en un archivo aparte y constar de: nombres y apellidos completos, formación académica, cargo actual e instituciones a las que está/n vinculado/s, dirección electrónica vigente para contactarlo/s, ciudad y país.

Resumen: El artículo incluirá un *resumen* en español, inglés y portugués y no debe contener más de 250 palabras. Debe plasmar el objetivo, los puntos centrales y las conclusiones del artículo. En caso de artículos originales, el resumen debe estar estructurado por los apartados Objetivo, Métodos, Resultados y Conclusiones. Para artículos de revisión, de reflexión y traducciones, el resumen debe incluir objetivo, síntesis del contenido y la conclusión.

Palabras clave (o descriptores): Se deben incluir de 3 a 5 descriptores o palabras clave en el idioma original, que correspondan a los DeCS (BIREME). Consultar: <http://decs.bvs.br>

Nota: El documento NO debe señalar nombres comerciales de medicamentos, equipos o materiales, a menos que sea estrictamente necesario.

Ayudas y subvenciones

Si el trabajo es derivado de investigación se debe incluir el nombre de la investigación original. Para el caso de investigaciones que hayan tenido patrocinio o subvención de instituciones, se debe adicionar esta información.

Conflictos de intereses

Los autores deben diligenciar la CERTIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD. Consultar: <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/index.html>

**LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA ESTRUCTURACIÓN Y
PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS ORIGINALES (FORMATO IMRYD)**

1. *Introducción*: en esta sección el autor debe incluir el problema, el objetivo o propósito del estudio y la argumentación lógica.

2. *Materiales y Métodos*: incluye el tipo de estudio, el fenómeno estudiado, las medidas, los análisis de datos y el proceso de selección de la muestra del estudio, especificando el tiempo y el lugar. También, instrumentos utilizados y métodos de análisis empleados. Si es el caso, los aspectos éticos contemplados en el estudio y la aprobación del Comité de Ética correspondiente.

3. *Resultados*: deberán ser presentados en forma lógica, con las directrices del propósito y con las respuestas a la pregunta de estudio. Deben contener los datos y sus respectivos análisis. En el caso que se utilicen tablas, cuadros, gráficas e imágenes, éstos deben estar numerados de acuerdo a como han sido citados en el texto, contener su respectivo título, el cual será breve y claro, y la fuente de la información. Además, las gráficas, diagramas, imágenes, dibujos lineales, mapas y fotografías deberán presentarse en el programa original que se utilizó para elaborarlas (*Excel, Word, Power Point, Paint, etc.*).

4. *Discusión*: en ésta se destacarán las consideraciones nuevas y más importantes de la investigación, además de las conclusiones que de ella surjan. Deberá dar cuenta de las interpretaciones del autor y de las explicaciones en relación con sus hipótesis originales y con las fuentes bibliográficas estudiadas, las cuales deberán ser consistentes con la investigación. Podrá incluir las implicaciones para la práctica clínica y las recomendaciones para futuros estudios.

5. *Referencias*: la revista *Avances en Enfermería* sigue las orientaciones sobre referencias bibliográficas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, por lo cual se exige que el manuscrito se complemente estrictamente con las *Normas Vancouver*. Consultar: www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Las referencias bibliográficas deberán numerarse consecutivamente, entre paréntesis y en tamaño normal, de acuerdo al orden de aparición de las citas en el texto. A continuación se presentan ejemplos de la forma de presentación de los documentos y referencias respectivas:

- *Artículo de revista*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título abreviado de la revista. Año;volumen

(número):página inicial-final. Cuando el artículo tenga más de seis autores se escribirá después del éstos las palabras la abreviatura *et al.*

- *Libros y monografías*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título. Edición. Lugar de publicación: editorial y año.
- *Capítulo de un libro*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título del capítulo. La palabra “En”: director/ coordinador/editor/compilador del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: editorial; año. Página inicial del capítulo-página final del capítulo.
- *Ponencias*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es de la ponencia. Título de la ponencia. “En”: título oficial del Congreso, Simposio o Seminario. Lugar de publicación: editorial, año, página inicial y página final de la ponencia.
- *Artículo de revista en Internet*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es del artículo. Título del artículo. Título abreviado de la revista [serie en Internet]. Año [día mes año de consulta];volumen(número):página inicial-final. “Disponible en: (URL)”
- *Libro o monografía en Internet*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título [documento en Internet]. Volumen. Edición. Lugar de publicación: Editorial; fecha de publicación [día mes año de última actualización; día mes año de consulta]. “Disponible en: (URL)”
- *Material audio visual*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título (CD-ROM, DVD, DISQUETE según el caso) Edición. Lugar de edición: editorial y año.
- *Documentos legales*: Nombre completo del país de emisión. Nombre de la institución que lo emite. Título de la ley o el decreto, nombre del boletín oficial. Número y fecha de publicación.
- *Tesis de doctorado/maestría*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título de la tesis [tesis de maestría o doctorado]. Lugar de publicación: editorial, año. Página.
- *Material no publicado*: hace referencia a los artículos ya aceptados pero pendientes de publicación. El formato es: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título. Nombre de la publicación. “En prensa”. Fecha.

INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES

A revista *Avances en Enfermería* da Universidad Nacional de Colombia é publicada cada seis meses e recebe artigos em espanhol, português e inglês. Se quiser enviar artigos para publicação, deve levar em conta os aspectos relativos ao processo:

TIPOS DE ARTIGOS PARA PUBLICAÇÃO (SEGUNDO COLCIENCIAS)

1. *Artigo de pesquisa científica e tecnológica.* Documento original que apresenta detalhadamente os resultados originais de projetos de pesquisa. A estrutura geralmente utilizada inclui quatro partes fundamentais: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados e Conclusões. Número mínimo de referências: 25.

2. *Artigo de reflexão.* Documento que apresenta resultados de pesquisa desde uma perspectiva analítica, interpretativa ou crítica do autor, sobre uma questão específica, utilizando fontes originais. Número mínimo de referências: 25.

3. *Artigo de revisão.* Documento que decorre de uma pesquisa onde se analisam, sistematizam e integramos resultados de pesquisas publicadas ou não publicadas, sobre uma campo científico ou tecnológico, visando informar sobre os avanços e as tendências de desenvolvimento nesse campo. A característica principal consiste em apresentar uma cuidadosa revisão bibliográfica de pelo menos 60 referências.

Outras contribuições não derivadas de pesquisas

1. *Editorial.* Documento escrito pelo/a Editor/a Chefe, um/a Editor/a um membro do Comitê Editorial ou um/a pesquisador/a convidado/a, sobre orientações dentro do campo temático da revista.

2. *Documento de reflexão não derivado de pesquisa.* Documento tipo ensaio não decorrente de pesquisa, emprega a perspectiva analítica interpretativa ou crítica do autor sobre um tema específico a partir de fontes originais. Número mínimo de referências: 25.

3. *Relatório de caso. (Situações de enfermagem)* Documento que apresenta os resultados de um levantamento sobre uma situação especial a fim de dar a conhecer as experiências técnicas e metodológicas consideradas para um caso específico. Inclui uma revisão sistemática comentada da literatura sobre casos análogos. Número mínimo de referências: 15.

4. *Tradução.* Traduções de textos clássicos ou atuais ou transcrições de documentos históricos ou de interesse específico no âmbito da publicação da revista.

5. *Resenha bibliográfica:* Síntese concreta com uma visão crítica de uma publicação estilo livro que descreve a importância, os aspectos destacados e os aportes particulares da publicação.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DOS ARTIGOS

O material que for colocado para apreciação do Comitê Editorial deve obedecer aos seguintes critérios:

1. *Clarezza e precisão na redação:* a redação do documento deve ser coerente como conteúdo e clara para o leitor.

2. *Originalidade:* o documento deve ser original, isto é, produzido diretamente por seu autor, sem imitação de outros documentos.

3. *Objetividade e validade:* as afirmações devem estar baseadas em dados e informação válida.

4. *Importância e contribuições ao conhecimento:* o documento faz contribuições interessantes para modernizar o tema objeto de pesquisa.

INFORMAÇÃO DO AUTOR

Os artigos devem ser enviados por meio do sistema ojs (*Open Journal System*):

<http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/Protocolo/protocolo%20ojs%20enfermeria.html>

O autor de um artigo deve encaminhá-lo junto com uma carta que especifique seu endereço, fone, fax e e-mail. Se o artigo é de vários autores, é preciso identificar a contribuição de cada autor no trabalho. No caso dos relatórios de pesquisa, o pesquisador principal assumirá a responsabilidade sobre a integridade e confiabilidade dos dados compilados. Se a autoria de um artigo é grupal, é preciso nomear um ou mais autores para assumirem a responsabilidade em nome do grupo. Nesse caso, os outros membros não são autores, e serão incluídos na lista de reconhecimentos. Quando um artigo for submetido à apreciação do Comitê Editorial, seu autor aceita que:

- Sob nenhum conceito receberá pagamento algum pela inclusão de seu documento na publicação.
- Não poderá apresentar o mesmo documento à consideração de comitês de outras publicações até não obter resposta escrita sobre a decisão tomada a respeito da aceitação ou recusa de seu artigo.
- Caso o artigo for publicado, ele torna-se propriedade permanente da Facultad de Enfermería da Universidad Nacional de Colombia e não poderá ser publicado em outro meio sem licença escrita do autor e da Universidade.

PROCESSO DE SELEÇÃO E REVISÃO DE ARTIGOS

O procedimento para eleger os artigos a serem incluídos na revista *Avances en Enfermería* é o seguinte:

1. Todos os artigos encaminhados ao Comitê Editorial da revista são revisados inicialmente pelo/a Editor/a Assistente a fim de verificar o grau de cumprimento com os elementos formais requeridos nas *Instruções para os autores*. Caso o artigo não obedecer esses critérios, o documento será rejeitado para continuar o processo de seleção. Se as falências forem mínimas, o escrito será devuelto ao seu autor, especificando as fraquezas de forma encontradas na primeira avaliação, com indicação de corrigi-las antes de continuar o processo.

2. Caso contrário, quando o artigo cumpre com os requerimentos formais, o documento será submetido ao sistema

anti-plágio da revista, e se fará um exaustivo seguimento das referências bibliográficas, depois o/s autor/es receberão uma notificação de recebido por meio eletrônico.

3. Logo depois, o artigo se remete ao Comitê Editorial para designar dois (2) pares avaliadores para sua revisão: um deles docente da Facultad de Enfermería da Universidad Nacional de Colombia e outro pessoal externo à universidade —nacional ou internacional— ambos com grande saber notório na área do artigo. Se o artigo é avaliado positivamente por um avaliador e negativamente por outro, designa-se um terceiro, e com base no seu conceito se decide a inclusão do documento na publicação. A identidade do autor do artigo não é revelada aos pares avaliadores e também não a destes ao primeiro. O prazo para a emissão de conceitos que se dão aos pares avaliadores será de quinze (15) dias calendário e será notificada a cada par avaliador a data estimada de recepção do conceito.

4. Com base nos conceitos dos pareceristas avaliadores, o comitê decide se o artigo será publicado ou não. Em ambos os casos, o autor recebe uma comunicação eletrônica que inclui as opiniões dos pareceristas e a decisão tomada. Se o artigo for aceito, o autor recebe confirmação sobre as sugestões e correções aplicáveis antes de publicar o artigo.

5. Depois de receber as correções aplicadas pelo autor, o Comitê Editorial envia o documento a um corretor de estilo ou editor de documentos. Quando acaba a edição correspondente, o artigo é devolvido ao autor, quem terá prazo de cinco dias úteis para dar a aprovação final. O autor deve enviar a autorização e apontar claramente as correções não aceites, dado que com isso, ele fica responsabilizado por todas as afirmações feitas no artigo, incluindo aquelas que foram mudadas ou corrigidas pelo/a corretor/a de estilo ou Editor/a Assistente.

6. Se nos 5 dias úteis posteriores ao recebimento do documento o autor não se pronunciar ao respeito, o Comitê Editorial entenderá que ele aceita as correções editoriais realizadas.

7. O autor deve enviar os dados do formato Publindex ao Comitê Editorial.

REQUISITOS PARA PRESENTAÇÃO DE ARTIGOS

A revista *Avances de Enfermería* e seu conteúdo são propriedade da Universidad Nacional de Colombia.

Antes de enviar um documento, verifique a observância com as seguintes especificações:

- Carta de atribuição de direitos: os artigos deverão ser enviados com uma carta dos autores, afirmando que os materiais são inéditos. O currículo deve estar adjunto.
- O documento não excederá 5 000 palavras nem 25 páginas tamanho carta, escrito em letra Times New Roman corpo 12, espaçoamento duplo, com margens de 2,5 nos 4 lados.
- As páginas do documento devem estar numeradas.

Capa

Título: Deve aparecer o título, que deve ser claro, não conter mais de 80 caracteres e estar em espanhol, inglês e português. Dentro do texto NÃO deve descrever-se a apresentação do/s autor/es, já que esta deverá incluir-se em outro arquivo e conter: nomes e sobrenomes completos, titulação acadêmica, cargo atual e vinculação institucional, bem como endereço eletrônico vigente para contatá-lo/s, cidade e país.

Resumo: O artigo deve incluir resumo em Espanhol, Inglês e Português, não deve ter mais de 250 palavras.

Nele tem que se encontrar o objetivo, os pontos focais e as conclusões do artigo. Nos artigos originais, o resumo deve ser estruturado de modo a definir o Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Para artigos de revisão, reflexões e traduções, o resumo deve incluir Objetivos, Resumo e Conclusão.

Palavras-chave (ou descritores): O artigo deverá incluir de 3 a 5 descritores ou palavras chave no idioma original, que correspondam aos DeCS (BIREME). Consultar: <http://decs.bvs.br>

Atenção: O documento NÃO deve apontar os nomes comerciais de medicamentos, equipamentos ou materiais, a menos que seja absolutamente necessário.

Subvenções e subsídios:

Se o trabalho for o resultado de uma pesquisa deverá incluir o nome da pesquisa original. Para o caso das pesquisas que tiveram patrocínio ou financiamento de instituições, deve-se incluir esta informação.

Conflito de interesse

Os autores devem preencher a CERTIFICAÇÃO DE ORIGINALIDADE. Consultar em: <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/index.html>

DIRETRIZES GERAIS PARA A ESTRUTURAÇÃO E APRESENTAÇÃO DE ARTIGOS ORIGINAIS (FORMATO IMRYD)

Introdução: Nesta seção, o autor deve incluir o problema, o objetivo ou o propósito do estudo e a argumentação lógica.

Materiais e Métodos: Inclui o tipo de estudo, o fenômeno estudado, as medidas, os análises de dados e o processo de seleção da população do estudo, especificando o tempo e lugar. Além disso, deve incluir Instrumentos utilizados, os métodos de análise utilizados. Se for o caso, os aspectos éticos abordados no estudo e aprovação do Comitê de Ética pertinente.

Resultados: devem ser apresentados de uma forma lógica, com as diretrizes do propósito e com as respostas à pergunta de estudo. Deve conter os dados e os análises dos mesmos. Caso

forem usadas tabelas, quadros, gráficos e imagens, devem ser numerados de acordo com a ordem como foram citadas no texto, conter o respetivo título, que deve ser breve e claro devendo aparecer a fonte de informação. Além disso, os gráficos, diagramas, imagens, desenhos lineares, mapas e fotografias, deverão apresentar-se no programa original que usou-se para elaborá-las (*Excel, Word, Power Point, Paint*, etc.).

Discussão: Nesta se dará destaque às considerações novas e mais importantes da pesquisa, além das conclusões que dela surjam. Deverá dar conta das interpretações do autor e das explicações em relação com suas hipóteses originais e com as fontes bibliográficas estudadas, as que deverão ser consistentes com a pesquisa. Poderá se incluir as implicações para a prática clínica e as recomendações para futuros estudos.

Referências: A revista *Avances en Enfermería* segue as orientações sobre referências bibliográficas do Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, pelo que se exige que o escrito se complemente estritamente com as *Normas Vancouver*. Veja: www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

As referências bibliográficas deverão numerar-se consecutivamente entre parêntese e em tamanho normal, de acordo à ordem de aparição das citas no texto. A continuação se apresentam exemplos da forma de apresentação dos documentos e referências respetivas:

- **Artigo de Revista:** Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Abreviatura internacional do título da revista. Ano, volume (número): página inicial e final. Quando o artigo tiver mais de seis autores as palavras et al serão escritas após o sexto autor.
- **Livros e monografias:** Sobrenome, duas iniciais dos nomes dos autores. Título. Edição. Local de publicação: editora e ano.

- **Capítulo de Livro:** Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título do capítulo. Palavra “Em”: Diretor/Coordenador/ editor/compilador do livro. Título do livro. Edição. Local de publicação: editora; ano. Página inicial e final do capítulo.
- **Palestras:** Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores do trabalho. Título da palestra. “Em”: título oficial do congresso, simpósio ou seminário. Local de publicação: editora, ano, página inicial e final da palestra.
- **Artigo de revista on-line:** Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores do artigo. Título do artigo, título abreviado da revista [periódico na Internet], ano [dia mês ano de consulta]; volume (número): páginas inicial e final. “Disponível em: (URL)”
- **Livro ou monografia on-line:** Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título [documento em Internet] Volume. Edição. Local de publicação: Editora; data de publicação. [dia mês ano da última atualização; dia mês ano de consulta]. “Disponível em: (URL)”
- **Material audiovisual:** sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título (CD-ROM, DVD, DISCO segundo o caso) Edição. Local de edição: editora e ano.
- **Documentos legais:** Nome completo do país de emissão. Nome da instituição que emite a lei. Título da lei ou decreto, nome do diário oficial. Número e data de publicação.
- **Tese de mestrado-doutorado:** Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título da tese [tese de mestrado ou doutorado]. Local de publicação: editora, ano. Paginação.
- **Material inédito:** refere-se a artigos aceitos, mas ainda não publicados. O formato é: Sobrenome e duas iniciais do nomes dos autores. Título. Nome da publicação. Na imprensa. Data.

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

The journal *Avances en Enfermería*, of the Universidad Nacional de Colombia, is published twice a year and receives articles written in Spanish, Portuguese and English. When sending articles to publication, please consider the following features about the process:

ARTICLES TYPES TO PUBLICATION (ACCORDING TO COLCIENCIAS)

1. *Scientific and technological research article.* Original manuscript that presents in detail the original results of research projects. The structure generally used contains four important sections: Introduction, Materials and Methods, Results and Discussion. Minimum of bibliographic references required: 25.
2. *Reflection article.* Document that presents research results from the author's analytic, interpretative or critical perspective on a specific subject, resorting to original sources. Minimum of bibliographic references required: 25.
3. *Literature review article.* Document that results from investigation in which the results of published or unpublished investigations are analyzed, systematized and integrated on a field of science or technology in order to report on advancement and development trends. Its main characteristic is to present a careful bibliographic review of at least 60 references.

Other contributions not derived from researches

1. *Editorial.* Document written by the Chief Editor, an Associated Editor, a member of the Editorial Committee or a guest researcher, about orientations in the subject domain of the journal.
2. *Reflection document not derived from investigation.* Manuscript like essay not resulting from a research. It applies interpretative analytic perspective or critics of the author on a specific topic based on original sources. Minimum of bibliographic references required: 25.
3. *Case report (Nursing situations).* Document that presents the results of a study regarding a particular situation in order to show technical and methodological experiences considered in a specific case. It includes a commented systematic review of the literature on analogue cases. Minimum of bibliographic references required: 15.
4. *Translation.* Translations of classic or current texts or transcripts of historic documents or texts for particular interest on the journal's publication domain.
5. *Bibliographical outline.* Specific synthesis with a critical view for a book publication that describes significance, outstanding topics and characteristic contributions of the publication.

ARTICLES SELECTION CRITERIA

The material submitted to Editorial Committee should meet the following criteria:

1. *Clear and precise writing:* The document's wording should provide coherence on the contents and clarity to readers.
2. *Originality:* The document must be original, that is to say: it must be produced directly by the author, it should not be an imitation of other documents.
3. *Objectivity and validity:* The statements should be based on valid data and information.
4. *Importance and contribution to knowledge:* The document makes interesting contributions to the state of art of the object of the study.

INFORMATION OF AUTHORS

Manuscripts must be submitted only through ojs system (*Open Jurnal System*):

<http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/Protocolo/protocolo%20ojs%20enfermeria.html>

Authors must send articles forward them accompanied with a letter indicating their address and updated electronic mail. If the article has several authors, each author's contribution should be identified. In case of investigation reports, the main researcher shall assume the responsibility over the integrity and reliability of the collected data. If the article was produced by a group, one or more researches should be designated to assume the responsibility on behalf of the group. In this case, the other members are not perceived as authors, and they shall be listed on the acknowledgement list. When submitting an article to the Editorial Committee, its author accepts that:

- In no case shall he/she receive any payment for the inclusion of the article in the publication.
- He/she can not submit the same article to the consideration of other publications' Editorial Committee until he/she obtains an answer in writing on the decision made regarding acceptance or rejection of his/her article.
- In case of publication, his/her article becomes permanent property of the Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia and cannot be published in any other media without written permission from its autor and the University.

ARTICLES SELECTION AND REVISION PROCEDURE

The procedure to select articles and ensuing revision for inclusion in *Avances en Enfermería* is as follows:

1. As soon as manuscripts are submitted through ojs, they are sent to Editorial Committee and shall be initially reviewed by the Editor Assistant to verify that they comply with the

formal elements required in the *Instructions to authors*. Should they not fulfill those criteria, the document shall be excluded of the selection process evaluation. If errors are minor, manuscript will be returned to the author, indicating the failures found in the first evaluation.

2. If it complies with the formal requirements, the document is then submitted to our Non- Plagiarism System and its bibliographic references will be thoroughly revised. Subsequently, we sent an email to inform authors manuscript was received.

3. Immediately, manuscript is sent to two peer evaluators appointed by Editorial Committee for its review: one of them shall be a professor at the Universidad Nacional de Colombia and the other from outside the university—foreign or native—who should be experts on the topic addressed in the article. If manuscript is positively evaluated by one evaluator and negative by other, one third is appointed, and based on his/her opinion the document inclusion is decided in the publication. The author's identity shall not be disclosed to the evaluators and the evaluators' names shall not be disclosed to the author.

4. Based on the evaluators' opinion, Committee shall decide if the article is published or not. In any case, the author shall receive an email indicating the opinion of the peer evaluators, stating the decision made and, if it is accepted, the appropriate suggestions and changes shall be confirmed to the author before article is published.

5. Once changes are received from the author, Editorial Committee shall send the manuscript to copyeditor and/or proofreader. Once corresponding edition is completed, manuscript is returned to the author for his/her approval in a term no longer tan five (5) working days. Authors should send authorization and state precisely the changes he/she does not accept, this authorization makes him responsible for all the statements made in his/ her article, including those submitted to changes by copyeditor and/or proofreader and authorized by authors.

6. If five (5) working days after reception of document, autor/s have/s not made any statement regarding contents, Editorial Committee shall assume that he/she/they accept/s editorial changes that were made.

7. Authors should forward the Publindex form data to Editorial Committee.

REQUIREMENTS TO SUBMIT MANUSCRIPTS

The journal *Avances en Enfermería* and its contents are property of Universidad Nacional de Colombia. Before submitting a document, please verify if it satisfies the following specifications:

- Letter of assignment of rights: Manuscripts should be submitted with an authors' letter, stating that materials

are unpublished. A curriculum vitae must be attached by authors.

- Document shall not exceed 5 000 words or 25 letter-size pages. It is typed in Times New Roman font size 12, double space/writting (2,0), and using 2.5 cm margins for all four sides of the format.

- Document pages should be numbered.

Cover

Title: title must be visible, which should be accurate, no more than 80 characters, and translate from native lenguage into English, Spanish and Portuguese. Within the text should NOT describe the presentation of author/s, but it should included in a separate file and consist of: full names, educational background, current position and job institution he/she/they is/are part of, updated email address to contact him/her/them, city and country.

Abstract: manuscript will include abstract in Spanish, English and Portuguese, must have no more 250 words which should capture the article's objective, key points and conclusions of research. In original articles, abstract structure must present the Purpose, Methods, Results and Conclusions. For review articles, reflections, translations, the abstract must include purpose, summary and conclusion.

Key words (or descriptors): manuscript must include from 3 to 5 descriptors or key words in Spanish, English and Portuguese and they must match up with DeCS (BIREME). Website at: <http://decs.bvs.br/E/homepage.htm>

Note: Document does not mention any comercial names of drugs, equipment or material, unless it is strictly necessary.

Grants and subsidies: If the writing is a result of a research work it should include the name of the original research. For the case of sponsored research that have been sponsored or funded by any institution, manuscript has a final section in which the sponsor is mentioned.

Conflict of interest (coi)

Authors must fill the CERTIFICATION OF ORIGINALITY. Visit: <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/index.html>

GENERAL GUIDELINES FOR STRUCTURE AND SUBMITTING ORIGINAL ARTICLES (IMRAD FORMAT)

1. *Introduction:* In this section authors should include the objective or purpose of the research and logical argument.

2. *Materials and Methods:* It includes the type of study, phenomenon studied, process of selection of the study population specifying time and place as well instruments and methods of analysis used. If it is applicable, the ethical aspects covered in the study and approval of corresponding Ethics Committee must be included.

3. *Results*: Results should be logically organized, with guideline of purpose and answers of research question. They must contain data and their corresponding analysis. In case tables, charts, graphs and images are used, they must be numbered following the order they were quoted in the text. The titles should be brief and clear. In addition, source of figures, graphs charts, images, sketches, line drawings, maps, photographs information should be presented on the file program used to create them (*Excel, Word, Power Point, Paint, etc.*).

4. *Discussion*: In this section new and main considerations from research will be highlighted, along with the conclusions that be arised from them. It should point out the authors' interpretations and explanations related to their original hypotheses and studied literature sources, which must be consistent with research. It may include the implications for clinical practice and recommendations for future investigations.

5. *Bibliographic references*: The journal *Avances en Enfermería* follows the guidelines for bibliographical references of the International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver Standards). See: www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Bibliographic references should be numbered consecutively in brackets and in normal size, according to the order of appearance of the citations in the text. Examples of the presentation of documents and corresponding references are presented as follows:

- *Journal article*: Name and two initials of the names of autor/s. Title of article. International abbreviation of the journal name, year, volume, number, first and last page. When the article has more than six authors, the words *et all* shall be written after the sixth author's name.
- *Books and monographs*: Last name, two initials of the names of autor/s. Title. Edition. Place of publication: publisher and year.
- *Chapter of book*: Last name and two initials of the names of autor/s. Title of the chapter. "In": Director/ Coordinator/editor/ compiler of the book. Title of the book. Edition. Place of publication: publisher, year. First page of the chapter-end page of the chapter.
- *Presentations*: Last name and two initials of the names of autor/s of the paper. Title of the paper. "In": Official title of the congress, symposium or seminar. Place of publication: publisher, year, first and final page of the paper.
- *Online Journal Article*: Last name and two initials of the names of autor/s of the article. Title of the article, abbreviated title of the journal [serial on the Internet]. Year [access: year month day];volume(number):first page-end page. "Available from (URL):"
- *Book or monograph online*: Author/s. Title [document on the Internet]. Volume. Edition. Place of publication: Publisher, date of publication [Date of last update; date of our consultation]. "Available from (URL):"
- *Audio-visual material*: Last name and two initials of the names of the authors. Title (CD-ROM, DVD, DISK as the case may be). Edition. Place: publisher and year.
- *Legal documents*: Full name of the country. Name of emission law institution. Title of law, ordinance, official journal name, number and date of publication.
- *Master-Doctoral thesis*: Last name and two initials of the names of autor/s. Title of thesis [master or doctoral thesis]. Place of publication: publisher, year. Pages.
- *Unpublished material*: It refers articles already approved but still not published. The format is: Author. Title. Name of publication. "In press". Date.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD DE ARTÍCULOS PUBLICADOS EN
AVANCES EN ENFERMERIA

El autor y coautores del artículo _____

_____ certificamos que es original, es una producción intelectual resultado de _____, en donde todos y cada uno de sus elementos responden a la normalización adoptada por la revista.

El documento se encuentra libre de derechos de autor, reúne el requisito de consentimiento informado y garantizamos que no hay relación de conflictos de interés. En caso de presentarse algún cuestionamiento al respecto, la responsabilidad será asumida por nosotros y exoneraremos de cualquier responsabilidad a la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.

Al presentar el documento para el arbitraje y posible publicación en la revista *Avances en Enfermería*, comprendemos y aceptamos que:

- En ningún caso recibiremos ni aceptaremos pago por la inclusión del documento en la publicación
- No podremos presentar el mismo documento a consideración de comités de otras publicaciones, hasta tanto no obtengamos respuesta escrita de la decisión tomada con relación a la aceptación o rechazo del artículo.
- Autorizamos la publicación del artículo a nivel nacional o internacional en diferentes bases de datos- e Índices Bibliográficos on line.
- Recibiremos un (1) ejemplar del número de la revista en que aparezca publicado el artículo

En constancia de lo anterior, se firma la presente certificación en _____ (Ciudad)
_____ (Día, mes y año).

Nombres y apellidos

Firma

Tipo de documento de identidad y número



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA

ORIGINALITY CERTIFICATE – ARTICLES PUBLISHED IN
AVANCES EN ENFERMERIA

The author and coauthor of Article _____

_____, hereby certify that it is original; it is an intellectual production resulting from _____, in which each and all elements thereof respond to the standardization adopted by the Journal.

The document is free from author rights, it fulfills the requirement of informed consent and we hereby guarantee that there is not conflict of interest relation. Should there be any question about it, any responsibility whatsoever shall be assumed by us and we hereby exonerate the Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá of any responsibility.

Upon submitting the document for arbitration and possible publication in the Journal *Avances en Enfermería* we understand and accept that:

- In no case shall we receive or accept any payment for the inclusion of the document in the publication.
- We may not submit the same document to committees of any other publication prior to receiving an answer in writing regarding the decision taken regarding acceptance or rejection of the article
- We hereby authorize the publication of the article at the national or international
- level in different on line databases and bibliographic indexes.

We shall receive one (1) issue of the Journal in which the article is published

Certificate signed in attestation in _____ (City)

_____ (Day, month and year).

Names and Surnames

Signature

Type and Number of ID Document

Carrera 30 No. 45-03, **FACULTAD DE ENFERMERÍA**, Edificio 101, Oficina 804
Conmutador: (57-1) 316 5000 Ext. 17018
Correo electrónico: revavenf_febog@unal.edu.co
Bogotá D. C., Colombia, Suramérica



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA

CERTIFICADO DE ORIGINALIDADE DE ARTIGOS PUBLICADOS EM
AVANCES EN ENFERMERIA

O autor e coautores do artigo _____

_____ certificamos que ele é original, e que é uma produção intelectual decorrente de _____, onde todos e cada um dos elementos respondem a normalização adotada pela revista.

O documento é livre de direitos de autor, reúne o requisito de consentimento informado e garantimos que não tem relação de conflitos de interesse. Caso houver algum questionamento nesse respeito, a responsabilidade será assumida por nós e exoneramos de qualquer responsabilidade a Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.

Com a apresentação do documento para apreciação e possível publicação na revista *Avances en Enfermería*, entendemos e aceitamos que:

Em caso nenhum iremos receber nem aceitar pagamentos pela inclusão do documento na publicação
Não poderemos apresentar o mesmo documento para consideração de comités de outras publicações, até não receber resposta escrita sobre a deliberação tomada a respeito da aceitação ou recusa do artigo.

Autorizamos a publicação do artigo a nível nacional ou internacional em diferentes bancos de dados – e índices bibliográficos on-line.

Receberemos um (1) exemplar do número da revista em que o artigo for publicado.

Em fé do anterior, subscreve-se a presente certificação em _____ (Cidade)
_____ (Dia, mês e ano).

Nomes e sobrenomes

Assinatura

Tipo de documento de identidade e número



Revista Avances en Enfermería
Formulario de suscripción

Para suscribirse, diligencie este formulario y consigne el valor de la suscripción en la cuenta de ahorros No. 01272009-0 del Banco Popular, a nombre del Fondo especial de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Remita vía fax 57-1-3165499 y al fax 316 5000 extensión 17021 o por correo (Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Carrera 30 No. 45-03, Bogotá, Colombia), este formulario de suscripción con la copia del recibo de consignación.

Los suscriptores fuera de Colombia deben solicitar en un banco internacional que se haga la transferencia del dinero a la cuenta bancaria arriba señalada, cancelando el valor de la suscripción a la T.R.M. del día.

Nombres y apellidos del suscriptor:	Organización	Código postal
Dirección para envío de la revista:		Teléfono:
Ciudad:	País:	Fecha de pago y período de suscripción:
Correo electrónico:		
Cargo que desempeña, institución y dirección del trabajo:		

Valor suscripción anual (3 números con envíos incluidos): nacional \$90.000 pesos colombianos, internacional US\$90 dólares