

aa  
ee



UNIVERSIDAD **NACIONAL** DE COLOMBIA  
SEDE BOGOTÁ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
SEDE BOGOTÁ

### AVANCES EN 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

Ana Maritza Gómez Ochoa  
VICEDECANA

Martha Patricia Bejarano  
DIRECTORA DE BIENESTAR

Rubby Leonor Tovar  
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

Yanira Astrid Rodríguez Holguín  
DIRECTORA CENTRO DE EXTENSIÓN  
E INVESTIGACIÓN Y UNIDAD DE GESTIÓN DE  
INVESTIGACIÓN

Magda Lucía Flórez Flórez  
SECRETARIA DE FACULTAD

William Arley Tarazona Cáceres  
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL DE  
PREGRADO

Clara Virginia Caro C. Ph.D.  
DIRECTORA

Xavier Humberto Páez Ochoa  
EDITOR ASISTENTE

#### COMITÉ EDITORIAL

Yanira Astrid Rodríguez Holguín, Mg.  
DIRECTORA CENTRO DE EXTENSIÓN E  
INVESTIGACIÓN Y UNIDAD DE GESTIÓN DE  
INVESTIGACIÓN

Celmira Laza Vásquez, Doctoranda en  
Ciencias Humanas y Sociales

Mary Luz Jaimes Valencia, Ph.D.  
Universidad Autónoma de  
Bucaramanga, Colombia

María Helena Mejía Rojas, Ph.D.  
Universidad del Valle, Colombia

Ángela María Salazar Maya, Ph. D.  
Universidad de Antioquia

Taka Oguisso, Ph.D.  
Universidade de São Paulo, Brasil

Olivia Sanhueza Alvarado, Ph.D.  
Universidad de Concepción, Chile

María del Pilar Camargo Plazas,  
Ph.D.  
University of Alberta, Canadá

María Guadalupe Moreno  
Monsiváis, Ph.D.  
Universidad Autónoma de Nuevo León,  
México

#### COMITÉ CIENTÍFICO

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

María Magdalena Alonso Castillo,  
Ph.D.  
Universidad Autónoma de Nuevo León,  
México

Yariela N. González Ortega, Ph.D.  
Universidad de Panamá, Panamá

Yrene Esperanza Urbina Rojas,  
Ph. D.  
Universidad Nacional de Tumbes, Perú

Maria Itayra Coelho de Souza  
Padilha, Ph.D., Pós-Doutora  
Universidade Federal de Santa Catarina,  
Brasil

María de los Ángeles Rodríguez  
Gázquez  
Universidad de Antioquia, Colombia

María Marlene Montes Valverde,  
Ph. D.  
Universidad Santiago de Cali, Colombia

Omar Antonio Parra, Ph.D.  
Universidad Militar Nueva Granada,  
Colombia

Zuleima Cogollo Milanés, Ph.D.  
Universidad de Cartagena, Colombia

---

#### Indexada por/Indexado 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 on Line (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**

---

## Misión

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

## Missão

A revista *Avances en Enfermería* é um meio de divulgação dos productos científicos derivados da pesquisa, revisões bibliográficas, experiências e reflexões das diferentes comunidades académicas e previdenciárias nacionais e internacionais que contribuem com o desenvolvimento teórico da disciplina profissional da enfermagem.

## Mission

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

## 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.

## 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.

## Vision

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

Es la publicación oficial científica seriada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, Colombia. Se creó en mayo de 1982 y publica contribuciones originales de enfermería; disciplinas relacionadas con la 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 en idiomas español, portugués e inglés que sean inéditos, 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>; doi: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm>
- Reproducción: es prohibida la reproducción impresa de artículos con fines no académicos.
- La revista se encuentra bajo la licencia *Creative Commons Attribution 3.0*.
- 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.

## PARES EVALUADORES DEL PRESENTE NÚMERO

<b>Mg. LUCY BARRERA ORTIZ</b> Universidad Nacional de Colombia	<b>DRA. MARIA JOSEFINA DA SILVA</b> Universidade Federal do Ceará
<b>Mg. MARÍA LUCENITH CRIADO MORALES</b> Fundación Universitaria de San Gil	<b>Mg. MANUEL PELAYO CASTRO SALAS</b> Universidad de Concepción
<b>Mg. XIMENA SÁENZ MONTOYA</b> Universidad Nacional de Colombia	<b>Mg. NORMA YANETH NOGUERA ORTIZ</b> Pontificia Universidad Javeriana
<b>Mg. CLARA INÉS PADILLA GARCÍA</b> Universidad Autónoma de Bucaramanga	<b>DRA. ZULEIMA COGOLLO MILANÉS</b> Universidad de Cartagena
<b>DRA. LORENA CHAPARRO DÍAZ</b> Universidad Nacional de Colombia	<b>Mg. LUCY MARCELA VESGA GUALDRÓN</b> Universidad Nacional de Colombia
<b>Mg. REGINA KELLY GUIMARAES GOMES</b> Faculdade Católica Rainha do Sertão	<b>DRA. LUZ MERY HERNÁNDEZ MOLINA</b> Universidad Nacional de Colombia
<b>DRA. BEATRIZ VILLAMIZAR CARVAJAL</b> Universidad Industrial de Santander	<b>DR. ÉRICK IGOR DOS SANTOS</b> Universidade Federal Fluminense
<b>Mg. LUZ ANGELA ARGOTE OVIEDO</b> Universidad del Valle	<b>DRA. ALBA ROSA FERNÁNDEZ</b> Universidad de Los Andes (Venezuela)
<b>DRA. MARIA LUISA MOLANO PIRAZÁN</b> Universidad de Carabobo	<b>DRA. ÁNGELA MARÍA HENAO CASTAÑO</b> Universidad Libre-Seccional Cali
<b>DRA. MARTHA LUCÍA ALZATE POSADA</b> Universidad Nacional de Colombia	<b>DRA. DARLENE MARA DOS SANTOS TAVARES</b> Universidade Federal do Triângulo Mineiro
<b>Mg. CARMEN OFELIA NARVÁEZ ERASO</b> Universidad Mariana	

### *Avances en Enfermería*

doi: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm>

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

e-mail: [revavenf\\_febog@unal.edu.co](mailto:revavenf_febog@unal.edu.co)

Volumen xxxiii n.º 2 mayo-agosto 2015

ISSN (impreso): 0121-4500

ISSN (en línea): 2346-0261

Título abreviado: Av Enferm

© Facultad de Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

Diseño de carátula: David Consuegra

Diagramación: Divulgación Facultad de Enfermería,  
Universidad Nacional de Colombia

Impresión: Digiprint Editores E.U.

Impreso en Colombia-Printed in Colombia

# Contenido

## EDITORIAL

### 197 **Enfermería Genética y Genómica: una trilogía actual y del futuro**

María Consuelo del Pilar Amaya Rey

## ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

### 199 **El video como soporte social a cuidadores de personas con enfermedad crónica, Girardot 2010**

O vídeo como apoio social para cuidadores de pessoas com doenças crônicas, Girardot 2010

The video as social support for caregivers of people with chronic disease, Girardot 2010

María Victoria Rojas Martínez, Sandra Liliana Cardozo Silva

### 209 **Cuidado y manejo del dolor en el paciente en posoperatorio de revascularización miocárdica**

Cuidados e manejo da dor pós-operatória da dos pacientes de revascularização miocárdica

Care and pain management in patients in post-myocardial revascularization

Luisa Fernanda Moscoso Loaiza, Carlos Yecid Bernal Cárdenas

### 222 **Vínculo profesional-usuário: competência para a atuação na Estratégia Saúde da Família**

Relación profesional-usuario: competencia para actuar en la Estrategia Salud de la Familia

Bonding professional-user: competence to act in the Family Health Strategy Team

Dirce Stein Backes, Adriana Dallasta Pereira, Mara Teixeira Marchiori, Irani Rupolo, Marli Terezinha Stein Backes, Andreas Büscher

### 230 **La madre adolescente en el transitar por la hospitalización del hijo**

A mãe adolescente que passa pela hospitalização de seu filho

Teen mother in transit through the hospitalization of her child

Yenny Andrea Solano Rodríguez, Rosa Yolanda Munevar Torres

### 241 **Teoria do autocuidado na assistência às mulheres que vivem com AIDS: utilidade da teoria**

Teoría del autocuidado en la asistencia a las mujeres que viven con sida: utilidad de la teoría

Theory of self-care assistance in a women living with AIDS: utility of the theory

Emeline Moura Lopes, Julyana Gomes Freitas, Marli Teresinha Gimenez Galvão, Marcos Venícius de Oliveira Lopes

### 251 **Diagnósticos e prescrições de enfermagem para idosos em situação hospitalar**

Diagnósticos y prescripciones de enfermería para ancianos en situación de hospitalización

Nursing diagnosis and prescriptions for hospitalized elderly

Luana Nogueira Lira, Silvana Sidney Costa Santos, Danielle Adriane Silveira Vidal, Daiane Porto Gautério, Daiane Porto Gautério, Diéssica Roggia Piexak

### 261 **Revisión de la utilidad y fiabilidad de la Confusion Assessment Method en atención especializada y primaria, 2013**

Revisão da utilidade e confiabilidade da Confusion Assessment Method em atendimento especializado e primário, 2013

Review of utility and reliability of Confusion Assessment Method in primary and specialty care, 2013

Carmen Carrera Castro, Francisco Javier Romero Moreno, Andalucía González Pérez

### 271 **Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto**

Experiências de mulheres durante o trabalho de parto e parto

Experiences of women during labor and deliver

Dora Isabel Giraldo Montoya, Elvira Margarita González Mazuelo, Claudia Patricia Henao López

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

282 **Repercussões maternas e fetais da analgesia obstétrica: uma revisão integrativa**

Repercusiones maternas y fetales de la analgesia obstétrica: una revisión integrativa

Effects of fetal and maternal obstetrical analgesia: an integrative review

Hudson Rodrigo Macendo Amaral, Edson Diniz Sarmiento Filho, Diana Matos Silva, Thiago Luis de Andrade Barbosa, Ludmila Mourão Xavier Gomes

DOCUMENTO DE REFLEXIÓN  
NO DERIVADO DE INVESTIGACIÓN

295 **Enfermería en América Latina: una mirada al horizonte**

Enfermagem na América Latina: um olhar para o horizonte

Nursing in Latin America: a look at the horizon

Débora Milena Álvarez Yañez

306 **Palabras de agradecimiento al recibir el título de *Honoris Causa* en Enfermería**

María Mercedes Durán de Villalobos

308 **Política editorial**

Política editorial

Editorial policy

# Enfermería Genética y Genómica: una trilogía actual y del futuro

• María Consuelo del Pilar Amaya-Rey<sup>1</sup> •

• 1 • PhD, MSc, FNP. Profesora Titular, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. E-mail: mcamayad@unal.edu.co

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.52931>

La Genética y Genómica (GG), como área de investigación, se identifica como un cuerpo de conocimiento emergente a lo largo y ancho del mundo, dado que presenta un crecimiento exponencial en la literatura científica al alcanzar un incremento del 70% después del año 2006. Es, por tanto, un acontecimiento prioritario en las agendas de la enfermería y otras disciplinas de la salud. Se ha dicho en la última década que la Genética y Genómica es una experiencia nueva para los clínicos y para los académicos, que arrastra la integración de aspectos bioclínicos, moleculares y de probabilidades para portadores y casos.

Hoy se conocen más de 4 000 diagnósticos clínicos relacionados con el componente genético y se han detallado cerca de 1 600 desórdenes con etiología genética y geonómica. Por ejemplo: cáncer, trastornos cerebrovasculares, procesos crónicos respiratorios, enfermedades cardiovasculares y metabólicas, irregularidades de la conducta, deficiencias renales, gastrointestinales y pancreáticas, toxicidad medicamentosa, riesgos y condiciones maternas y del perinato.

Existen países que reconocen otras patologías relacionadas con la Genética y Genómica, como lupus, hepatitis C, trastornos del sueño, autismo, depresión, trastornos bipolares, esquizofrenia y alcoholismo. La oncología es una de las subes-

pecialidades que tiene una importante experiencia en la revolución genética y genómica. La diversidad de contenidos del área temática de la GG presenta alternativas que se complementan e integran como rutas de trabajo y alternativas tendientes a la preparación, el desarrollo del talento humano, la práctica clínica y la investigación.

Hoy en día, la preparación del recurso humano en la enfermería y otras disciplinas relacionadas con la GG se sustenta en primera instancia en la formación requerida por este recurso según roles y niveles, mediante educación —formal e informal— y actualización permanente en busca del desarrollo de las competencias que se han establecido a nivel internacional en área de la Genética y la Genómica.

Los países que han avanzado en la formación en GG del recurso humano en enfermería —38 programas de posgrado a nivel mundial— recomiendan primero conocer y comprender la disciplina para posteriormente diseñar y aplicar el nuevo conocimiento. La educación abierta se realiza mediante conferencias, foros y conversatorios de estudio nacionales e internacionales basados en la evidencia. El fin es alcanzar todos los niveles de entrega de servicios de salud con elementos de semiología básica, desde la Academia hasta los proveedores,

entendiendo los métodos biológicos y moleculares para ser interpretados en términos de cuidado para los individuos, las familias y los grupos.

La verificación del aprendizaje y del grado de preparación en GG exige la formación en las competencias cognitivas y clínicas para crear indicadores que evalúen las competencias básicas, interactivas e investigativas. Esto contribuye a buscar estrategias de integración en programas académicos y de alta calidad para futuras acreditaciones. Desde la clínica se exige reconocer cómo los elementos conceptuales medulares de la GG son congruentes con los paradigmas de la disciplina de enfermería: salud, seres humanos y ambiente, debido a que ambas áreas se involucran con individuos, familias y grupos. El ambiente para la enfermería son las personas significativas al individuo, los espacios físicos y los diferentes ámbitos como el hogar, las instituciones y la sociedad.

Para la GG y la enfermería, el término *salud* se refiere a procesos humanos que hacen posible vivir y desarrollarse. La enfermería como cuidado implica las acciones planeadas, ejecutadas y evaluadas basadas en el conocimiento construido por la propia disciplina y otras afines, como la GG. Por otra parte, en la clínica en GG y enfermería se hace indispensable el seguimiento de los efectos de la formación genética y genómica en innovaciones de la práctica y el cuidado de los individuos/familias en riesgo, junto con la ampliación de coberturas desde lo individual hacia lo familiar. Es preciso involucrar la interpretación de la genética y genómica, a partir del uso del laboratorio y los aportes para el cuidado, con el fin de establecer los indicadores de resultados que guíen el cuidado de la enfermería.

En investigación, los estudios en GG buscan mejorar la calidad del cuidado para el paciente y la familia. El compromiso es crear y estudiar la evidencia, pero hoy la investigación en GG y enfermería apenas está en la fase de formación: es incipiente. El objetivo es comprender los medios, los métodos moleculares, las mediciones y las interpretaciones para fundamentar la práctica en la diversidad de fenómenos de GG propios de la enfermería.

Entre las recomendaciones de los investigadores en el área, se ha insistido en diseñar estudios que liguen los elementos de ciencias básicas y clínicas a la investigación en GG, así como desarrollar

estudios multinivel, multicéntricos y por temáticas definidas conforme a las prioridades y necesidades regionales. Por último, se hace también necesario el estudio de temáticas transversales que se relacionen con el impacto de la enfermería en GG, el costo y la efectividad del cuidado de enfermería y los resultados de GG en la práctica para promoción, prevención y rehabilitación.

Las dificultades, necesidades y alternativas de la GG como área temática de la enfermería en investigación, docencia y práctica han sido identificadas por enfermeras de EE.UU., Reino Unido, Suráfrica, Australia, Japón, Nueva Zelandia, Brasil y América Latina. La enfermería genética y genómica exige avances en tecnologías, asuntos bio-comportamentales, trabajo de apoyo, seguimiento y consejería, tanto para los individuos como para la familia, en la relación entre los laboratorios y los servicios de salud, así como en el desarrollo de soluciones informáticas. En suma, hay que reconocer la GG como un amplio territorio para crear y estudiar las fuentes de donde indagar. La tarea consiste en construir trayectorias, estrategias y procesos de todos los organismos implicados: los pacientes, las familias, las asociaciones científicas y las redes para atender esta área del conocimiento.

## Referencias

- (1) Munro CL. Individual genetic and genomic variation: a new opportunity for personalized nursing interventions. *J Adv Nurs*. 2015 Jan;71(1):35-41.
- (2) Kirk M, Marshallsay M. Providing nursing care and support to individuals and families with genetic/genomic health-care needs. *Nurs Stand*. 2013 Dec;28(16-18):39-46.
- (3) Coleman B, Calzone KA, Jenkins J, Paniagua C, Rivera R, Hong OS *et al*. Multi-ethnic minority nurses' knowledge and practice of genetics and genomics. *J Nurs Scholarsh*. 2014 Jul;46(4):235-244.
- (4) Tonkin E, Skirton H. The role of genetic/genomic factors in health, illness and care provision. *Nurs Stand*. 2013 Nov;28(12):39-46.



# El video como soporte social a cuidadores de personas con enfermedad crónica, Girardot 2010

O vídeo como apoio social para cuidadores de pessoas com doenças crônicas, Girardot 2010

The video as social support for caregivers of people with chronic disease, Girardot 2010

---

• María Victoria Rojas Martínez<sup>1</sup> • Sandra Liliana Cardozo Silva<sup>2</sup> •

---

•1• Magíster en Enfermería. Docente, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Cundinamarca. Girardot. Colombia. E-mail: vicky.rojas.mv@gmail.com

•2• Magíster en Enfermería. Docente, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Cundinamarca. Girardot. Colombia.

---

Recibido: 16/11/2011 Aprobado: 15/06/2015

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.49784>



## Resumen

**Objetivo:** Describir la efectividad de la tecnología del video como soporte social en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en la ciudad de Girardot.

**Metodología:** El diseño metodológico utilizado fue de tipo evaluativo y el grupo muestra estuvo conformado por 50 cuidadores familiares.

**Resultados:** Los principales resultados revelan una alta satisfacción con el uso del video en la mayoría de cuidadores familiares. Se realizaron dos preguntas abiertas adicionales cuyas respuestas confirman los datos arrojados por el instrumento. Estas respuestas mostraron también que hay una diferencia con respecto al apoyo recibido habitualmente en cuanto a la claridad y profundidad de las temáticas impartidas.

**Descriptor:** Apoyo Social; Cuidadores Familiares; Desarrollo Tecnológico (fuente: DECS BIREME).

## Resumo

**Objetivo:** Demonstrar a eficácia da tecnologia de vídeo como apoio social, para os cuidadores familiares de pessoas com doenças crônicas na cidade de Girardot.

**Metodologia:** O desenho metodológico foi avaliativo e a amostra foi constituída por 50 cuidadores.

**Resultados:** Os principais resultados mostram alto grau de satisfação com o uso de vídeo na maioria dos cuidadores familiares. Duas perguntas adicionais abertas cujas respostas confirmam os dados produzidos pelo instrumento foram realizadas. Estas respostas também mostraram que há uma diferença no que diz respeito ao apoio recebido regularmente sobre a clareza e profundidade dos tópicos dados.

**Descritores:** Apoio Social; Cuidadores Familiares; Desenvolvimento Tecnológico (fonte: DECS BIREME).

## Abstract

**Objective:** To describe the effectiveness of using video technology as a social support for family caregivers of people with chronic illness in the city of Girardot.

**Methodology:** The research design was evaluative. The sample group consisted of 50 family caregivers.

**Results:** The main results show that most family caregivers are highly satisfied with the use of video. We enquired two additional open questions, whose answers confirm the data we found with the instrument. These answers also showed that there is a difference in the clearness and depth of the subjects taught with respect to the support usually received.

**Descriptors:** Social Support; Family Caregivers; Technological Development (source: DECS BIREME).

## Introducción

El municipio de Girardot se encuentra ubicado en el Departamento de Cundinamarca y cuenta con una población de 100 287 habitantes, de los cuales 47,2% son hombres y 52,8% mujeres. Aproximadamente 63 000 personas se encuentran entre los 19 y 85 años. El 5,5% de la población presenta alguna limitación permanente, y de ésta el 60% comienza a padecer su enfermedad o limitación hacia los 40 años (1). Esta conjunción de edad y limitación obligan a pensar en la necesidad de cuidado que estas personas demandan y los cuidadores que apoyan estas personas.

En Colombia, como en Girardot, es frecuente encontrar el tipo de familia extensa, en donde el cuidador generalmente es parte del núcleo familiar (2), convirtiéndose en un apoyo social para el cuidado. Infortunadamente, en el municipio no existen políticas públicas que apoyen esta labor.

El apoyo social ha sido definido bajo diferentes perspectivas. Caplan determina que en el apoyo social es necesario ayudar al individuo a movilizar recursos psicológicos, ayudarlo en el dominio de las cargas emocionales y compartir las tareas de dicho individuo (3). Nuestro referente teórico para el estudio, Hilbert GA, se basa en la revisión de Barrera y Ainlay (1983), que define el apoyo como la diversidad de comportamientos naturales de ayuda a los individuos y son receptores en interacciones sociales: la ayuda tangible —ayuda material—, la interacción íntima, la orientación, la retroalimentación y la integración social positiva.

Por lo tanto, el apoyo social es una constante en la vida de los seres humanos y el cuidador de la persona con enfermedad crónica necesita a su vez de apoyo para afrontar las diferentes situaciones adversas que conlleva esta labor, como es la sobrecarga, la baja autoestima y las limitaciones en la vida social (4). En este sentido, el apoyo social para los cuidadores familiares es indispensable para que ellos puedan lograr el cuidado de sí mismo y del otro, ya sea a través de estrategias de información, educación y comunicación que tengan un verdadero impacto en su bienestar y le permitan desarrollar habilidades y adoptar

comportamientos adecuados. El uso de las herramientas tecnológicas puede ser un recurso apropiado para el apoyo social (5, 6).

En la actualidad, la tecnología como ayuda indirecta para cuidadores familiares está siendo utilizada por diferentes países. Es así como en Chile existen programas con apoyo telefónico y en línea para los pacientes y los cuidadores, no sólo para la atención diaria del cuidado, sino también para mejorar la práctica de automanejo (7). Por su parte, Colombia ha incursionado en el manejo de la tecnología como soporte en el apoyo social para el cuidador y la persona enferma crónica. El Grupo de Cuidado de Enfermería al Paciente Crónico de la Universidad Nacional de Colombia, con los diferentes nodos de investigación en el país y la red de cuidadores en América Latina, profundizaron en el manejo de la tecnología en el soporte dado a los cuidadores familiares. De ello se derivó esta experiencia investigativa desarrollada en el municipio de Girardot, en donde se evaluó el apoyo social con el video como estrategia tecnológica.

El estudio contempló aspectos éticos como la aplicación del consentimiento informado, el manejo confidencial de la información. Así mismo, obtuvo el aval de la Universidad de Cundinamarca para su realización.

### Objetivo general

Determinar la efectividad del soporte social a través de la tecnología del video en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en la ciudad de Girardot.

### Metodología

El diseño metodológico fue de tipo evaluativo, con tres etapas para su desarrollo: planeación de la tecnología a utilizar, implementación del programa y consolidación de resultados para la medición final. La muestra estuvo constituida por 50 cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: ser mayor de edad y contar con televisor-DVD o con alguna persona cercana que pudiera proveérselo.

En la planeación se seleccionó el video como estrategia tecnológica, con temáticas que los docentes investigadores junto con los cuidadores familiares detectaron como necesidades sentidas en la experiencia diaria. Estas temáticas fueron: reconocerse como cuidador; prevención y manejo del estrés; y cómo trasladar al familiar enfermo de una manera segura. El video educativo es un recurso ideal de apoyo social indirecto dado su bajo costo, reproductibilidad y autoaprendizaje.

El video facilita la construcción de un conocimiento combinando el potencial comunicativo de las imágenes, los sonidos y las palabras para transmitir una serie de experiencias que estimulen los sentidos (8). Además, promueve la motivación en los cuidadores y el desarrollo del autocuidado, partiendo de escenas reales y modelos que sean ejemplo del rol de cuidador. Se descartó el uso de otras tecnologías como PC o Internet por la falta de disponibilidad en la población de Girardot.

### **Procedimiento**

La captación y convocatoria de cuidadores se realizó por intermedio de los líderes de los grupos del adulto mayor, casas parroquiales y cuidadores de los pacientes que pertenecen al programa de *Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en las personas hipertensas y diabéticas* de la Universidad de Cundinamarca.

En la aplicación de la tecnología seleccionada se realizaron dos estrategias: la primera convocó al grupo de cuidadores para que sintonizaran el canal de televisión local DWTV; la segunda reunió a los cuidadores para la proyección de los videos en las instalaciones de la universidad.

Se socializó en tres oportunidades con el grupo, escuchando la experiencia y opiniones de cada uno de los participantes y realizándose retroalimentación, para lo cual se entregaron folletos relacionados con las temáticas de apoyo social tratadas. De igual manera, se caracterizaron a los cuidadores familiares con el formato diseñado por el grupo de cuidado al paciente crónico de la Universidad Nacional de Colombia (9).

### **Instrumento utilizado**

El instrumento *Soporte social en enfermedad crónica*, elaborado por Hilbert GA, está conformado por cinco categorías, a saber:

1. *Interacciones personales*. Consejería tradicional no directiva, tal como escuchar y mostrar estimación, cuidado por el otro y comprensión.
2. *Guía*. Incluye ofrecimiento de consejo, información o instrucción.
3. *Retroalimentación*. Define cómo brindarles orientación a los individuos sobre su comportamiento, pensamientos o sentimientos.
4. *Interacción social*. Involucrarse en interacciones sociales por diversión y relajación.
5. *Ayuda tangible*. Brindar materiales tangibles en forma de dinero y otros objetos físicos.

Los elementos se valoraron en una escala de Likert de 6 puntos, que va desde *insatisfecho*, 1, hasta *muy satisfecho*, 6.

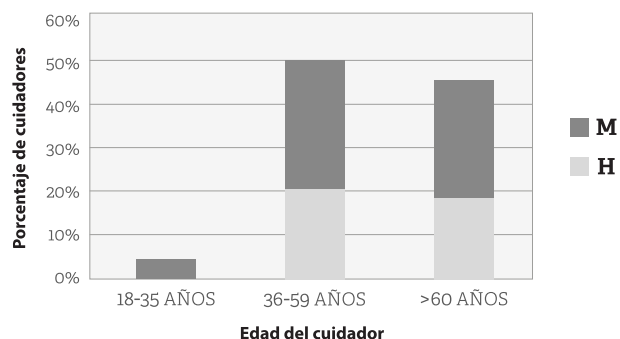
En la validez de contenido se determinaron 28 elementos de apoyo general y 9 elementos de apoyo específico en enfermedades crónicas, con un grado de validez y confiabilidad de 0,9. La consistencia presentó un alfa de Cronbach de 0,69 en todas las dimensiones.

## **Resultados**

### **Caracterización de los cuidadores familiares**

El grupo de cuidadores estudiado estuvo conformado en su mayoría por mujeres y más del 90% eran mayores de 36 años (ver Figura 1). Sin embargo, se reconoció una amplia representación de cuidadores hombres y los cuidadores mayores de 60 se encontraban en una proporción similar entre 39 y 59 años.

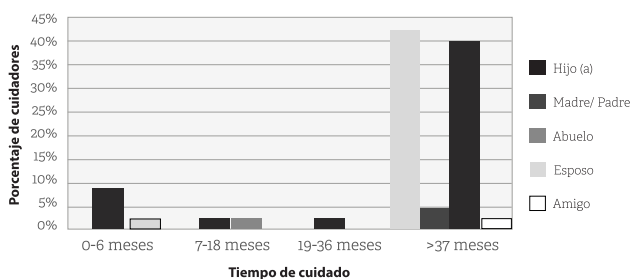
**Figura 1.** Relación edad-género del cuidador



**Fuente:** Datos de la investigación (Girardot 2010).

Las relaciones más frecuentes entre el cuidador y la persona cuidada son esposo/esposa, seguido por hijo/hija, con un vínculo de cuidado superior a 37 meses en la mayoría de los casos (ver Figura 2).

**Figura 2.** Relación tiempo de cuidado-persona cuidada



**Fuente:** Datos de la investigación (Girardot 2010).

El 62,5% eran únicos cuidadores, en contraste con el 37,5%, que manifestaron compartir el cuidado de su familiar con otra persona. El tiempo que dedicaban al cuidado estaba en mayor porcentaje en menos de 6 horas. No obstante, un alto porcentaje (35%) percibió que dedicaba las 24 horas del día al cuidado de su familiar.

El 80% de los cuidadores manifestó que su principal apoyo era la familia, datos que reafirman que la unidad básica del hombre en relación al apoyo es la familia.

## Resultados del instrumento de soporte social en enfermedad crónica

Para cada una de las dimensiones, el mayor porcentaje se obtuvo entre los puntajes 6, *muy satisfecho* y 5, *satisfecho*.

En la categoría de *interacción personal* (ver Tabla 1) los cuidadores percibieron afecto físico, aceptación, cercanía y preocupación por parte del grupo de enfermeras. Para este logro, se requirió de un mayor contacto con el cuidador enfatizando su individualidad. Casi la totalidad de los cuidadores se manifestaron *muy satisfechos* y *satisfechos*. Solamente en el ítem 9 el 30% no respondió, debido posiblemente a que la pregunta no tenía claridad suficiente o la intervención no suplió ese acercamiento cuando la persona se había sentido mal.

**Tabla 1.** Distribución porcentual de la categoría de *interacciones personales*

Ítem	Pregunta	Porcentaje por puntaje (%)						
		6	5	4	3	2	1	0
1	Me ha dicho que tal como soy, estoy bien.	75	25	-	-	-	-	-
2	Me ha confortado mostrándome algún afecto físico.	80	20	-	-	-	-	-
3	Me ha dejado saber que puedo contar con él o ella si necesito ayuda.	82,5	17,5	-	-	-	-	-
4	Me ha expresado interés y preocupación por mi bienestar.	82,5	17,5	-	-	-	-	-
5	Me ha dicho que se siente muy cercano a mí.	67,5	27,5	2,5	-	-	-	2,5
6	Ha estado dispuesto(a) a escuchar cuando he querido hablar.	87,5	12,5	-	-	-	-	-
7	Ha disfrutado escuchando sobre lo que yo pienso.	77,5	20	-	-	-	-	2,5
8	Me ha consolado cuando he estado indispuesto.	67,5	32,5	-	-	-	-	-
9	Me ha permitido llegar a él o ella cuando he estado sintiéndome mal.	52,5	17,5	-	-	-	-	30
10	Me ha aceptado totalmente, incluyendo mis peores y mejores partes.	82,5	15	2,5	-	-	-	-

**Fuente:** Instrumento *Soporte social en enfermedad crónica*, Hilbert GA (Girardot 2010).

En la categoría de *guía* se retomó la función de alabanza, apreciativa y valorativa (ver Tabla 2). La mayoría de los cuidadores manifestaron estar *muy satisfechos* respecto a la información y recomendaciones. Considerando los ítems 31 y 34, se destacó la comprensión de la enfermedad y las recomendaciones, logradas después de ver el video y recibir la socialización. Sólo el 65% expresaron estar *muy satisfechos* en el ítem que responde a “Me ha dicho que hay que esperar en una situación que estaba por pasar”.

**Tabla 2.** Distribución porcentual de la categoría *guía*

Ítem	Pregunta	Porcentaje por puntaje (%)						
		6	5	4	3	2	1	0
11	Me ha dejado claro qué se espera de mí.	82,5	10	2,5	—	—	—	5
12	Me ha dado alguna información de cómo debo hacer alguna cosa.	80	20	—	—	—	—	—
13	Me ha proporcionado alguna información para ayudarme a entender la situación en la que me encontraba.	82,5	17,5	—	—	—	—	—
14	Me ha dicho cómo buscar asistencia.	75	25	—	—	—	—	—
15	Me ha dicho qué esperar en una situación que estaba a punto de pasar.	65	35	—	—	—	—	—
16	Me ha enseñado cómo hacer algo.	80	20	—	—	—	—	—
17	Me ha hablado sobre un problema para ayudar a resolverlo.	67,5	30	2,5	—	—	—	—
30	Comparte información conmigo sobre las recomendaciones que ha hecho el equipo de salud.	82,5	17,5	—	—	—	—	—
31	Me ha ayudado a entender la enfermedad.	90	10	—	—	—	—	—
32	Me ha dicho a quién debo buscar para que me asista cuando tengo problemas con las recomendaciones del equipo de salud.	82,5	12,5	—	—	—	—	—
33	Me ha dicho qué tan útiles son las recomendaciones del equipo de salud, para prevenir complicaciones.	80	15	—	—	—	—	5
34	Me ha enseñado cómo llevar a cabo las recomendaciones dadas por el equipo de salud.	95	5	—	—	—	—	—
35	Ha hablado conmigo acerca de los problemas que he estado teniendo con las recomendaciones del equipo de salud.	87,5	12,5	—	—	—	—	—

**Fuente:** Instrumento *Soporte social en enfermedad crónica*, Hilbert GA (Girardot 2010).

Para la categoría *interacción social* (ver Tabla 3), se observó que el mayor porcentaje se dio en el ítem “Hemos hecho juntos algunas actividades para distraerme”. En el ítem 26 se ve una alta satisfacción en relación con los intereses personales, ratificando la percepción de apoyo social de los videos y la socialización.

**Tabla 3.** Distribución porcentual por ítem de la categoría *interacción social*

Ítem	Pregunta	Porcentaje por puntaje (%)						
		6	5	4	3	2	1	0
25	Hemos hechos juntos algunas actividades para distraerme.	92,5	7,5	—	—	—	—	—
26	Me ha hablado de algunos intereses míos.	82,5	17,5	—	—	—	—	—
27	Ha bromeado o molestado para subirme el ánimo.	80	20	—	—	—	—	—
28	Ha compartido conmigo un interés.	77,5	20	—	—	—	—	2,5
29	He podido contar con él o ella para distraerme de mis preocupaciones.	80	20	—	—	—	—	—

**Fuente:** Instrumento *Soporte social en enfermedad crónica*, Hilbert GA (Girardot 2010).

En la categoría de *retroalimentación* (ver Tabla 4), todos los cuidadores se manifestaron con una transición de *satisfecho* a *muy satisfecho*, evidenciando la recepción del apoyo social dado y reflejado en los cuidadores de acuerdo a la búsqueda de solución de problemas que se puede encontrar en el cumplimiento del rol.

**Tabla 4.** Distribución porcentual por ítem de la categoría *retroalimentación*

Ítem	Pregunta	Porcentaje por puntaje (%)						
		6	5	4	3	2	1	0
18	Ha chequeado conmigo si he seguido el consejo que me fue dado.	75	25	—	—	—	—	—
19	Me ha ayudado a entender por qué no hago algo bien.	75	25	—	—	—	—	—
20	Me ha retroalimentado acerca de cómo estoy haciendo las cosas sin decirme si están bien o no.	82,5	17,5	—	—	—	—	—
37	Ha chequeado si he seguido las recomendaciones que considero importantes.	85	15	—	—	—	—	—
38	Ha hecho comentarios favorables cuando nota que estoy llevando a cabo las recomendaciones del equipo de salud.	85	15	—	—	—	—	—

**Fuente:** Instrumento *Soporte social en enfermedad crónica*, Hilbert GA (Girardot 2010).

## **Análisis de preguntas abiertas del instrumento**

En el grupo de cuidadores, se encontró dificultad en la comprensión de la finalidad de cada una de las preguntas, por lo que se brindó una mayor instrucción para cada una de ellas. Aun así, no se obtuvieron respuestas con un contenido amplio que llegaran a una claridad conceptual como la descrita en la aplicación de la estrategia metodológica. En el análisis realizado a las preguntas abiertas, se establecieron las siguientes dimensiones:

### **a. Pregunta 1: *Describa cómo se sintió con el uso de los videos***

El 50% de los cuidadores expresaron satisfacción con el uso del video, por ser innovador para ellos, respecto a las orientaciones antes recibidas. Los videos motivaron a los cuidadores a continuar asistiendo a los talleres de socialización y retroalimentación, constituyendo un valor agregado para el fortalecimiento del cuidado de sí mismo y de su familiar.

El otro 50% de los cuidadores consideró que el uso de los videos proporcionó un mayor entendimiento y aprendizaje de las temáticas proyectadas, reflejando situaciones vividas y la manera de afrontarlas.

### **b. Pregunta 2: *Diferencia que encontró entre el apoyo dado por los videos y el proporcionado hasta ahora***

El 75% de los cuidadores manifestó que la diferencia del apoyo anteriormente recibido en comparación con el suministrado con el video radicó en una apreciación de mayor claridad de las temáticas expuestas al ofrecer la posibilidad de registrar con imágenes y audio las diferentes situaciones reales objeto de aprendizaje. El restante 25% refirió que a través del video se visualizó una mayor profundidad para la aplicación de los contenidos.

Estos resultados reflejan que la tecnología del video contribuye a una mejor claridad y comprensión en las temáticas identificadas como necesidades en los cuidadores.

## **Discusión**

De acuerdo a la caracterización de los cuidadores familiares, los resultados coinciden con estudios realizados en Colombia y América Latina, donde la mayoría de los cuidadores son mujeres y están al frente del cuidado de su familiar más de 37 meses, el nivel de escolaridad está entre primaria y bachillerato y cuentan con una red de apoyo familiar (9-13). Este estudio muestra que una parte importante de cuidadores son esposos/as y tienen más de 60 años, además de no dedicar más de 6 horas diarias al cuidado.

Con relación a estos resultados, cabe resaltar que el rol de cuidador aunado al género y edad conllevan a la presencia de problemas de salud, dificultando el cuidado de su familiar enfermo crónico. Zavala (14) determina que las mujeres presentan un mayor deterioro de salud a consecuencia de las enfermedades degenerativas asociadas a la edad. Respecto al video como herramienta tecnológica para el apoyo social, fue relevante para la trasmisión de los conocimientos y reflexión de las experiencias de cuidado.

En Colombia, el profesional de enfermería está incursionando en la articulación de la tecnología con el apoyo social, lo que ha permitido liderar procesos de cuidado con grupos vulnerables, como son los cuidadores de las personas con enfermedad crónica (15, 16). Para la elección de la herramienta tecnológica, se hace necesario determinar las características sociales, económicas y culturales de la población, que garanticen el uso, la acogida y la efectividad del soporte ofrecido.

Los cuidadores al enfrentarse a la tecnología como apoyo informativo y educativo generan una mayor expectativa en el cuidado de su familiar y de sí mismos. Es así que el video, por ser una tecnología de fácil acceso en el hogar, permite al cuidador identificarse con situaciones cotidianas en el ejercicio de su rol. Para la enfermería, utilizar la tecnología como herramienta de apoyo social fomenta y exige del profesional el desarrollo de la capacidad de imaginación y creatividad, haciendo el cuidado más dinámico e interactivo con el grupo de cuidadores.

Como resultado general de la aplicación del instrumento de soporte social, se observó que la mayoría de los cuidadores se encuentran dentro de la escala *muy satisfecha y satisfecha* para

cada una las categorías. Estudios realizados en Colombia (17) y en Guatemala (18) concluyen que la tecnología del video produce un efecto positivo en el apoyo social para cuidadores. Es deseable la combinación con otros medios como la radio, la *web* y otras que estén al alcance de los usuarios.

La *guía* fue una de las categorías con mejores puntajes en algunos de los ítems, porque en nuestra labor diaria como enfermeras el consejo, el ofrecimiento y la instrucción es una impronta de nuestro quehacer. Con el video de afrontamiento en las situaciones estresantes, se instruye al cuidador familiar en aspectos que se presentan en la cotidianeidad.

De acuerdo con Herrera *et al.* (19), estar sometido a situaciones estresantes puede dar como resultado que el cuidador experimente problemas emocionales, por lo que el aprendizaje de técnicas de afrontamiento puede ser relevante para los cuidadores. El estudio realizado por Flores *et al.* (20) reporta que la escala de guía fue la mejor evaluada. Para los cuidadores, el apoyo social es quizá la variable moduladora más importante como fuente de ayuda en el momento de hacer frente a las situaciones que les son propias.

En la categoría *interacción personal* fue pertinente el video del reconocimiento como cuidador, en el cual el cuidador se reconoce como un ser humano con una labor muy valiosa, dando la posibilidad de aflorar sentimientos y pensamientos que hasta el momento no había podido manifestar. En concordancia con Vega (21), el reconocimiento de la labor que realizan los cuidadores familiares es una fuente de satisfacción de fortaleza y estabilidad, que les da seguridad y control, teniendo un papel central en el manejo del estrés. Así mismo, Rangel *et al.* (22) confirman que la capacitación ayuda a la comprensión que se obtiene sobre el papel de cuidador y la modificación de actitudes.

La categoría *interacción social* contempla aspectos como la diversión y relajación del cuidador dentro de su rol, para lo cual es importante considerar actividades lúdicas y de distracción que apoyen la labor del cuidador. Espinosa y Jofre (23) señalan que la sobrecarga del cuidador involucra el aislamiento social, la sobrecarga de actividades tanto en casa como fuera de ella y la alteración del comportamiento de los familiares que reciben cuidados. Es por esto que se procuró realizar inmediatamente

después de las proyecciones de los videos dinámicas grupales de relajación y entretenimiento, notándose en los cuidadores complacencia al compartir con el grupo y lograr momentos diferentes a los cotidianos.

De esta manera, los grupos de apoyo fortalecen y crean lazos afectivos y de ayuda compartida para la resolución de situaciones que alteren su estado anímico y por consiguiente su desempeño en el cuidado de su familiar enfermo y el cuidado de sí mismo. Cuanto mayor es la edad, mayor es la vulnerabilidad al estrés psicológico, como consecuencia de la pérdida de las relaciones sociales (24).

En la categoría *retroalimentación* es de resaltar un alto grado de *satisfacción* de los cuidadores familiares con referencia al acompañamiento que se realizó frente al proceso de entender y cumplir con las recomendaciones, corregir debilidades, exaltar aciertos y motivar el cumplimiento del rol de cuidador. Los grupos de apoyo pueden ser particularmente útiles debido a las lagunas que puedan llenar las necesidades de apoyo de los pacientes y la similitud de la experiencia dentro del grupo (25).

El video de cómo trasladar al familiar enfermo apoyó el quehacer diario del cuidador. Este ejercicio, aparte de elaborarse con aparatos tecnológicos, se realizó de manera práctica, para lo cual requirió de un acompañamiento directo. Por lo tanto, la retroalimentación puede contribuir a la disminución de sobrecarga física dada por la labor diaria con el familiar enfermo.

## Conclusiones

En relación con la caracterización de los cuidadores, el género femenino se encontró en alto porcentaje (62,5%), con edad mayor de 60 años y un grado de escolaridad entre primaria incompleta y bachillerato completo. La relación de parentesco que predominó fue la de esposo/esposa y el tiempo de cuidado fue mayor de 36 meses.

La red de apoyo social principal en los cuidadores fue la familia, en la cual los esposos e hijos fueron los que compartieron primordialmente la tarea de cuidado. Sin embargo, el 62,5% se percibió como cuidador único.



La utilización del video como tecnología de apoyo social se constituye en una herramienta valiosa. No obstante, requiere de una retroalimentación directa para verificar la apropiación de los contenidos y la adquisición de habilidades de autocuidado en el cuidador.

El video fue percibido por los cuidadores como una herramienta de apoyo de mayor valor frente a las tradicionales formas de orientación, porque les permitió mediante imágenes y audio identificarse con las vivencias diarias y les brindó una oportunidad de tener el control en el ritmo de aprendizaje.

En el grupo de cuidadores familiares, las diferentes categorías de soporte social reportaron un alto grado de satisfacción. Aun así, se pudo percibir un cierto grado de subjetividad en las respuestas de preguntas que apreciaron como muy similares y algunas que requirieron aclaración en el momento de ser contestadas.

La categoría *guía* fue la que reportó mayor grado de satisfacción. Se podría pensar que para los usuarios el consejo, la instrucción y la información de situaciones, procedimientos y métodos que apoyen la labor de cuidado refleja mayor significancia para su labor diaria.

La escasez de estudios que evalúen la tecnología del video en el soporte social no permitió realizar un análisis comparativo de los resultados arrojados en la investigación.

## Referencias

- (1) Alcaldía Municipal Girardot. Plan de Desarrollo Municipal 2008-2012 "Progreso con equidad social" [guía en Internet]. Girardot: Alcaldía Municipal Girardot; 2008 [acceso: 15 sep 2011]. Disponible en: <http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/pd%20-%20plan%20de%20desarrollo%20-%20girardot%20-%20cundinamarca%20-%202008%20-%202011.pdf>
- (2) Ardila A, Cifuentes P, Huérfano A, Pulido M. Soporte social y uso de TIC enfocado a enfermos crónicos y cuidadores: revisión bibliográfica. *ENGI*. 2013 jun;2(1):38-44.
- (3) Hilbert GA. Social support in chronic illness. In: Strickland O, Walltz C, Wheeler K, editors. *Measurement of nursing outcomes: measuring client self-care and coping skills*. New York: Springer; 1990. pp. 79-95.
- (4) Espín AM. "Escuela de Cuidadores" como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Rev Cubana Salud Pública*. 2009;35(2):1-14.
- (5) Romero SL, Villamizar B, Rueda LJ. Apoyo telefónico: una estrategia de intervención para cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2011 ago;43(2):191-201.
- (6) Ramírez MM, Ramírez AC, Vergel LJ, Santafé LF. Línea de atención para el cuidador principal de pacientes oncológicos con soporte social. *Rev Cienc Cuid*. 2012 jul;9(1):34-42.
- (7) Lange I, Campos S, Urrutia M, Bustamante C, Alcayaga C, Tellez A *et al*. Efecto de un modelo de apoyo telefónico en el auto-manejo y control metabólico de la Diabetes tipo 2, en un Centro de Atención Primaria, Santiago, Chile. *Rev Méd Chile* [revista en Internet]. 2010 jun [acceso: 21 feb 2015];138(6):729-737. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n6/art10.pdf>
- (8) Infantes CG. El vídeo como recurso didáctico. *Aula del Pedagogo* [revista en Internet]. 2011 mar [acceso: 20 feb 2015];5:39-43. Disponible en: <http://www.auladelpedagogo.com/wp-content/pdf/05.pdf>
- (9) Barrera LO, Pinto NA, Sánchez BH, Carrillo GM, Chaparro OL. *Cuidando a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica*. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2010.
- (10) Montalvo AA, Navarro YB, Cavadía CP, Medina ER, Méndez KS, Padilla CL *et al*. Habilidad de cuidado de cuidadores familiares principales de pacientes con ACV, Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte* [revista en Internet]. 2010 [acceso: 20 feb 2015];26(2):212-222. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/200/1175>

- (11) Díaz-Álvarez JC, Rojas-Martínez MV. Cuidando al cuidador: efectos de un programa educativo. *Aquichán*. 2009;9(1):73-92.
- (12) Montalvo AP, Flórez IE. Características de los cuidadores de personas en situación de cronicidad. Cartagena (Colombia): un estudio comparativo. *Salud Uninorte* [revista en Internet]. 2008 dic [acceso: 08 feb 2013];24(2):181-190. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-55522008000200004&lng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522008000200004&lng=es)
- (13) Velásquez VF, López AL, López H, Cataño N, Muñoz ET. Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. *Rev Salud Pública*. 2011 ago;13(4):610-619.
- (14) Zavala-Rodríguez MR, Ríos-Guerra MC, García-Madrid G, Rodríguez-Hernández CP. Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. *Aquichán*. 2009;9(3):257-270.
- (15) Cárdenas-Corredor DC, Melenge-Díaz BD, Pinilla J, Carrillo-González GM, Chaparro-Díaz OL. Soporte social con el uso de las TIC para cuidadores de personas con enfermedad crónica: un estado del arte. *Aquichán*. 2010 dic;10(3):204-213.
- (16) Carrillo GM, Chaparro OL, Barrera LM, Pinto NA, Sánchez BH. El *blog* como herramienta de soporte social para personas con enfermedad crónica. *Cienc Enferm*. 2011;17(3):137-149.
- (17) Barrera-Ortiz LM, Carrillo-González GM, Chaparro-Díaz OL, Pinto-Afanador N, Sánchez-Herrera B. Soporte social con el uso de TIC's para cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Rev Salud Pública*. 2011;13(3):446-457.
- (18) Morales ON. La tecnología, una opción en la mejora del soporte social en cuidadores/as de niños/as con discapacidad. *Av Enferm*. 2012;30(3):83-92.
- (19) Herrera A, Flórez IE, Romero E, Montalvo A. Soporte social a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Cartagena. *Aquichán*. 2012 dic;12(3):286-297.
- (20) Flórez IE, Montalvo AP, Romero EM. Soporte social con Tecnologías de la Información y la Comunicación a cuidadores. Una experiencia en Cartagena, Colombia. *Invest Educ Enferm*. 2012;30(1):55-65.
- (21) Vega-Angarita OM. Percepción del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Aquichán*. 2011;11(3):274-286.
- (22) Rangel YY, Hernández MM, García MR. Enseñar a quien cuida el arte de cuidar: un programa educativo con cuidadores de pacientes politraumatizados. *Invest Educ Enferm*. 2010 mar;28(1):74-82.
- (23) Espinosa KM, Jofre VA. Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Cienc Enferm*. 2012;18(2):23-30.
- (24) Fernández AR, Manrique-Abril FG. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Enferm Glob* [revista en Internet]. 2010 jun [acceso: 2 feb 2013];19:1-9. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/reflexion1.pdf>
- (25) Reblin M, Uchino BN. Social and emotional support and its implication for health. *Curr Opin Psychiatry*. 2008 Mar;21(2):201-205.

# Cuidado y manejo del dolor en el paciente en posoperatorio de revascularización miocárdica

Cuidados e manejo da dor pós-operatória da dos pacientes de revascularização miocárdica

Care and pain management in patients in post-myocardial revascularization

---

• Luisa Fernanda Moscoso Loaiza<sup>1</sup> • Carlos Yecid Bernal Cárdenas<sup>2</sup> •

---

•1• Magíster en Enfermería. Enfermera, Hospital Santa Clara. Bogotá, Colombia. E-mail: luisa-fml93@gmail.com

•2• Magíster en Enfermería. Enfermero, Fundación Clínica Shaio. Bogotá, Colombia.

---

Recibido: 08/01/2012 Aprobado: 15/06/2015

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.52477>

---



## Resumen

En la actualidad, se ha puesto de manifiesto la relación existente entre el dolor agudo posoperatorio y la aparición de múltiples complicaciones, que hacen necesario el manejo efectivo del dolor posquirúrgico por parte del profesional de enfermería.

**Objetivo:** Generar una propuesta de cuidado de enfermería para el manejo del dolor en el paciente en posoperatorio de revascularización miocárdica, tras la extubación, con base en la Teoría de los Síntomas Desagradables.

**Metodología:** A partir de la metodología del marco lógico, se socializó la importancia del manejo del dolor en el paciente en posoperatorio de revascularización miocárdica, así como la Teoría de los Síntomas Desagradables, al personal de enfermería que labora en una Unidad de Cuidado Intensivo de una Institución Prestadora de Servicios de Salud de IV Nivel en la ciudad de Bogotá. Se elaboró un formato de valoración para establecer los factores que determinaban el dolor, las características del síntoma dolor y las consecuencias del síntoma, para luego establecer la propuesta de cuidado de enfermería.

**Resultados:** Se valoró la experiencia del dolor en nueve pacientes en posoperatorio de revascularización miocárdica, obteniendo como hallazgo que la presencia del dolor, principalmente, impedía la actividad física, la tos efectiva y el sueño, ocasionando un alto nivel de ansiedad, preocupación y cansancio. Con base en los hallazgos, se proponen ocho diagnósticos de enfermería, con sus respectivas actividades.

## Resumo

Atualmente tem se revelado a relação que existe entre dor aguda pós-operatória e o aparecimento de várias complicações, que obrigam ao manejo efetivo da dor pós-operatória pelo enfermeiro.

**Objetivo:** Gerar uma proposta de cuidados de enfermagem para o manejo da dor em pacientes em pós-operatório de revascularização do miocárdio, após a extubação, com base na Teoria dos Sintomas Desagradáveis.

**Metodologia:** A partir da metodologia do marco lógico socializou-se a importância do manejo da dor em pacientes em pós-operatório de revascularização do miocárdio e também a teoria dos sintomas desagradáveis, aos enfermeiros que trabalham em uma Unidade de Terapia Intensiva na instituição de Serviços de Saúde de IV Nível em Bogotá. O formato de avaliação foi desenvolvido para estabelecer os fatores que determinaram a dor, as características do sintoma dor e consequências do sintoma, e, em seguida, estabelecer a proposta da assistência de enfermagem.

**Resultados:** A experiência da dor em nove pacientes no pós-operatório de revascularização do miocárdio foi avaliada, obtendo como constatação de que a presença da dor principalmente impediu atividade física, a tosse eficaz e o sono, causando um alto nível de ansiedade, preocupação e fadiga. Com base nas conclusões oito diagnósticos de enfermagem e as suas respectivas atividades são propostas.

## Abstract

Nowadays, the relationship between acute postoperative pain and the appearance of multiple complications has been shown. Therefore, it is necessary the effective management of postoperative pain by the nurse.

**Objective:** To generate a nursing care proposal for pain management in patients in postoperative myocardial revascularization, after extubation, based on the Theory of Unpleasant Symptoms.

**Methodology:** From the Logical Framework approach, both the importance of pain management in patients in postoperative myocardial revascularization and the theory of unpleasant symptoms were socialized to nurses who work in Intensive Care Unit of a Health institution of IV Level in Bogotá. The evaluation format was developed in order to establish the factors that determined the pain, the pain symptom characteristics and consequences of the symptom, and then to establish the proposal of nursing care.

**Results:** The experience of pain in nine patients in postoperative myocardial revascularization was assessed, finding that the presence of pain prevented mainly physical activity, effective cough and sleep, thereby causing a high level of anxiety, worry and fatigue. Based on these findings, eight nursing diagnoses and their respective activities are proposed.

**Conclusion:** The appropriate assessment and management of postoperative pain by nurses allows adequate recovery

**Conclusión:** La adecuada valoración y manejo del dolor postquirúrgico por parte del profesional de enfermería permite una recuperación adecuada, así como un aumento del bienestar y la comodidad en el paciente revascularizado.

*Descriptores:* Dolor; Atención de Enfermería; Revascularización Miocárdica (fuente: DECS BIREME).

**Conclusão:** A adequada avaliação e manejo da dor pós-operatória adequada por parte da enfermeira, permite uma recuperação adequada e aumento do bem-estar e o conforto em pacientes revascularizados.

*Descritores:* Dor; Cuidados de Enfermagem; Revascularização Miocárdica (fonte: DECS BIREME).

and increased comfort and convenience in revascularized patients.

*Descriptors:* Pain; Nursing Care; Myocardial Revascularization (source: DECS BIREME).

## Introducción

En las últimas tres décadas, las enfermedades cardiovasculares han constituido la principal causa de muerte en los países industrializados y en los países en vía de desarrollo (1). La enfermedad coronaria ha sido la manifestación más prevalente, afectando la calidad de vida de hombres y mujeres mayores de 45 años de edad, como consecuencia de una alta mortalidad y morbilidad (2, 3).

En Colombia, las enfermedades cardiovasculares han ocupado los primeros lugares de mortalidad, específicamente por la isquemia miocárdica (4), que para el 2011 presentó una tasa global de mortalidad del 25,4% (5). Según el Ministerio de Protección Social (4), del total de esta población sólo el 32% recibe un diagnóstico y tratamiento oportunos mediante la atención de urgencias, para lo cual son sometidos a terapia trombolítica un 18% y a Revascularización Miocárdica (RVM) un 6,4%. El resto de la población recibe tratamiento médico farmacológico.

Los pacientes en posoperatorio de RVM manifiestan como principal síntoma el dolor, el cual es el agente estresante más importante durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (6, 7). De ahí que uno de los objetivos prioritarios de los cuidados de enfermería sea su valoración y manejo efectivo (8, 9).

El dolor es definido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) como “una experiencia sensorial y emocional displacentera asociada a un daño tisular, actual o potencial o descrito en esos términos” (10). La “experiencia” abarca la percepción y la conducta resultante de la función mental del cerebro; la “sensación” se refiere a los procesos neurofisiológicos que captan y transmiten la señal dolorosa a los centros cerebrales superiores (10, 11).

Los pacientes en postoperatorio de RVM presentan un dolor agudo que traduce la respuesta a la agresión quirúrgica (12). Sin embargo, este dolor no sólo procede de la incisión. Pasadas las primeras horas del postoperatorio inmediato, las fuentes de dolor pueden provenir de los drenajes

torácicos, de la parte posterior de la espalda y los hombros con relación a la postura y dureza de la mesa quirúrgica, y de las zonas de inserción de catéteres vasculares (13).

Las implicaciones que el dolor posoperatorio pueden tener sobre la recuperación del paciente tras la RVM van más allá de la experiencia del dolor. En la actualidad se ha puesto de manifiesto la relación existente entre el dolor agudo posoperatorio y la aparición de complicaciones respiratorias, cardiocirculatorias, endocrino-metabólicas, digestivas y psicológicas.

El deterioro de la función respiratoria es una de las complicaciones más importantes en el postoperatorio inmediato, con una incidencia que oscila entre el 6 y el 76%, estimando un 25% de la mortalidad (14). Ésta se manifiesta por la presencia de cambios radiológicos, como atelectasia pulmonar, edema pulmonar, neumonía y derrame pleural, así como de taquipnea, tos, expectoración, fiebre o cianosis (15-17).

Las alteraciones cardiovasculares se producen como consecuencia de la liberación de catecolaminas por la hiperactividad simpática, que da lugar al aumento de la frecuencia cardíaca y de las resistencias vasculares periféricas, con el consiguiente incremento del índice cardíaco y del consumo de oxígeno por parte del miocardio. Esta disminución de flujo sanguíneo puede interferir en la correcta cicatrización postquirúrgica (18).

Los trastornos vasculares periféricos secundarios a la inmovilidad del paciente por el dolor y el vasoespasmo reactivo contribuyen al empeoramiento de la circulación periférica, aumentando el riesgo de trombosis venosa profunda y de trombo-embolismo (14, 17).

Las complicaciones endocrino-metabólicas se dan como consecuencia de la agresión quirúrgica y por la presencia de dolor, activando la respuesta del sistema simpático y estimulando el eje endocrino hipotálamo-hipofisario-suprarrenal. Éste, junto con una disminución de la capacidad venosa y un aumento de la frecuencia cardíaca, inotropismo y resistencias periféricas, contribuye a prolongar las estancias hospitalarias al aumentar la morbilidad del periodo postoperatorio (19).

Las alteraciones digestivas vienen determinadas por el descenso en la actividad digestiva e incluyen alteraciones como distensión abdominal, náuseas, vómitos o íleo paralítico, provocando una mala asimilación de la ingesta alimenticia o intolerancia digestiva. Todo ello es motivado por un aumento del tono de los esfínteres y de las secreciones intestinales, con inhibición y disminución de la motilidad gastrointestinal, en particular a nivel de estómago y colon (20).

Las reacciones de tipo psicológico ante el dolor corresponden con emociones tales como angustia, miedo, depresión y aprensión, siendo resultado de una respuesta cortical al dolor (21, 22).

Al observar las múltiples complicaciones que trae consigo el dolor, resulta evidente el beneficio de una adecuada valoración y un manejo por parte del profesional de enfermería. Por esta razón, una propuesta de cuidado para el manejo del dolor en el paciente en posoperatorio de RVM tras la extubación será una gran herramienta para la práctica del cuidado de enfermería.

## Marco teórico: Teoría de los Síntomas Desagradables

La Teoría de los Síntomas Desagradables propuesta por Elizabeth Lenz y colaboradores (1995, 1997) es “una teoría que emerge de manera espontánea de la práctica de enfermería de manera inductiva de lo particular a lo general, a partir de reflexiones del mundo real” (23). Se basa en la premisa de que hay similitudes a través de los diferentes síntomas experimentados por un tipo de poblaciones clínicas en diversas situaciones (23).

Esta teoría está constituida por tres grandes constructos: *los síntomas que la persona experimenta*, *los factores influyentes* —que aumentan o afectan la naturaleza de la experiencia del síntoma— y *las consecuencias de la experiencia del síntoma*.

### Los síntomas

Son los indicadores percibidos del cambio en el funcionamiento normal tal como lo experimentan los pacientes. Constituyen una experiencia multidimensional que se puede observar y medir aisladamente o combinada con otros síntomas,

produciéndose una afectación mutua que puede llevar a potencializar cada uno de éstos. Se espera que de igual manera las acciones que influyen en los síntomas variables aporten para controlarlos conjuntamente (23). Dentro de la teoría, las dimensiones del síntoma son las que caracterizan cada uno de los síntomas de forma aislada y conjunta, valorando lo siguiente:

- La intensidad que es la dimensión que cuantifica la severidad, fuerza o cantidad del síntoma. Es el aspecto de la experiencia del síntoma más frecuentemente medido.
- El patrón de presentación en el tiempo, que incluye la frecuencia del síntoma intermitente, la duración de un síntoma persistente o una combinación de frecuencia y duración.
- El nivel percibido de angustia, entendido como el grado de incomodidad que produce el síntoma.
- La calidad es la dimensión que hace referencia a la naturaleza del síntoma o a la forma en como éste es experimentado e incluye el vocabulario utilizado para describir cómo se percibe el síntoma, incluyendo la localización de la sensación y el grado al cual la persona responde.

### Factores que influyen en el síntoma

Los factores psicológicos, fisiológicos y situacionales influyen en la experiencia del síntoma y a su vez pueden ser influenciados mutuamente. Los factores psicológicos contemplan el estado mental de la persona, la respuesta afectiva a la enfermedad y el grado de conocimiento o de incertidumbre acerca de los síntomas y su significado. Los fisiológicos hacen referencia al funcionamiento de los sistemas corporales, la presencia de cualquier alteración o gravedad de la enfermedad, el nivel de energía de la persona y la comorbilidad. Los factores situacionales abarcan el entorno social y físico del individuo. Se refieren a la influencia del ambiente social —empleo, estatus marital, apoyo familiar y social—, a las condiciones de vida —acceso a servicios—, al ambiente físico —calor, humedad, luz y calidad de aire— y a los recursos (23).

## Consecuencias de la experiencia del síntoma

Se refiere al resultado o efecto de haber experimentado el síntoma que se manifiesta como desempeño y consta de dos partes: el desempeño funcional, que incluye la actividad física, las actividades de la vida cotidiana, la interacción y el cumplimiento del rol; y el desempeño cognitivo, que se refiere a la capacidad de concentración, pensamiento y de resolución de problemas (23).

La Teoría de los Síntomas Desagradables “propone un modo de integrar la información acerca de la complejidad y la interacción natural de la experiencia del síntoma [...]” (24), por lo que permite al profesional de enfermería entender mejor la experiencia que atraviesa un paciente al sentir y expresar un síntoma o un grupo de síntomas. En consecuencia, su aplicación en el manejo del dolor en el paciente en el posoperatorio de RVM no sólo es posible, sino que además proporcionará al profesional de enfermería las herramientas necesarias para entender la experiencia del paciente con dolor, es decir: permitiría el abordaje del síntoma de forma multidimensional.

## Metodología

A partir de la herramienta del Marco Lógico, se socializó la importancia del manejo del dolor en el paciente en posoperatorio de RVM al personal de enfermería —8 enfermeras profesionales y 12 auxiliares de enfermería— que laboraba en la UCI de una Institución Prestadora de Servicios de salud de IV Nivel de la ciudad de Bogotá. De igual forma, se dio a conocer la Teoría de los Síntomas Desagradables, ya que conformaba el marco teórico de la propuesta de cuidado. Así mismo, se elaboró un formato de valoración del dolor del paciente en posoperatorio de RVM tras la extubación para reunir la información en relación con los factores que determinaban el dolor, las características del síntoma y sus consecuencias.

La valoración del dolor en los pacientes en posoperatorio de RVM fue realizada por los profesionales de enfermería de la UCI en cinco momentos: la primera valoración se realizó tras la extubación del paciente o en la primera hora de su ingreso a la unidad, si llegaba sin Ventilación

Mecánica Invasiva (VMI); la segunda se realizó a las seis horas tras la extubación o de su ingreso a la unidad; la tercera en la hora 12 tras la extubación o del ingreso a la unidad; y la cuarta y quinta valoración se realizaron en las horas 24 y 48, respectivamente.

Adicionalmente, dentro del formato de valoración cada profesional de enfermería registraba las intervenciones y actividades que realizaba para manejar el dolor. Se recolectó información en los formatos de valoración en un tiempo de tres semanas, para luego realizar el análisis y la síntesis de la información contenida en los formatos recolectados de tal forma que se obtuvieron datos relevantes para describir el dolor posquirúrgico en el paciente en posoperatorio de RVM para establecer la propuesta de cuidado de enfermería.

## Resultados

En total se valoró la experiencia del dolor posquirúrgico en nueve pacientes sometidos a RVM tras la extubación. Cuatro de ellos (44%) fueron mujeres con edades comprendidas entre los 59 y 72 años; y cinco (56%) fueron hombres con edades entre los 49 y 78 años. Siete de los pacientes se encontraban laboralmente activos y dos bajo el cuidado de su familia. Seis de ellos (66%) requirieron entrada a circulación extracorpórea en el transoperatorio y siete (77%) de safenectomía para la realización de los puentes coronarios. Siete de los pacientes intervenidos llegaron con intubación orotraqueal (77%), tres (43%) fueron extubados dentro de las tres primeras horas tras su ingreso a la unidad, dos (28,5%) fueron extubados en las siguientes seis horas luego de su ingreso y dos (28,5%) fueron extubados después de doce horas tras su ingreso a la unidad.

Entre los antecedentes personales patológicos, además del síndrome coronario se encontró que cinco de los pacientes tenían un diagnóstico de EPOC, siete de hipertensión arterial, tres con diabetes mellitus insulino dependiente, uno con obesidad mórbida y un paciente farmacodependiente.

De la valoración de la experiencia del dolor en el paciente en posoperatorio de revascularización miocárdica, tras la extubación, los hallazgos más relevantes fueron:



## **Síntomas**

El síntoma principal fue referido por los pacientes como “dolor desgarrante”, “dolor que abre”, “dolor que revienta”, “dolor de pesadez”. Fue ubicado por siete de los pacientes en el centro del pecho; dos de ellos lo ubicaron en todo el pecho, todos en relación con la herida quirúrgica de esternotomía. Así mismo, manifestaron “dolor de maltrato” y “dolor de entumecimiento” en el cuello, hombros, espalda y cintura. Los pacientes que requirieron de safenectomía para la realización de los puentes coronarios expresaron “ardor”, “quemazón” y “dolor pulsátil” en la pierna.

El dolor asociado a la esternotomía no presentó irradiación, sino que fue localizado sobre la herida quirúrgica y calificado como constante, que disminuía pero no desaparecía. Cinco de los pacientes que refirieron dolor de maltrato o entumecimiento expresaron irradiación del dolor desde el cuello a la espalda y desde los hombros a la espalda. Entre los síntomas acompañantes, fueron mencionados náuseas, sudoración, palpitaciones, debilidad y mareo.

La intensidad del dolor en la primera valoración fue calificada en la Escala Visual Análoga (EVA) entre 7 y 9; en la segunda valoración sólo dos de los pacientes refirieron disminución de la intensidad del dolor, ubicándolo en 6. En la tercera valoración, ocho de los pacientes expresaron disminución del dolor, dándole una calificación de entre 4 y 7. En la cuarta valoración, la intensidad del dolor disminuyó hasta una calificación de 3 a 5 en la EVA, calificación que se mantuvo para la quinta valoración, la cual fue realizada en las 48 horas posteriores a la extubación o del ingreso a la unidad —si el paciente llegaba extubado—. Como hallazgo importante, se encontró que las mujeres refirieron menor intensidad del dolor en relación con los hombres.

Respecto al nivel percibido de angustia, el dolor generó en los pacientes desesperación, baja de ánimo, tristeza y arrepentimiento por haber decidido someterse a la cirugía. Estas emociones aumentaron a medida que la intensidad del dolor era mayor, pero disminuyeron cuando la intensidad del dolor se redujo.

## **Factores determinantes del síntoma**

En la categoría de factores determinantes fisiológicos sólo un paciente refirió que desde que nació fue “muy sensible” y por esta razón le era tan difícil calmar el dolor. Los demás pacientes no asociaron ningún factor fisiológico personal o familiar como determinante del dolor. Entre los factores psicológicos, seis de los pacientes refirieron que el dolor aumentaba cuando se sentían “preocupados o angustiados”, debido a que no sabían qué iba a pasar.

En relación con los factores situacionales, se encontró la VMI como mayor desencadenante del dolor, especialmente en los minutos previos al retiro del tubo orotraqueal. Así mismo, la actividad aumentaba la intensidad del dolor, especialmente cuando el paciente debía cambiar de posición, enderezarse o sentarse. La tos fue señalada como gran intensificadora del dolor, inclusive luego de las 48 horas pos-extubación. Así mismo, los pacientes refirieron que pensar en una estancia hospitalaria prolongada aumentaba la intensidad del dolor, especialmente en los pacientes que tenían responsabilidades de tipo económico con sus familias.

## **Consecuencias del síntoma**

En el desempeño funcional se encontró que la presencia del dolor ocasionó que los pacientes buscaran limitar al máximo la actividad física, pese a que el personal de enfermería fomentaba el paso de la cama a la silla rápidamente. Los pacientes manifestaron que, secundario al dolor, procuraban no toser, no moverse y comer poco. En relación con el desempeño cognitivo, a medida que el dolor aumentaba de intensidad disminuía la capacidad de concentrarse, de escuchar y obedecer las indicaciones del equipo de salud.

## **Actividades de enfermería**

Entre las actividades de enfermería referidas para el manejo del dolor posquirúrgico, se encontró que la administración de analgésicos intravenosos, tipo morfina y dipirona, fue la principal intervención. Indicaron otras actividades orientadas a aumentar la comodidad del paciente, como la realización de cambios de posición y los masajes, en donde el paciente expresó dolor de maltrato o entumecimiento. Igualmente, resaltaron las actividades fomentadoras del sueño,

como disminuir la intensidad de la luz o apagarla, mantener los cubículos con ambiente tibio, evitando el frío, y la administración de ansiolíticos tipo alprazolam.

### **Propuesta de cuidado de enfermería**

Con base en los resultados descritos anteriormente, se identificaron los diagnósticos de enfermería prioritarios, según NANDA, para el manejo del dolor posquirúrgico en el paciente revascularizado, se plantearon las metas a lograr y se establecieron las intervenciones de enfermería.

(00132) *Dolor agudo R/C lesión tisular S/A procedimiento quirúrgico (RVM).*

El dolor agudo es una experiencia sensitiva y emocional desagradable derivada de una lesión tisular real o potencial. Es de comienzo brusco o lento, de cualquier intensidad entre leve e intensa, con un final anticipado previsible y una duración inferior a 6 meses (25).

#### Características definitorias:

##### *Subjetivas*

- El paciente verbaliza la presencia del dolor.
- El paciente valora el dolor y lo evalúa en una EVA de 1 a 10.

##### *Objetivas*

- Aumento de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca y respiratoria.
- Dilatación pupilar.
- Diaforesis, palidez.
- Manifestaciones musculoesqueléticas: gesticular, apretar los puños, retorcerse, inquietud, protegerse o tocarse la parte afectada.
- Aspecto aprensivo y temeroso.

#### Objetivo/meta:

Disminuir el dolor en términos de intensidad.

#### Actividades de enfermería:

1. Modificar las variables que intensifican la experiencia dolorosa del paciente:

- Explicar al paciente que su valoración frecuente, detallada y aparentemente repetitiva va dirigida a permitir al personal de enfermería comprender mejor su experiencia del dolor y no porque se esté cuestionando su existencia.
- Explicar los factores responsables del dolor.
- Instruir al paciente sobre la importancia del reposo adecuado, en especial cuando reduce el dolor, para recuperar fuerza y las capacidades para reducir el estrés.

2. Aplicar medidas de confort:

- Utilizar técnicas de relajación, como frotar la espalda, hacer masajes, tomar baños calientes, escuchar música o leer temáticas de su interés, utilizar cojines y almohadas para apoyar la parte dolorosa y reducir la tensión muscular, y estimular la respiración lenta y rítmica.
- Estimular la imaginación guiada del paciente, pidiéndole que recuerde y experimente alguna imagen que sea placentera y relajante, y que incluya el uso de por lo menos dos sentidos.
- Hacer que el paciente respire de forma rítmica y relajante.
- Cambiar al paciente de posición hasta identificar las que influyen en la disminución del dolor.
- Eliminar al máximo todo aquello de su entorno que le pueda generar un detonante para el inicio del dolor.

- Garantizar que su habitación esté lo suficientemente cálida en términos de temperatura.
- Tratar que su entorno sea un ambiente tranquilo.

3. Administrar la medicación analgésica formulada para potencializar las actividades planteadas previamente y que serán ejecutadas por el profesional de enfermería: administración de morfina IV en dosis de 1 a 4 mg IV cada 3 h —es necesario ir espaciando las dosis a medida que la intensidad del dolor disminuya—. Se recomienda la utilización conjunta con AINES. Otros analgésicos: Dipirone IV 2 g IV c/6 h, Meperidina IM/SC 1-2 mg/kg c/3-4 h (13).

4. Tener en cuenta las dosis de rescate que se administran como dosis adicionales cuando la intensidad del dolor no disminuye, pese a la administración de las dosis programadas.

#### Evaluación:

Encaminada a valorar las características objetivas y subjetivas que sugieren presencia de dolor o aumento/persistencia de su intensidad.

*(00146) Ansiedad R/C dolor agudo, estado de salud e incertidumbre frente a la enfermedad*

Sensación vaga y molesta de intranquilidad o de temor, acompañada de una respuesta neurovegetativa. El origen suele ser inespecífico o desconocido para el paciente, con sentimiento de temor causado por la anticipación de peligro (25).

#### Características definitorias:

##### Subjetivas

- Verbaliza un aumento de la tensión muscular.
- Expresa la sensación frecuente de hormigueo en manos y pies.
- Relata un sentimiento continuo de temor.
- Expresa preocupación por una sensación de fatalidad inminente.

- Afirma que tiene dificultad para quedarse dormido.
- Manifiesta repetidas veces preocupaciones sobre los cambios en el estado de salud y la evolución de la enfermedad.

#### Objetivas

- Agitación psicomotriz: impaciencia, nerviosismo, inquietud.
- Frente tensa, fruncida.
- Expresión facial tensa de preocupación.
- Hipervigilancia: explora el ambiente.
- Se sobresalta fácilmente.
- Se distrae continuamente.
- Sudoración de palmas de las manos.
- Patrón del sueño fragmentado.
- Taquicardia.
- Taquipnea.

#### Objetivo/meta:

Disminuir la sensación de ansiedad.

#### Actividades de enfermería:

1. Manejo del dolor: disminución de su intensidad.
2. Instruir al paciente en las estrategias de relajación sencillas y eficaces:
  - Realizar ejercicio de respiración lenta y profunda.
  - Centrar la atención en un objeto o persona del ambiente.
  - Escuchar música tranquilizadora o de relajación.
3. Escuchar activamente y aceptar las preocupaciones del paciente relacionadas con las amenazas de su enfermedad, su evolución y la hospitalización.

4. Ayudar al paciente a diferenciar las preocupaciones realistas de los miedos exagerados mediante explicaciones claras y sencillas.
5. Proporcionar una explicación sencilla de los acontecimientos y estímulos ambientales no relacionados con la enfermedad.
6. Permitir al paciente negar o suprimir los efectos de su enfermedad y de su hospitalización que no pueda afrontar o controlar.

#### Evaluación:

Encaminada a valorar la disminución de la ansiedad a partir de la presencia de características definitorias objetivas y subjetivas.

*(00092) Alto riesgo de intolerancia a la actividad física R/C reposo en cama/debilidad generalizada S/A dolor agudo*

Estado en el que el paciente no tiene suficiente energía fisiológica o psicológica para realizar o completar las actividades cotidianas deseadas o en el que experimenta limitación de la capacidad del movimiento físico-independiente (25).

#### Características definitorias:

- Dolor torácico con la actividad.
- Elevación de la frecuencia cardíaca superior a 30 latidos por minuto por encima de la frecuencia basal durante la actividad o de 15 latidos por minuto por encima de la basal en pacientes que toman betabloqueantes o calcioantagonistas.
- Elevaciones de la frecuencia cardíaca por encima de la cifra basal 5 minutos después de la actividad.
- Hipotensión postural al pasar de la posición decúbito a estar de pie o en silla.
- Fatiga subjetiva con la actividad.

#### Objetivo/meta:

Fomentar la movilidad física disminuyendo el riesgo de intolerancia a la actividad física.

#### Actividades de enfermería:

- Manejo del dolor y la ansiedad.
- Insistir en los ejercicios de arco de movilidad activa y pasiva mientras el paciente está en la cama para mantener flexibles las articulaciones y los músculos distendidos. Enseñar al paciente a no contener la respiración mientras realiza los ejercicios y a evitar la maniobra de Valsalva.
- Insistir en la realización de ejercicios de tonificación muscular al menos tres veces al día.
- Progresar en la deambulacion, primero de la cama a la silla y luego de la silla al baño.
- Permitir los períodos de descanso del paciente luego de la actividad física.
- Promover el sueño efectivo durante la noche para disminuir la debilidad y el cansancio durante el día.
- Enseñar al paciente a tomarse el pulso para determinar la tolerancia a la actividad.

#### Evaluación:

Encaminada a valorar el mantenimiento e incremento de la actividad física en el paciente, valorando su tolerancia.

*(00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C dolor agudo*

Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio con el fin de mantener limpia la vía aérea.

#### Características definitorias:

- Ruidos respiratorios anómalos: disminución del murmullo vesicular, presencia de ruidos respiratorios agregados (*roncus*).
- Tos ineficaz con o sin expectoración.
- Taquipnea, disnea.

- Fiebre.
- Informes verbales de incapacidad para limpiar la vía aérea.

#### Actividades de enfermería:

1. Manejo del dolor.
2. Valorar el color, la consistencia y la cantidad de expectoración.
3. Proporcionar la máxima expansión torácica mediante el tratamiento postural: respiración profunda.
4. Mantener una hidratación adecuada administrando líquidos orales e intravenosos para fluidificar las secreciones y facilitar la limpieza de las vías aéreas.
5. Humidificar las vías aéreas mediante un dispositivo de suministro de oxígeno o una vía aérea artificial.
6. Fomentar la tos efectiva a partir del soporte esternal, ayudando con los ejercicios de tos dirigida, en cascada, al final de la espiración y estimulada para facilitar la expectoración de secreciones.
7. De ser necesario, administrar mucolíticos o broncodilatadores cada 4 horas para facilitar la expectoración.
8. Aspirar por vía nasotraqueal o endotraqueal cuando sea necesario para ayudar a expulsar las secreciones.
9. Cambiar de posición al paciente al menos cada dos horas o utilizar la terapia de rotación lateral continuada para movilizar las secreciones y evitar que se acumulen.

#### Evaluación:

Encaminada a evaluar el esfuerzo tusígeno satisfactorio asistido con soporte esternal, a través de la movilización de secreciones bronquiales.

*(00032) Patrón respiratorio ineficaz R/C dolor/ansiedad*

Estado en que la inspiración o la espiración del individuo no permiten una ventilación adecuada (25).

#### Características definitorias:

- Disnea, taquipnea, cambios en la profundidad de la respiración.
- Expansión torácica alterada por disminución.

#### Objetivo/meta:

Mantener un patrón respiratorio eficaz.

#### Actividades de enfermería:

1. Manejar el dolor.
2. Manejar la ansiedad.
3. Fomentar la realización de incentivo respiratorio para evitar la hipoventilación alveolar y la formación de atelectasias.
4. Promover la máxima expansión torácica mediante las respiraciones profundas.
5. Administrar oxígeno según los requerimientos del paciente.
6. Evaluar la presencia de tos efectiva.

#### Evaluación:

Encaminada a valorar la adecuada y efectiva ventilación del paciente.

*(00198) Trastorno de patrón del sueño R/C dolor agudo*

Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos (25).

#### Características definitorias:

- Quejas de dificultad para conciliar el sueño.
- Desvelo antes o después de lo deseado.
- Sueño interrumpido.
- Cambios de comportamiento y rendimiento.
- Irritabilidad.
- Desorientación.

- Bostezos frecuentes.
- Cambios en la postura.

**Objetivo/meta:**

Mantener un adecuado patrón del sueño.

**Actividades de enfermería:**

1. Manejo del dolor.
2. Disminuir los estímulos externos durante la noche: luz, ruido, número de interrupciones por procedimientos.
3. Propiciar el sueño nocturno, evitando que el paciente duerma durante la mayoría del día.
4. Promover la actividad diurna para fomentar el descanso nocturno.
5. De ser necesario, administrar medicamentos ansiolíticos tipo alprazolam al inicio de la noche.

**Evaluación:**

Orientada a valorar un patrón de sueño efectivo durante la noche y la presencia de energía suficiente durante el día para realizar las actividades encaminadas a la recuperación quirúrgica.

**Discusión**

Esta propuesta abarca las necesidades de cuidado de enfermería en torno al dolor posoperatorio en el paciente revascularizado extubado, según la caracterización del síntoma que se logró establecer mediante la valoración del dolor posoperatorio en cinco momentos en una UCI. Sin embargo, existe la necesidad de valorar el dolor posoperatorio en otro tipo de cirugías cardiovasculares, como los cambios valvulares y las correcciones de comunicaciones auriculares/ventriculares.

La necesidad de que el profesional de enfermería se apropie del manejo del dolor posoperatorio en el paciente revascularizado radica en que de su adecuado manejo depende en gran medida la recuperación satisfactoria posoperatoria,

disminuyendo no sólo las complicaciones secundarias al dolor, sino también la estancia hospitalaria al permitir que se inicien actividades de rehabilitación de forma temprana. El manejo del dolor por parte del profesional de enfermería no debe sólo radicar en la administración de analgesia intravenosa o por vía oral, sino también en procurar la máxima comodidad del paciente, disminuyendo estímulos externos molestos. Es necesario desde la enfermería continuar investigando el fenómeno del dolor posquirúrgico en pacientes llevados a cirugías cardiovasculares, de tal forma que se optimicen las estrategias empleadas en el manejo del dolor posoperatorio.

**Conclusión**

El cuidado de enfermería al paciente en posoperatorio de RVM que experimenta dolor se puede proporcionar a partir de una propuesta de cuidado de enfermería. Sin embargo, requiere de la constante valoración por parte del profesional de tal forma que se pongan en marcha acciones para su manejo y control, obteniendo aumento del bienestar y la comodidad en el paciente revascularizado.

**Referencias**

- (1) Robins JL, McCain NL, Elswick RK. Exploring the complexity of cardiometabolic risk in women. *Biol Res Nurs.* 2012 Apr;14(2):160-170.
- (2) Ministerio de Salud y Protección Social. Situación de salud en Colombia: Indicadores Básicos 2011 [informe en Internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2011 [acceso: 15 jun 2012]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Indicadores%20basicos%202011.pdf>
- (3) Sociedad Colombiana de Cardiología. Guías Colombianas de Cardiología, Síndrome Coronario Agudo con elevación del ST. *Rev Colomb Cardiol.* 2010 feb;17(3):123-124.
- (4) Ministerio de la Protección Social. Módulo-Análisis de situación de enfermedades no transmisibles, seleccionadas 2011: indicadores trazadores [informe en Internet]. 2011 [acceso: 19 may 2015]. Disponible en: [www.minproteccion.gov.co](http://www.minproteccion.gov.co)

- (5) Departamento Nacional de Estadística (DANE). Defunciones por grupo de edad y sexo, según causas agrupadas 6/67 CIE de OPS año 2011 [informe en Internet]. Bogotá: Departamento Nacional de Estadística (DANE); 2012. Disponible en: [www.dane.gov.co/daneweb\\_V09/index.php?option=com\\_content&view=article&id=205:defunciones-2011&catid=118:estadisticas-vitales](http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=205:defunciones-2011&catid=118:estadisticas-vitales)
- (6) Navarro MA, Irigoyen MI, DeCarlos VA, Martínez AO, Elizondo AS, Indurain SF *et al*. Evaluación del dolor postoperatorio agudo tras cirugía cardiaca. *Enferm Intensiva*. 2011;22(4):150-159.
- (7) Beltrán-Salazar OA. La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichán*. 2009 abr;9(1):23-37.
- (8) Yava A, Tosun N, Ünver V, Çiçek H. Patient and nurse perceptions of stressors in the intensive care unit. *Stress Health*. 2011 Apr;27(2):36-47.
- (9) Pang PS, Suen LK. Stressors in the ICU: a comparison of patients' and nurses' perceptions. *J Clin Nurs*. 2008 Oct;17(20):2681-2689.
- (10) Krikorian A, Jairo J, Vélez MC. Aspectos neurobiológicos, psicológicos y sociales del sufrimiento. *Psicooncología*. 2008 feb;5(2-3):245-255.
- (11) Molina JM, Figueroa JR, Uribe AF. El dolor y su impacto en la calidad de vida y estado anímico de pacientes hospitalizados. *Univ Psychol*. 2013;12(1):55-62.
- (12) Chapman CR, Zaslansky R, Donaldson GW, Shinfeld A. Postoperative pain trajectories in cardiac surgery patients. *Pain Res Treat*. 2012;2012:1-8.
- (13) Karabulut N, Aktas YY, Gürçayir D, Yılmaz D, Gökmen V. Patient satisfaction with their pain management and comfort level after open-heart surgery. *Aust J Adv Nurs*. 2015;32(3):16-24.
- (14) Rocha-Machado JF, Mille-Loera E, Serna-Secundino I. Restricción pulmonar secundaria a dolor postoperatorio. *Rev Mex Anest*. 2009;32(1):82-85.
- (15) Moreno AM, Castro RR, Sorares PP, Sant'Anna M, Cravo SL, Nóbrega AC. Longitudinal evaluation the pulmonary function of the pre and postoperative periods in the coronary artery bypass graft surgery of patients treated with a physiotherapy protocol. *J Cardiothorac Surg*. 2011 Apr;6:62-68.
- (16) Guden M, Korkmaz AA, Onan B, Onan IS, Tarakci SI, Fidan F. Subxiphoid versus intercostal chest tubes: comparison of postoperative pain and pulmonary morbidities after coronary artery bypass grafting. *Tex Heart Inst J*. 2012;39(4):507-512.
- (17) Sun LX, Cong L, Wang MS, Shi F. Feasibility study of bilateral thoracic paravertebral block for postoperative analgesia in patients after off-pump coronary artery bypass grafting. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. 2013 Dec;93(45):3569-3572.
- (18) Oliveira TM, Oliveira GM, Klein CH, Silva NA, Godoy PH. Letalidad y complicaciones de la cirugía de Revascularización Miocárdica en Río de Janeiro, de 1999 a 2003. *Arq Bras Cardiol*. 2010;95(3):303-312.
- (19) Sondekoppam RV, Arellano R, Ganapathy S, Cheng D. Pain and inflammatory response following off-pump coronary artery bypass grafting. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2014 Feb;27(1):106-115.
- (20) Oriol-López SA. Profilaxis y tratamiento de la náusea y vómito postoperatorios. *Rev Mex Anesthesiol*. 2013;36(Supl. 2):363-374.
- (21) Gil B, Ballester R, Gómez S, Abizanda F. Afección emocional de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Rev Psicopatología Psicol Clin*. 2013;18(2):129-138.
- (22) Doering LV, Chen B, McGuire A, Bodán RC, Irwin MR. Persistent depressive symptoms and pain after cardiac surgery. *Psychosom Med*. 2014;76(6):437-444.
- (23) Smith MJ, Liehr PR, eds. Middle range theory for nursing. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Springer; 2014.
- (24) Chen E, Nguyen J, Cramarossa G, Khan L, Leung A, Lutz S *et al*. Symptom clusters in patients with lung cancer: a literature review. *Expert Rev Pharmacoecon Out-comes Res*. 2011 Aug;11(4):433-439.
- (25) NANDA International, Herdman TH. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010.

# Vínculo profissional- usuário: competência para a atuação na Estratégia Saúde da Família

Relación profesional-  
usuario: competencia  
para actuar en la  
Estrategia Salud de la  
Familia

Bonding professional-  
user: competence  
to act in the Family  
Health Strategy Team

• Dirce Stein Backes<sup>1</sup> • Adriana Dallasta Pereira<sup>2</sup> • Mara Teixeira Marchiori<sup>3</sup> •  
• Irani Rupolo<sup>4</sup> • Marli Terezinha Stein Backes<sup>5</sup> • Andreas Büscher<sup>6</sup> •

•1• Doutora em Enfermagem. Docente, Centro Universitário Franciscano. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: backesdirce@unifra.br

•2• Doutora em Enfermagem. Docente, Centro Universitário Franciscano. Rio Grande do Sul, Brasil.

•3• Doutora em Enfermagem. Docente, Centro Universitário Franciscano. Rio Grande do Sul, Brasil.

•4• Doutora em Pedagogia. Reitora, Centro Universitário Franciscano. Rio Grande do Sul, Brasil.

•5• Doutora em Enfermagem. Docente, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Brasil.

•6• Doutor em Enfermagem. Docente, University of Applied Science. Osnabrück, Alemanha.

Recibido: 03/05/2012 Aceptado: 15/06/2015

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.50418>





## Resumo

**Objetivo:** Desenvolver competências teórico-práticas na enfermagem, para fomentar o vínculo profissional-usuário.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo, com características de pesquisa, desenvolvido com acadêmicos e professores do Curso de Enfermagem de uma instituição de ensino superior, por meio do projeto *Adotando uma Família*, o qual foi sistematizado com atividades teórico-práticas junto à comunidade e fundamentadas em uma das Teorias de Enfermagem.

**Resultados:** Os resultados do processo evidenciam, em suma, que apesar da vulnerabilidade extrema de muitas famílias adotadas, é possível promover o diálogo, estabelecer o vínculo profissional-usuário e instigar saberes que tornem o indivíduo/família protagonista da sua história.

**Conclusões:** O modelo teórico-prático desenvolvido se constitui em uma importante tecnologia de cuidado de enfermagem, capaz de criar o vínculo enfermeiro-usuário e promover o exercício de cidadania e o protagonismo social pela valorização e potencialização dos diferentes saberes.

**Descritores:** Enfermagem; Relações Enfermeiro-Paciente; Estratégia Saúde da Família (fonte: DECS BIREME).

## Resumen

**Objetivo:** Desarrollar las habilidades teóricas y prácticas en enfermería para fomentar la relación profesional-usuario.

**Metodología:** Se trata de un estudio cualitativo, con funciones de investigación-acción, desarrollado con académicos y profesores de los cursos de enfermería de una institución de educación superior, a través del proyecto *Tomando una familia*, que se sistematizó con actividades teóricas y prácticas en la comunidad y a partir de una de las teorías de enfermería.

**Resultados:** Los resultados del caso mostraron que a pesar de la extrema vulnerabilidad de muchas familias adoptadas se puede promover el diálogo, establecer el vínculo profesional-usuario e inculcar conocimientos que promuevan la familia como protagonista de su modelo teórico y práctico de la historia.

**Conclusiones:** El modelo desarrollado constituyó una importante tecnología para el cuidado de enfermería, con la capacidad de crear la relación enfermero-usuario y de promover el ejercicio de la ciudadanía y el liderazgo social mediante la recuperación y potenciación del conocimiento diferente.

**Descritores:** Enfermería; Relaciones Enfermero-Paciente; Estrategia de Salud Familiar (fuente: DECS BIREME).

## Abstract

**Objective:** To construct and implement, through an academic nursing experience, a theoretical-practical nursing care method, capable of contributing to the nurse-patient bonding formation.

**Methodology:** It is a qualitative study with characteristics of action-research, developed by students and teachers of the nursing course of a higher education institution, through the project *Adopting a Family*, which was systemized with theoretical-practical activities together with the community and based on one of the Nursing Theories.

**Results:** It is shown that, in spite of the extreme vulnerability of several adoptive families, it is possible to promote dialogue, to establish the bonding professional-user; and impart knowledge that encourages family as protagonist of their own history.

**Conclusions:** The theoretical-practical model developed constitutes an important technology of nursing care, capable both of creating the nurse-patient bond and of promoting the exercise of citizenship and social protagonism through valorization and potentializing of the different knowledges.

**Descriptors:** Nursing; Nurse-Patient Relations; Family Health Strategy (source: DECS BIREME).

## Introdução

Estudos relacionados à compreensão e desenvolvimento de habilidades e competências que ampliam o acolhimento e o vínculo enfermeiro-usuário (1-3), são cada vez mais buscados e valorizados para impulsionar o redimensionamento da assistência em saúde por um modelo de cuidado ampliado, integral, resolutivo e multiprofissional.

A partir de uma busca prévia, evidenciou-se que o vínculo está fortemente associado ao significado de acolher ou acolhimento. O termo *acolhimento* está relacionado ao ato ou efeito de acolher, ou seja, a recepção, a atenção e a hospitalidade (4). A partir dessa compreensão, defende-se o acolhimento como alternativa à recepção tradicional nos serviços de saúde, destinado a qualificar a relação trabalhador-usuário, por meio de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania (5).

Observa-se que os significados atribuídos ao acolhimento não se associam diretamente às questões de cuidado em enfermagem, no entanto, é possível identificar algumas co-relações, tais como: atenção, consideração, dar crédito, dar ouvidos, admitir, aceitar, tomar em consideração, oferecer refúgio, proteção ou conforto físico. Assim, a construção de relações dialógicas pressupõe a possibilidade de construção de vínculo entre profissionais, usuários, famílias e comunidade, na perspectiva da valorização das subjetividades e no intuito de impulsionar um cuidado humanizado, com produção de autonomia do usuário (6).

No cenário Brasileiro, o vínculo e o acolhimento se constituem em importantes estratégias de cuidado de enfermagem para a reorganização dos serviços de saúde, no sentido de garantir o acesso universal, a resolubilidade e o atendimento humanizado. O vínculo e o acolhimento surgiram, mais especificamente, com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (sus) e o Programa Saúde da Família, mais tarde denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) (7-9). Como estratégia adotada em âmbito nacional, a partir da década de 90 do século XX, a ESF tem como propósito a

reorganização do modelo de atenção à saúde, com foco na atenção básica e no acompanhamento contínuo voltado às famílias em maior vulnerabilidade social (10, 11).

Sendo uma estratégia de fomento à participação comunitária, a ESF busca, em linhas gerais, a reorientação do modelo tecno-assistencial. Caracteriza-se pelo deslocamento do eixo de ação do indivíduo e sua doença para o cuidado integral de pessoas inseridas em seu contexto familiar e comunitário, tendo como suporte teórico e prático a integralidade da atenção, bem como a promoção e a vigilância em saúde (12-14).

A enfermagem tem em sua essência o compromisso com a integralidade e/ou o cuidado integral, o qual se concretiza pelo acolhimento, o vínculo e o diálogo e se sustenta em referenciais que apreendem o ser humano em seu contexto real e global. Nessa relação, tanto o enfermeiro quanto o usuário de saúde devem ser produtores e construtores do viver saudável, isto é, do bem-estar social. Esse envolvimento e co-responsabilização, no entanto, somente será possível mediante um processo dialógico, aberto e sensível aos diferentes saberes, no qual cada um contribui com seu conhecimento peculiar e juntos, profissionais e usuários, possibilitam uma interação efetiva e terapêutica (15-17).

Sob esse novo enfoque, o vínculo e o acolhimento se caracterizam como importante marco na saúde pública Brasileira, pela mudança conceitual da relação profissional-usuário, o que na prática opera a inversão do modelo técnico-assistencial. Enquanto o acolhimento vem se consolidando como estratégia agregadora no processo de reorganização do serviço de saúde-mudança do foco de trabalho da doença para o ser humano que a abriga, o vínculo se constitui em movimento de trocas afetivas e efetivas (18).

Criar o vínculo profissional, a partir do exposto, implica colocar-se no nível da outra pessoa e deixar a outra pessoa ser ela mesma, ou seja, estimular interações próximas e solidárias, nas e pelas quais o cuidado de enfermagem pontual, linear e mecanicista dê lugar ao cuidado dialógico, criativo e transformador. Tal compreensão reafirma a aposta de ser o agente comunitário de saúde o principal promotor do elo entre a equipe da ESF e a comunidade, considerando ser morador da mesma localidade das famílias e por integrar

a rede de relações, com atributos de solidariedade e empatia (19, 20). Com base no exposto, questiona-se: que competências são necessárias para a formação do vínculo e atuação na equipe Estratégia Saúde da Família?

Na tentativa de ampliar as discussões acerca das competências a serem desenvolvidas na formação de um novo perfil profissional, de acordo com as diretrizes educacionais e políticas do sistema de saúde vigente (sus), bem como instigar novos saberes que contribuam de forma efetiva e resolutiva para a consolidação da Estratégia Saúde da Família, o presente estudo teve como objetivo desenvolver competências teórico-práticas na enfermagem, para possibilitar a formação do vínculo profissional-usuário. O desenvolvimento se deu com base na inserção ativa e criativa na realidade de famílias assistidas pela equipe Estratégia Saúde da Família.

## Metodologia

O processo teórico-prático foi desenvolvido com docentes e acadêmicos do terceiro semestre do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Franciscano, mais especificamente, a partir da disciplina Teorias de Enfermagem, articulada às demais disciplinas do semestre, às quais possuem como eixo transversal a “Integridade do cuidado em saúde”.

Para esta atividade fim, denominada *Adotando uma Família*, os acadêmicos foram organizados em equipes de quatro membros cada um e estimulados a articularem uma das Teorias de Enfermagem à realidade cotidiana de uma família, a partir dos passos da Sistematização da Assistência de Enfermagem (21). As famílias, no total de quinze, residem em uma macroregião do município de Santa Maria/RS, Brasil, na qual a instituição de ensino em questão possui forte inserção por meio de práticas interdisciplinares de cuidado em saúde. Essas famílias foram escolhidas pela equipe ESF, de acordo com critérios e prioridades previamente estabelecidas. Dentre as prioridades figuraram famílias em cujo quadro familiar constavam usuários de drogas, violência familiar, prostituição infantil, doenças crônicas e mentais, dentre outras. As famílias, em sua maioria, eram compostas de seis a oito membros, casais em algum caso separados, que obtêm seu sustento na condição de “catadores de lixo”, com renda arcada pelo Programa Bolsa Família, iniciativa do

Governo Federal. Salienta-se que, para essa atividade fim, os alunos foram devidamente informados e instrumentalizados quanto às condições das famílias, bem como orientados acerca do processo teórico-prático que fundamentaria a formação do vínculo.

Tendo por objetivos fomentar o vínculo acadêmico/profissional-usuário e despertar a sensibilidade, solidariedade e o exercício de cidadania, a atividade acadêmica *Adotando uma Família* foi desenvolvida por meio de visitas semanais às famílias. Cada visita foi orientada pelo processo teórico-prático sistematizado, o qual será detalhado a seguir. As visitas, com duração de no máximo duas horas, foram realizadas coletivamente por meio de transporte coletivo, sendo que nestas, cada professor orientador acompanhou o seu respectivo grupo.

Salienta-se que, na medida em que a atividade se desenvolvia, vários grupos visitaram às “suas famílias” também fora dos dias agendados, motivados pela doença de algum membro da família ou por solicitação desses. Essas, no entanto, eram realizadas sem a presença dos professores. Ainda, em outros momentos, mais especificamente em dias de intensa chuva, frio ou em datas festivas, os acadêmicos, sensibilizados, convidavam seus próprios familiares para uma visita à “Família Adotada”.

A atividade teórico-prática *Adotando uma Família* tem a duração de um semestre acadêmico, sendo que até o momento foram realizadas dez edições. Em cada edição, foram realizadas em média doze a quinze visitas. Como desfecho do semestre, realizou-se um grande momento integrativo de confraternização, entre todas as famílias, o qual integrou professores, alunos, famílias envolvidas, equipe ESF e lideranças da comunidade. Nesse momento, cada grupo de alunos, juntamente com o seu professor orientador e família adotada, foram motivados a fazerem um relato das vivências do semestre, as quais, na maioria dos casos, culminaram com sentimentos de empatia, sensibilidade e vínculo entre os envolvidos.

O processo foi desenvolvido e avaliado no decorrer dos semestres do projeto em curso, mediante o acompanhamento e orientação dos alunos às visitas pelos professores, por meio dos relatos de vivências em sala de aula e nos momentos de integração final, a partir de relatos das Famílias Adotadas, bem como de relatos dos pais dos acadêmicos.

Os aspectos éticos do estudo foram observados em acordo com as recomendações da Resolução nº 466/2012, que prescreve a ética na pesquisa com seres humanos no Brasil (22). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número 308.493/2013.

## Resultados e Discussão

o processo teórico-prático compreende seis etapas sistematizadas, o qual serviu de suporte metodológico para a realização das atividades programáticas com as famílias adotadas: Histórico e diagnóstico da realidade; Levantamento das necessidades de saúde; Planejamento coletivo das ações de cuidado de enfermagem; Implementação do plano de cuidados de enfermagem; Avaliação coletiva e socialização das vivências e Estratégias de continuidade, todas fundamentadas em uma das Teorias de Enfermagem, previamente escolhida por cada grupo de acadêmicos. O processo foi mediado, ainda, por estratégias metodológicas, tais como: interação efetiva e afetiva com a família, criação de vínculos de confiança e a construção participativa e coletiva de todos os envolvidos, isto é, docentes, discentes, famílias e equipe ESF.

Na elaboração da primeira etapa do processo de cuidado de enfermagem *histórico e diagnóstico da realidade*, foram consideradas as condições familiares, estruturais, ambientais e comunitárias. Pela inserção ativa na realidade das famílias e da comunidade, o acadêmico teve oportunidade e possibilidade de ultrapassar o tradicional histórico e diagnóstico de enfermagem focado na doença. O estudante foi instigado a interagir com a realidade, no sentido de perceber e compreender os diferentes eventos e movimentos da "Família Adotada", em uma perspectiva ampliada, isto é, despedido de preconceitos e de pré-julgamentos.

Inicialmente, os estudantes foram apresentados às famílias pelos agentes comunitários da saúde. Estes lhes informaram os objetivos e o processo de trabalho. Em alguns casos, o momento inicial, foi marcado pela dúvida, incerteza e descrédito, visto que muitas famílias tinham sido, frequentemente, manipuladas por interesses políticos e ideológicos. Desse modo, as primeiras visitas foram motivadas por intensas trocas de saberes, vivências e expectativas. No decorrer das próximas visitas, as famílias já aguardavam

ansiosamente pelo novo encontro. Seguidamente os alunos expressaram sentimentos, tais como: "Pensava que eu iria até as famílias para ensiná-las, mas logo compreendi que mais aprendo do que levo para eles". "Nossa! fico admirada como as famílias conseguem viver e se organizar nestas condições... eu que tenho tudo em casa, muitas vezes reclamo...".

O *levantamento das necessidades de saúde* ocorreu no decorrer do processo interativo e dialógico. À medida que os acadêmicos se inseriam concretamente na realidade das famílias, passaram o compreender as reais necessidades das mesmas, mais especificamente, a partir de uma compreensão ampliada de saúde. Passaram a compreender que o conceito de saúde não se reduz a ausência de doenças, mas se amplia para os fatores condicionantes e determinantes sociais, tais como: condições de acesso, moradia, desemprego, violência, prostituição, uso de drogas, desigualdades e isolamento social, estrutura familiar, aglomeração populacional, entre outros.

Do mesmo modo, o conceito de cuidado de enfermagem inclui essa visão ampliada de saúde e de práticas profissionais integradas. Com base em trocas dialógicas, os acadêmicos facilmente concluíram que "as famílias constroem a sua vida e o seu dia-a-dia, por meio de uma forma de organização particular", possibilitada pelo dinamismo de viver, não no amanhã, mas no hoje, no aqui e agora. Vivenciam o dinamismo do presente, mesmo que na precariedade e na impossibilidade de projetar um futuro radiante.

A partir da compreensão das reais necessidades de saúde, os alunos motivaram as famílias para a realização do *planejamento coletivo das ações de cuidado*, apoiado e sustentado em uma Teoria de Enfermagem, a qual foi previamente socializada e discutida com a família adotada. Os alunos tinham clareza de que o planejamento não poderia limitar-se às práticas assistencialistas, isto é, às receitas prontas e prescritivas, mas deveria surgir da capacidade de promover estratégias conjuntas do processo de viver saudável. Entenderam que era preciso compartilhar saberes e potencializar os recursos disponíveis.

Entenderam, em suma, que não se tratava de impor cuidados de enfermagem, mas de ajudar à família tornar-se protagonista da sua história,

isto é, autora e promotora do seu auto-cuidado. Esta atividade exigiu revisão de conceitos e estratégias de liderança, tanto por parte dos alunos, quanto dos professores. Frequentemente se ouvia algum dos professores comentar: “É preciso valorizar o conhecimento e potencializar os recursos das famílias... nem elas e nem nós temos toda a verdade”.

Com base no exposto, a *implementação do plano de cuidados* de enfermagem aconteceu de forma gradual e crescente. Para tanto, várias parcerias foram firmadas e às redes de cooperação solidária fortalecidas. Estudantes e professores, gradativamente, depararam-se com a sensação de incapacidade e de limitação do saber disciplinar e passaram a discutir interdisciplinarmente; a entender que a integralidade e resolutividade em saúde necessitam de várias esferas sociais e que os diferentes sistemas precisam interagir continuamente. Esta compreensão tornou-se evidente na fala dos alunos: “Precisamos contactar os alunos do direito, porque um dos filhos da nossa família que se envolveu com drogas está sumido”; “Uma das filhas de nossa família precisava de um apoio psicológico... ela foi encaminhada para o serviço interdisciplinar da UNIFRA”; “Tivemos que acompanhar a senhora de nossa família para fazer a carteira de trabalho”, dentre outras falas. Também foram estimulados e criados grupos de convivência entre vizinhos, no sentido de promover uma maior integração e envolvimento social, principalmente em famílias com casos de depressão e de isolamento social.

Para a *avaliação e socialização das vivências*, foi realizado um momento especial de integração entre professores, estudantes, famílias, equipe da ESF e lideranças comunitárias, no qual cada grupo de estudantes, juntamente com a sua família, partilharam experiências vivenciadas no decorrer do semestre. Para algumas famílias, este era o primeiro momento de manifestação pública, de dar voz aos sentimentos e compreender o seu real direito de cidadania. Para os estudantes, por sua vez, tratava-se de um momento único, no qual e para o qual tinham canalizado suas energias e esperanças, além da certeza de que tinham formado um vínculo inesquecível. Para os professores, portanto, a sensação de um objetivo alcançado e a certeza de que tinham contribuído, efetivamente, na formação de um profissional mais crítico, solidário e comprometido com a transformação social.

Por parte da equipe de ESF e lideranças comunitárias, o reconhecimento pela parceria firmada e a possibilidade de crescimento e renovação. Para os aproximadamente duzentos participantes, o evento representou uma forte integração e mobilização para o novo. Se para os estudantes e professores ficou a certeza de terem “adotado efetivamente a família”, para a família ficou o sentimento de terem “aumentado a família pela conquista de novos filhos”.

Alguns relatos de familiares ficaram bastante fortes, neste momento: “Agora que eu ganhei estas filhas eu não posso mais perdê-las... quero fazer tudo para ficar sempre com elas”; “Eles, hoje, são os meus verdadeiros filhos... eles se interessam pela gente”; “Depois que estas meninas entraram na minha casa eu mudei... hoje sou outra. Aprendi que sou capaz de crescer e ser alguém na vida”. Para a maioria das famílias foi assegurada, a continuidade do processo ao longo dos semestres subsequentes.

A atividade teórico-prática, além de fundamentada em uma Teoria de Enfermagem, foi apoiada também em *estratégias metodológicas*, tais como: a interação efetiva e afetiva com a família, a criação de vínculos de confiança e a construção participativa e coletiva de todos os envolvidos, com o propósito de emancipar a família como protagonista da sua própria história. Das quarenta e cinco “Famílias Adotadas”, no decorrer das três edições do projeto, apenas uma família se retirou do processo, alegando apresentar conflitos. Seu pedido foi respeitado.

Os resultados do processo evidenciam, em suma, que apesar da vulnerabilidade extrema de muitas famílias adotadas, é possível promover o diálogo, estabelecer o vínculo profissional-usuário e instigar saberes que tornem o indivíduo/família protagonista da sua história.

A visibilidade, a credibilidade e a imagem social do enfermeiro passa, a partir do vivido, pela emergência e valorização de novos saberes, dentre eles o saber popular, por uma postura dialógica entre profissional-usuário, por uma abertura conceitual e científica em relação ao modelo biomédico vigente e uma maior responsabilidade política e ideológica dos gestores (23, 24). Essas transformações são potenciais construtoras de vínculo, aproximando quem oferece o cuidado, neste caso, o cuidado de enfermagem, de quem o recebe, a partir de atitudes solidárias que implicam colocar-se no nível da outra pessoa e deixar a outra pessoa ser ela mesma (25).

## Conclusão

A experiência acadêmica de formação de graduandos em enfermagem ao construir e implementar um processo teórico-prático de cuidado, capaz de possibilitar a formação do vínculo enfermeiro-usuário da saúde, com base na inserção ativa e criativa na realidade de famílias, foi enriquecedora e construtora de competências no ensinar e aprender a pensar e a fazer o cuidado de enfermagem de um modo renovado, contextualizado e ampliado.

A atividade teórico-prática desenvolvida com as “Famílias Adotadas”, atividade inovadora e empreendedora, possibilitou repensar o método de ensinar e aprender a criar e ampliar o conceito de saúde pela valorização do vínculo profissional-usuário e do cuidado de enfermagem. Na avaliação dos professores, a atividade representou uma efetiva articulação e inserção do ensino com os cenários de prática. Do ponto de vista dos acadêmicos, a atividade possibilitou espaços de construção com o desconhecido e o incerto. Para as famílias, o sentimento de terem sido lembradas e valorizadas como seres humanos e cidadãos. Para a equipe de ESF e lideranças, a possibilidade de uma proposta nova e a certeza de um sistema de saúde mais efetivo e eficaz.

Para além do objetivo inicial, possibilitar a formação do vínculo enfermeiro-usuário ou estudante-família, a atividade teórico-prática ampliou também o vínculo professor-família/comunidade; o vínculo academia-equipe ESF; o vínculo famílias entre famílias e a ampliação das interações entre os professores e alunos, vice-versa.

Formar o vínculo profissional-usuário como requisito para a atuação na Estratégia Saúde da Família, em suma, significa estreitar relações com o outro, mas também é um processo de educar-se na sensibilidade e solidariedade para vivenciar os acontecimentos em uma perspectiva ampliada de abertura à alteridade. Formar vínculos exige, dessa forma, a competência de perceber-se com o outro e a partir do outro. Em consequência, na educação, as relações e os métodos de ensino devem convergir para o reconhecimento do outro como ser singular, protagonista e autor da sua história.

## Referências

- (1) Tajero LM. Development and validation of an instrument to measure nurse-patient bonding. *Int J Nurs Stud.* 2010 May;47(5):608-615.
- (2) Witt RR, DeAlmeida MC. Identification of nurses' competencies in primary health care through a Delphi study in southern Brazil. *Public Health Nurs.* 2008;25(4):336-343.
- (3) Silva CR, Chiaperini PT, Frutuoso MF, Morell MG. Extensão universitária e prática dos agentes comunitários de saúde: acolhimento e aprendizado cidadão. *Saúde Soc.* 2014;23(2):677-688.
- (4) Baraldi DC, Souto BG. A demanda do acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família em São Carlos, São Paulo. *Arq Bras Ciênc Saúde.* 2011;36(1):10-17.
- (5) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Atenção Básica e a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- (6) Santos FP, Nery AA, Matumoto S. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(1):107-114.
- (7) Giovanella L, Mendonça MH, Almeida PF, Escorel S, Senna MC, Fausto MC et al. Family health: limits and possibilities for an integral primary healthcare approach in Brazil. *Ciênc Saúde Colet.* 2009;14(3):783-794.
- (8) Vaitsman J, DeAndrade GR, Farias LO. Social protection in Brazil: what has changed in social assistance after the 1988 Constitution. *Ciênc Saúde Colet.* 2009;14(3):731-742.
- (9) Guanais FC, Macinko J. The health effects of decentralizing primary care in Brazil. *Health Aff (Millwood).* 2009;28(4):1127-1135.
- (10) Moretti-Pires RO. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface-Comunic Saúde Educ.* 2009;13(30):153-166.

- (11) Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011 May;377(9779):1778-1797.
- (12) Sarti TD, Campos CE, Zandonade E, Ruschi GE, Maciel EL. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(3):537-548.
- (13) Shimizu HE, Carvalho DA. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(9):2405-2414.
- (14) Barreto JO, Nery IS, Costa MS. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(3):515-526.
- (15) Mello R, Furegato AR. Teoria ego-ecológica e o estudo da identidade social: aplicabilidade em pesquisas de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2011;15(4):825-832.
- (16) Cardoso LS, Cezar-Vaz MR, Silva MR, Costa VZ. The purpose of the communication process of group activities in the Family Health Strategy. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011;19(2):396-402.
- (17) Blanco BM, Valente GS, Lima CA, Oliveira AC, Correa MB. A importância da liderança do enfermeiro no gerenciamento das relações interpessoais entre a equipe de saúde. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2013;5(3):211-217.
- (18) Caçador BS. Configuração identitária do enfermeiro no contexto da estratégia de saúde da família [tese de mestrado]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG; 2012.
- (19) Nogueira CL. O outro olhar (sobre os enfermeiros): percepções dos utentes sujeitos a internamento hospitalar sobre os enfermeiros e os cuidados de enfermagem [tese de mestrado]. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 2010.
- (20) Oliveira MR, Bonardi CM. O profissional enfermeiro que atua na estratégia de saúde da família: prática gerencial. Ourinhos; 2010.
- (21) Luiz FF, Mello SM, Neves ET, Ribeiro AC, Tronco CS. A sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da equipe de um hospital de ensino. *Rev Eletr Enf*. 2010; 12(4):655-659.
- (22) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução No 466. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- (23) Spagnuolo RS, Juliani CM, Spiri WC, Bocchi SC, Martins ST. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: desafios em coordenar a equipe multiprofissional. *Cienc Cuid Saúde*. 2012;11(2):226-234.
- (24) Vilela GS. Configuração identitária do enfermeiro da estratégia de saúde da família de um município do interior do estado de Minas Gerais [tese de mestrado]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.
- (25) Silva LM, Fernandes MC, Mendes EP, Evangelista NC, Martins RA. Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. *Rev Enferm UERJ*. 2012;20(Esp 2):784-788.

# La madre adolescente en el transitar por la hospitalización del hijo

## A mãe adolescente que passa pela hospitalização de seu filho

Teen mother in transit through the hospitalization of her child

---

• Yenny Andrea Solano Rodríguez<sup>1</sup> • Rosa Yolanda Munevar Torres<sup>2</sup> •

---

•1• Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado Materno-Perinatal. Enfermera, Clínica Universitaria Colombia. Bogotá, Colombia. E-mail: yeandre\_2007@hotmail.com

•2• Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado Materno-Perinatal. Docente, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

---

Recibido: 22/11/2012 Aprobado: 15/06/2015

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.41839>

---





## Resumen

El número de adolescentes que deciden ser madres ha aumentado y los profesionales de enfermería deben brindar cuidado a estas “niñas-madre”, quienes enfrentan la hospitalización de sus hijos por complicaciones inherentes a este proceso.

**Objetivo:** Describir el significado de la experiencia para la madre adolescente de la hospitalización del hijo en la Unidad de Cuidado Neonatal, en un grupo de madres adolescentes del Hospital Engativá E.S.E. de Bogotá.

**Metodología:** Se hizo uso de la etnoenfermería, con una muestra por saturación teórica, mediante información aportada por ocho informantes clave y seis generales. Los datos fueron obtenidos entre junio de 2011 y julio del 2012, mediante 26 entrevistas en profundidad, con observación participante, notas de campo y análisis fotográfico. El análisis se apoyó en la teoría de Madeleine Leininger.

**Resultados:** Se identificaron 54 códigos y 11 patrones, generando cuatro temas centrales que evidenciaron y definieron este significado: *Los sentimientos de la adolescente en el transitar por la hospitalización del hijo; La unidad, neonatal un ambiente desconocido para la adolescente y su hijo; La madre adolescente, un participante activo en el cuidado de su hijo hospitalizado; y El acompañamiento durante la hospitalización del hijo.*

**Conclusión:** Para una adolescente tener su hijo hospitalizado significa sumergirse en contextos desconocidos,

## Resumo

O número de adolescentes que decidiram se tornar mães aumentou e os profissionais de enfermagem devem fornecer cuidados a essas “meninas-mães” que enfrentam a hospitalização de seus filhos por complicações inerentes a este processo.

**Objetivo:** Descrever o significado da experiência da mãe adolescente da internação de seu filho na Unidade de Terapia Neonatal, em um grupo de mães adolescentes em Engativá E.S.E Hospital de Bogotá.

**Metodologia:** A etnoenfermagem foi utilizada, com uma amostra por saturação teórica, utilizando informações fornecidas por oito informantes-chave e seis gerais. Os dados foram coletados entre junho de 2011 e julho 2012 por meio de 26 entrevistas em profundidade, observação participante, notas de campo e análise fotográfica. A análise é baseada na teoria de Madeleine Leininger.

**Resultados:** 54 Códigos e 11 padrões foram identificados, gerando quatro temas centrais e definidos que definiram este significado: *Sentimentos de adolescente em trânsito da hospitalização de um filho; A unidade neonatal, um ambiente desconhecido para a adolescente e sua criança; A mãe adolescente, um participante ativo no cuidado de seu filho hospitalizado; e o Acompanhando à criança durante a hospitalização.*

**Conclusão:** Para uma adolescente ter seu filho hospitalizado significa submergir-se em contextos não familiares, aprender a cuidar com novos conhecimentos,

## Abstract

The number of teenagers who decide to become mothers has increased and nurses must provide care for these “girls-mothers” who face the hospitalization of their children by complications inherent to this process.

**Objective:** To describe the meaning of the experience for the teen mother son’s hospitalization in Neonatal Care Unit in a group of adolescent mothers of Engativá E.S.E. Hospital of Bogotá.

**Methodology:** Ethnonursing was used, with a sample by theoretical saturation, using information provided by eight key informants and six general. Data were collected from June 2011 to July 2012 by means of 26 in-depth interviews, participant observation, field notes, and photographic analysis. The analysis was based on the theory of Madeleine Leininger.

**Results:** 54 codes were identified and 11 patterns, generating four central themes that demonstrated and defined this meaning: *Feelings of teen in transit through the hospitalization of a child; The neonatal unit, an unknown environment for your child and adolescent; The teenage mother, an active participant in the care of their hospitalized child; and Accompanying the child during hospitalization.*

**Conclusions:** For a teenager, to have her hospitalized child means immersing her-self in unfamiliar contexts, learn to care with new knowledge, practices limit emic knowledge, life changing feelings

aprender a cuidarlo con conocimiento nuevo, limitar prácticas del conocimiento *émico*, vivir sentimientos cambiantes y demandar diversas fuentes de apoyo. Algunos aspectos son similares al de otras madres y otros propios en las que justifican el cuidado de enfermería específico.

**Descriptor:** Adolescente; Hospitalización; Recién Nacido; Enfermería Transcultural (fuente: DECS BIREME).

limitar práticas do conhecimento *emic*, experimentar sentimentos de mudança de vida e demandar várias fontes de apoio. Alguns aspectos são semelhantes ao de outras mães e outros próprios o que justifica cuidados de enfermagem específicos.

**Descritores:** Adolescente; Hospitalização; Recém-Nascido; Enfermagem Transcultural (fonte: DECS BIREME).

and demand various sources of support. Some aspects are similar to other mothers and own them, justifying specific nursing care.

**Descriptors:** Adolescent; Hospitalization; Infant, Newborn; Transcultural Nursing (source: DECS BIREME).

## Introducción

Las gestaciones en adolescentes han aumentado (1, 2, 3) y consigo la hospitalización de sus recién nacidos como consecuencia de complicaciones de la gestación en edades tempranas, como la prematuridad o la dificultad respiratoria, entre otras alteraciones (4). La hospitalización de los hijos genera en los padres crisis que se expresan en sentimientos (5, 6), pero en la madre adolescente éstos no se encuentran suficientemente descritos (7). Los profesionales de enfermería deben cuidar al recién nacido y a la madre, quien demanda cuidado por estar atravesando experiencias nuevas y traumáticas, como ser madres a temprana edad y tener su hijo hospitalizado. Ellas requieren de cuidados específicos durante el embarazo, parto y puerperio para preservar su salud y la del bebé.

En este sentido, el contexto de la unidad neonatal es complicado porque predominan la alta tecnología y las normas restrictivas, limitando la expresión cultural del cuidado tradicional de la madre con su hijo (8, 9), mientras se comienza a ser mamá de un bebé que no corresponde a la imagen del hijo esperado (5, 10). Además, la cultura influye en el comportamiento de cuidado de la adolescente con su hijo, lo cual es interpretado como inexperiencia. Las adolescentes generalmente no están preparadas para asumir estas vivencias, que les genera sentimientos, pensamientos y reacciones que el personal de salud desconoce, razón por la cual se dificulta la comunicación entre la madre y los profesionales. Estos eventos se evidencian en la forma de educarla para la crianza, el manejo de la información y la manera de invitarla a participar en el cuidado, que desde la perspectiva de la adolescente no es acorde con sus necesidades y las de sus hijos.

Coherente con estos planteamientos, Leininger (11) enfatiza en que los significados y las experiencias deben verse desde el conocimiento *émico*, desde el punto de vista del participante, sus valores, creencias y conocimientos, para no desarticularlo del contexto y de sí mismos, brindando cuidado sensible y humano. Por lo tanto, la *Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales* (11) fue apoyo para esta investigación.

## Metodología

Fue un estudio cualitativo, a partir del método de la *entoenfermería*, cuyo objetivo fue describir el significado de la experiencia para la madre adolescente de la hospitalización del recién nacido en la Unidad de Cuidado Neonatal, en un grupo de madres del Hospital Engativá E. S. E. de Bogotá. Participaron 8 madres adolescentes, quienes cumplieron con los criterios de inclusión: que estuvieran entre 15 y 19 años de edad y sus hijos hospitalizados en la unidad neonatal. Fueron excluidas madres hospitalizadas o con enfermedad mental. Como informantes generales, participaron 6 enfermeras de la unidad neonatal.

La muestra fue por saturación teórica y las participantes fueron seleccionadas según los principios de adecuación, pertinencia, disponibilidad, conveniencia y oportunidad (12). Se contó con el aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia (Acta No 5 del 28/03/2011) y el permiso del Hospital de Engativá. Se utilizaron los facilitadores del método: *extraño-amigo*, *observación-participación-reflexión* y *sol naciente* (13).

Se recolectaron los datos con entrevistas a profundidad, *observación participante*, *notas de campo* y *fotografías* (12), previo consentimiento informado. Se realizaron 26 entrevistas en total incluyendo informantes clave y generales.

Las fases del método (13) fueron las siguientes:

- *Fase 1:* Análisis de datos detallados y fundamentados.
- *Fase 2:* Identificación de descriptores, indicadores y categorías.
- *Fase 3:* Identificación de patrones recurrentes.
- *Fase 4:* Abstracción de temas de comportamiento y otros hallazgos.

El papel del investigador fue ser *observador*, *participante* y *aprendiz* e instrumento de recolección de datos (13). El rigor metodológico se mantuvo por criterios de credibilidad, *auditabilidad*, *transferibilidad*, *validez*, *confiabilidad*, *confirmabilidad*, significado en contexto, patrones recurrentes y saturación (13).

El análisis de los datos fue simultáneo durante las fases, regresando al campo para aclarar información. Los fragmentos de significado abstraídos se codificaron y se registraron en una matriz de *Microsoft Excel 2012*®, con el memo de análisis y el análisis a la luz de la teoría. Las fotografías fueron interpretadas por los informantes a través de entrevistas. Finalmente, se construyó el esquema del sol naciente con los datos obtenidos.

## Resultados y Discusión

El significado de la experiencia de la hospitalización del recién nacido para la madre adolescente se evidenció en cuatro temas:

**Tema 1.** *Los sentimientos de la adolescente en el transitar por la hospitalización del hijo.*

**Tema 2.** *La unidad neonatal, un ambiente desconocido para la adolescente y su hijo.*

**Tema 3.** *La madre adolescente, una participante activa en el cuidado de su hijo hospitalizado.*

**Tema 4.** *El acompañamiento durante la hospitalización del hijo.*

Este artículo presenta el análisis de los dos primeros temas.

### **Tema 1. Los sentimientos de la adolescente en el transitar por la hospitalización del hijo**

Los sentimientos reflejan el sentir de la madre frente a la hospitalización. Éstos van desde la preocupación al inicio hasta la felicidad por el alta del hijo. Este tema lo constituyen cuatro patrones:

**1.** *La adolescente se preocupa por el bienestar del niño.* La preocupación estuvo asociada a la alimentación, la conservación de la temperatura y el peso, que le significaba alteración en la salud y bienestar del bebé. Así, un descenso del peso o enfriamiento del niño era entendido como un retroceso en la evolución o un descuido del personal, como lo refirió la madre:

[...] Ver si le podía poner ropita porque lo estoy sintiendo muy frío, y no me le dejan entrar tampoco ropita ni nada [I5E1P35].

La preocupación además va ligada al acceso a la información. Inicialmente, la adolescente desconocía el lugar y las condiciones en las que estaba hospitalizado su hijo, por lo que buscaba información. El informe es trascendental y de su contenido y actitud del personal depende el estado emocional. Si es asertivo, se siente optimista por la recuperación del bebé, pero si no es alentador, para ella es una situación difícil.

Algunos estudios (14) evidenciaron la trascendencia de la información del equipo de salud recibida por los padres y cómo cambiaban las percepciones acerca del estado clínico de sus hijos. Por el contrario, los profesionales de enfermería observan las adolescentes despreocupadas, inmaduras y con falta de preparación para la maternidad, pues consideran que ellas no logran dimensionar la magnitud de tener el hijo hospitalizado. Dicen que la adolescente tiene baja percepción del riesgo, con expresiones y actitudes interpretadas como descuido, silencios frecuentes, falta de expresiones o afectividad hacia el hijo y desplazamiento de funciones del rol materno hacia personas de la familia, especialmente hacia la abuela. Una enfermera dice:

Acá llegan muchas con los niños sin bañar, con pañalitis, con la carita llena de mugre, con las orejitas sucias. Se les ve que les hace falta cuidado [IG10E1P16].

Sin embargo, la literatura describe algunos de estos comportamientos como característicos de la madre adolescente (15)

**2.** *Sentimientos derivados de la separación.* Esto es evidencia de que la hospitalización es una separación inesperada que desencadena

llanto, tristeza, sensación de vacío, intranquilidad, ansiedad y sentimientos ambivalentes, pues el hijo es lo más importante en la vida de la adolescente. El llanto es el lenguaje que expresa sentimientos maternos de sensaciones desagradables, inconformidad e impotencia y que a su juicio interfieren en la relación afectiva. La madre dice:

Me dio mucha rabia con los doctores, porque sin saber [el bebé] en dónde iba a quedar ni nada. Entonces sí, me puse a llorar [I5E2P3].

El llanto como expresión de tristeza frente a la hospitalización del niño también fue descrito en otras investigaciones (6).

El vacío aparece en madres que convivieron con su bebé en el hogar antes de ser hospitalizados y lo describieron como una sensación semejante al duelo por la muerte de un ser querido. El sentimiento de vacío también fue descrito y asociado a otros sentimientos como el de no pertenencia (5). Los sentimientos ambivalentes fueron evidenciados sólo en participantes de este estudio y se relacionaron con la felicidad de sentirse madres pero con la tristeza por la hospitalización del hijo. También se encontró la felicidad por la evolución y la proximidad al egreso, pero tristeza por dejarlo solo en la unidad neonatal.

**3. Miedo a lo desconocido en la condición de salud del niño.** El miedo es una sensación desagradable asociada al contacto, a una nueva separación, a la muerte, al deterioro, a los procedimientos y al egreso. Tocar un bebé enfermo por primera vez, indefenso y diferente al imaginado fue un reto para la adolescente, por lo cual el apoyo de la enfermería fue decisivo. Así lo manifestó la madre:

Cuando le dicen a uno que puede tocarlo, como que me daba miedo porque uno como

que los ve tan chiquitos, tan frágiles, como si les doliera algo [I1E1P14].

El miedo a una nueva separación tiene dos perspectivas: primero, la adolescente siente que el equipo la evalúa constantemente para verificar sus habilidades como cuidadora; la segunda, es el miedo a una nueva hospitalización.

El miedo a la muerte o al deterioro lo relacionaron con el tamaño del bebé, el estado crítico, la dependencia de elementos tecnológicos para el soporte vital y la información. Estas situaciones la conducen a imaginarse o enfrentar la realidad de las complicaciones o la muerte. Así lo expresaron:

[...] Tocaba hacerle exámenes, de sangre, de todo, y él me decía que si no le hacían todo eso, más adelante podía causar un retraso o quedar ciego. Entonces, ¿cómo uno no se va a preocupar! [I7E1P10].

El miedo a los procedimientos se relacionó con dolor y sufrimiento, percibiendo la incapacidad del niño para defenderse de la agresión. Ellas lo veían vulnerable, sin embargo, pese a su impotencia, los aceptaban porque son necesarios para la recuperación. Al respecto, las madres dijeron:

A mí me da pesar que me lo estén chuzando, pero es por el bien de él [I6E2P14].

Sobieski (16) encontró el miedo asociado a la muerte, al sufrimiento, al dolor y a los procedimientos invasivos a los cuales el bebé es sometido en las unidades de cuidado intensivo.

El miedo al egreso fue expresado únicamente por los informantes generales. Cuando éste es inminente, ella expresa felicidad y nerviosismo ante el cambio de contexto en el que debe cuidar a su hijo, pues pasa de un escenario donde contaba con el apoyo de la tecnología y los profesionales especializados a regresar a su hogar donde cuidará del bebé sin estos apoyos. Esta transición contextual la enfrenta con la realidad, la induce a asumir el rol de madre y de cuidadora, responsabilidades que en contraposición a la felicidad le generan miedo. Así lo describió también Rodríguez (14) en su estudio.

Para la adolescente la hospitalización del hijo implica sentimientos abrumadores que interfieren en el acercamiento, en el contacto inmediato y tranquilo con su bebé, situaciones que ameritan comprensión, acompañamiento y orientación de enfermería.

Estos sentimientos fueron hallados en otros estudios con madres adultas, quienes habían vivido la experiencia de tener sus hijos hospitalizados (16, 17, 9). No obstante, en la adolescente no se halló el sentimiento de culpa, como en la madre adulta (9, 16). Los sentimientos ambivalentes, la felicidad y el vacío fueron específicos para la madre adolescente en este estudio.

**4. Lo positivo de la hospitalización reconforta a la madre.** Este patrón se caracterizó por la presencia de sentimientos positivos ante la cercanía del egreso. A medida que avanzaba la hospitalización, la percepción de la condición de salud del recién nacido cambiaba, despertándole el optimismo y la esperanza por la proximidad del alta. La madre se siente tranquila y feliz, ha dejado los miedos, está dispuesta a aprender a cuidar el bebé y realiza algunas actividades de cuidado avanzando en el proceso, como lo muestra la Fotografía 1.



**Foto 1.** “[...] ya no está enfermo, me reconforta.”

Al respecto dice:

Después de ver que mi hijo ya no está enfermo, como que me recuerda y me reconforta ver que pasé por eso, que lo superé y que esta *superbién* y lo tengo conmigo [18E3P2F4].

Estos hallazgos fueron descritos por otros autores en madres adultas (14, 9).

Así mismo, la comunicación transmite motivación y esperanza, generándole calma y disminuyendo el estrés. La comunicación significó para la adolescente expresiones positivas, a pesar de la crítica situación de salud del niño. Los estudios de Thaise (9) y Silva (17) se refieren a la habilidad del equipo de salud para tranquilizar a los padres y humanizar el cuidado en las unidades neonatales.

En conclusión, los sentimientos de la adolescente en el transitar por la hospitalización del hijo son transversales y cambiantes, dependen de factores del contexto que influyen para que la hospitalización del recién

nacido sea una experiencia menos traumática y de aprendizaje. En consecuencia, la hospitalización del recién nacido significa enfrentarse a un contexto desconocido, en el que está inmerso el hijo, a quien la madre percibe vulnerable y desprotegido.

## **Tema 2. La unidad neonatal, un ambiente desconocido para la adolescente y su hijo**

Según Leininger (11), el ambiente influye en la salud y en el cuidado de las personas. Es el escenario donde la adolescente vive y da significado a la experiencia de tener su hijo hospitalizado. Es una dimensión diferente a su ambiente natural, que implica enfrentarse al bebé real en medio de la alta tecnología, así como a múltiples actores y situaciones difíciles.

Aquí, las enfermeras son actores, proveedoras de cuidado, que facilitan u obstaculizan la integración de la madre al contexto y fortalecen la articulación del conocimiento ético y *émico* (11) que influye en este significado. Este tema lo constituyen tres patrones:

1. *El bebé real en la hospitalización.* La sorpresa es la expresión ante la presencia de un niño prematuro de bajo peso y enfermo, distanciándolo del bebé imaginado durante la gestación. Además, le es extraño observar al bebé que gestó fuera de su cuerpo, percibiendo esta experiencia como “asombrosa”.

En este sentido, estudios en mujeres adultas muestran que durante la gestación ellas imaginan que el bebé llegará pero en condiciones de enfermedad, lo que no coincide con el imaginado, conduciéndolas a percibir situaciones inadecuadas (18, 19, 20). Ahora bien, detrás de la magia de ser madre aparece el *primer encuentro* con un bebé enfermo, pequeño, que no llora, no se mueve y no corresponde al bebé normal, grande y sano, gestado durante nueve meses. El bebé real tiene elementos invasivos y tecnológicos que le traducen un estado crítico de salud. Estos hallazgos fueron observados por Wiger (21) y colaboradores, quienes describieron cómo el ambiente hospitalario asociado con la condición de salud del hijo es un escenario terrorífico para los padres.

2. *La enfermera cuidadora del bebé hospitalizado.* Este patrón evidencia el cuidado de enfermería asociado al buen trato, a la suavidad, a la observación continua, a la respuesta rápida a las demandas del niño, a la satisfacción de las necesidades básicas: comida, monitoreo, cambio de pañal y anticipación al riesgo, que inducen confianza en ella y califican como “enfermera pendiente”. La madre dijo al respecto:

Son lindas, saben tratar al bebé, son delicadas, y ellos como son tan chiquitos como que hay que tenerles mucho cuidado. Por ejemplo: para darles de comer... Algunas los consienten o le llaman por el nombre... [11E2P27].

Una enfermera delicada es sensible y congruente con las necesidades del bebé, porque lo trata como una persona, escucha y es receptiva al afecto. De igual manera, atiende comprensivamente las necesidades de la adolescente.

En sentido contrario, las enfermeras son bruscas si sus cuidados no son delicados o consecuentes con la condición de indefensión del bebé, si ignoran el llamado mediante el llanto, especialmente si hay dolor e incomodidad, entonces la adolescente se siente triste e irritable hacia la enfermera.

La adolescente enfrenta situaciones y personas radicales que limitan la elaboración del duelo por la separación del hijo. Si bien es cierto que las normas ordenan el contexto, también pueden resultar rígidas y limitantes. En su estudio, Griffin (22) afirma que las preocupaciones de los padres acerca de la comodidad, los niveles de dolor etc. deben ser considerados como factores estresores. Por los tanto, a los padres se les debe involucrar y enseñar cuidados que ayuden a sus hijos a disminuir estos factores. La inflexibilidad para la participación de la madre en el cuidado la hacen sentir apartada en el contexto de la hospitalización, expresándolo con rechazo hacia la enfermera:

Yo le dije a ella: «Déjame entrar a ver si lo puedo calmar y ya. Que se quede dormido y salgo, no me demoro», y ella que no... Entonces, como que me dio rabia... [I1E3P24].

La flexibilidad también involucra la institución porque es deseable que se tenga en cuenta la familia como fuente de apoyo para la adolescente. Así lo expresaron:

En mi casa mis papás lo quieren ver. Pero ellos querían subir ahorita a verlo, pero no pueden entrar [I5E1P23].

Al respecto, Wigert (21) encontró que las madres que tuvieron sus hijos hospitalizados vivieron periodos de inclusión alternos con periodos de exclusión en el cuidado, con énfasis en la exclusión. Así pues, el cuidado neonatal debe incluir la práctica de la humanización y el cuidado centrado en la familia.

Para la adolescente, el profesional de enfermería es desconocido y distante como actor del contexto, percibiéndolo lejano y dedicado a otras actividades. Sin embargo, es un profesional de quien anhelan apoyo. Así lo manifestaron:

Pues el jefe... no. Más que todo era la pediatra y las enfermeras, pero el jefe no, lo veo muy apartado [I1E3P9].

Las situaciones descritas y la información proveniente de otras madres desencadenan en la adolescente desconfianza con respecto a la atención que recibe su hijo, creando una

barrera entre madre-enfermera. La madre siente que su bebé queda solo y desprotegido, como lo expresó alguna:

Decían que los dejaban llorar mucho, que le daban leche de otra mamá. Eso me asustó [I5E1P8].

En este sentido, Griffin (22) señala que los padres juzgan las competencias de las enfermeras por sus habilidades, tareas y conductas de cuidado, cuyas responsabilidades son compartidas con ellos. Si a las madres se les niega la oportunidad de mirar a sus hijos, pueden sentirse confundidas y pelear para conectarse con ellos. Según Cassia (23), las madres sienten celos de las enfermeras, pues están asumiendo su rol, pero ellas deben aceptarlo por la condición de sus hijos

**3. La comunicación con el equipo de salud, factor de acercamiento o distanciamiento de la adolescente.** Describe cómo la comunicación con la enfermera implica capacidad para comprender la experiencia, ofreciendo información para su bienestar y oportunidad de participar en el cuidado, ya que es posible que ella tenga vacíos en la crianza, sea inexperta y temerosa. La comunicación debe ser clara, evitando expresiones y actitudes agresivas o amenazas, lo que conduciría a la ruptura de la misma. Una comunicación efectiva facilita la enseñanza del cuidado y logra el acercamiento del conocimiento ético y ético.

Estudios consultados (24, 25) mostraron que el fundamento del cuidado de enfermería es la relación interpersonal terapéutica que establece la enfermera con el sujeto de cuidado y con su familia. Sin embargo, las enfermeras opinan que la comunicación con otros familiares es un apoyo, pero pueden presentarse confusiones, por lo que la ofrecen a los padres del bebé exclusivamente. Consideran que la información que ofrecen es sencilla, pero las adolescentes no la entienden. En relación con lo anterior, interactuar asertivamente con los padres de los neonatos, reconocerse y reconocerlos a ellos



como personas, escucharlos, hacer contacto, ponerse en la piel de ellos, generar confianza demostrada en el cuidado y en los conocimientos que se tienen convierte la comunicación asertiva en una estrategia para el cuidado de enfermería.

Cuando la enfermería logra acercarse a la adolescente, se establece una relación auténtica con comportamientos que la madre percibe como cuidado; de lo contrario, la relación se rompe creando una brecha. Como dice Leininger (13), "El fin último del cuidado de enfermería es establecer un puente entre el conocimiento genérico y el conocimiento profesional a través de los modos de acción".

## Conclusiones

El significado de la hospitalización del hijo para la madre adolescente se refleja en los siguientes temas: *Los sentimientos de la adolescente en el transitar por la hospitalización del hijo y La unidad neonatal, un ambiente desconocido para la adolescente y su hijo.*

Los sentimientos son transversales, cambiantes e influenciados por un contexto caracterizado por la información, la tecnología, las actitudes de los cuidadores de salud, las experiencias previas, la educación, la situación de salud del hijo, el enfrentarse al hijo real y las condiciones de la separación madre-hijo.

Durante esta experiencia, la adolescente debe fortalecer el vínculo con su hijo, aprender a cuidarlo, siguiendo un conocimiento nuevo que debe combinar con el propio. La enfermería como actor del contexto requiere identificar los factores influyentes en este significado, así como buscar los caminos para cerrar la brecha entre el conocimiento profesional y el conocimiento genérico, ofreciendo cuidados sensibles, humanos y coherentes con el conocimiento y con las necesidades de la adolescente.

## Recomendaciones

- Los hallazgos sugieren trabajar en la implementación de planes de enfermería que fortalezcan el cuidado que se le brinda al recién nacido hospitalizado, incluyendo a la madre adolescente.

- Fortalecer la investigación para diseñar un instrumento que incluya los temas identificados y medir mediante diseños cuantitativos el comportamiento y las respuestas de la adolescente a este fenómeno en contextos similares.

## Referencias

- (1) Organización Mundial de la Salud (OMS). Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo [boletín en Internet]. 2009 [acceso: 12 oct 2012];87(1):[aprox: 79 pantallas]. Disponible en: [www.who.int/entity/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/](http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/)
- (2) Profamilia. Resumen de Prensa. 1ª Encuesta de Demografía en Salud, Bogotá 2011 [boletín en Internet]. Bogotá: Profamilia; 2012. pp. 1-158.
- (3) Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Nacimientos 2011 [informe en Internet]. Bogotá: DANE; 2011 [acceso: 12 oct 2012]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/esp/component/content/article/118-demograficas/estadisticas-vitales/2871-nacimientos-2011-preliminar>
- (4) Donlen J, Lynch P. Teenage mother... high-risk baby. Nursing [serial on the Internet]. 1981 May [access: 2010 Feb 22];11(5):51-56. Available from: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6908662](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6908662)
- (5) Ocampo MP. El hijo ajeno: vivencia de madres de niños prematuros hospitalizados. Aquichán. 2013;13(1):69-80.
- (6) Parra FM, Moncada Z, Oviedo SJ, Volcanes MM. Estrés en padres de los recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Alto Riesgo Neonatal. Index Enferm. 2009 [acceso: 12 oct 2012];18(1):[aprox. 5 pantallas]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962009000100003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100003)
- (7) DaSilva L, Spanó AM, Azevedo F, Stefanello J. Significados atribuidos por puerperas adolescentes a la maternidad: autocuidado y el cuidado con el bebé. Texto Contexto Enferm. 2009;18(1):48-56.

- (8) Gallegos J, Reyes J, Gracinda C. The hospitalized preterm newborn: the significance of parents' participation in the Neonatal Unit. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013;21(6):1360-1366.
- (9) Frello AT, Carraro TE. Enfermería y las relaciones con las madres de recién nacidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(3):514-521.
- (10) Terra AA, Dias IV, Reis VN. A enfermagem atuando como facilitadora do apego materno-filial. *R Enferm Cent O Min*. 2011;1(3):332-341.
- (11) Leininger M, McFarland M. Culture Care Diversity and universality theory and evolution of the ethnonursing method. In: Leininger M, McFarland M. *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. 2<sup>nd</sup> Ed. New York: Jones & Bartlett Learning; 2006. pp. 1-43.
- (12) Sandoval C. Investigación cualitativa. Programa de Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social. Bogotá: Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES); 1996.
- (13) Leininger M, McFarland M. Ethnonursing research method and enablers. In: Leininger M, McFarland M. *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. 2<sup>nd</sup> Ed. New York: Jones & Bartlett Learning; 2006. pp. 43-83.
- (14) Rodríguez YA, Muñoz L. Las madres se adaptan a la hospitalización de sus hijos mediante la exploración y el apoyo. *Actual Enferm*. 2008;12(1):813-816.
- (15) Mayorga MN. La maternidad en la vida de las adolescentes: implicancias para la acción. *Rev Psicol (Lima)*. 2009;27(1):29-54.
- (16) Anjos LS, Lemos DM, Antunes LA, Andrade JM, Nascimento WD, Caldeira AP. Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(4):571-577.
- (17) Silva AP, Paiva RN, Collet N. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. *Rev Eletr Enf [periódico na Internet]*. 2007 [acesso: ago 12 2010];9(1):200-213. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v9/n1/pdf/v9n1a16.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n1/pdf/v9n1a16.pdf)
- (18) Molina RC, Marcon SS. Benefícios de la permanencia de participación de la madre en el cuidado al hijo hospitalizado. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(4):856-864.
- (19) Velásquez P, Golse B. Apreciaciones teórico-clínicas sobre la psiquiatría infantil de enlace en un hospital de niños en París. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2009;38(Supl 1):140-158.
- (20) Carmona EV, Coca KP, Do Vale IN, Abrao AC. Conflito no desempenho do papel de mãe em estudos com mães de recém-nascidos hospitalizados: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(2):505-512.
- (21) Wigert H, Johansson R, Berg M, Hellström AL. Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. *Scand J Caring Sci*. 2009;20(1):35-41.
- (22) Griffin T. Family-centered care in the NICU. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2006;20(1):98-102.
- (23) Melo RC, Souza IE, Paula CC. The voice of the woman-mother of a premature baby in the neonatal unit: a phenomenological approach [serial on the Internet]. *Online Braz J Nurs*. 2014 [access: 2014 Jan 12];13(2):198-206. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20144415>
- (24) Barlem EL, Rosenhein DP, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva. *Rev Eletr Enf [periódico na Internet]*. 2008 [acesso: 14 out 2010];10(4):1041-1049. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v10/n4/v10n4a16.htm](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n4/v10n4a16.htm)
- (25) Pons XD. La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. *Enferm Integral*. 2006;73:27-34.

# Teoria do autocuidado na assistência às mulheres que vivem com AIDS: utilidade da teoria

Teoría del autocuidado en la asistencia a las mujeres que viven con sida: utilidad de la teoría

Theory of self-care assistance in a women living with AIDS: utility of the theory

---

• Emeline Moura Lopes<sup>1</sup> • Julyana Gomes Freitas<sup>2</sup> •  
• Marli Teresinha Gimenez Galvão<sup>3</sup> • Marcos Venícius de Oliveira Lopes<sup>4</sup> •

---

•1• Doutora em Enfermagem. Enfermeira, Maternidade Assis Chateaubriand, Universidade Federal do Ceará. Ceará, Brasil. E-mail: emelinepet@yahoo.com.br

•2• Doutora em Enfermagem. Professora Auxiliar, Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Fortaleza. Ceará, Brasil.

•3• Doutora em Doenças Tropicais. Professora Associada, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Ceará, Brasil.

•4• Doutor em Enfermagem. Professor Associado, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Ceará, Brasil.

---

Recibido: 06/12/2012 Aprobado: 15/06/2015

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.35817>

---



## Resumo

**Objetivo:** Objetivou-se analisar a utilidade da *Teoria do autocuidado* para a assistência de enfermagem as mulheres com AIDS, sob o modelo de Meleis.

**Metodologia:** Estudo de revisão integrativa, com busca nas bases de dados LILACS, MEDLINE, SciELO, Scopus, CINAHL, Cochrane e PubMed. Após verificação dos critérios de inclusão, foram identificados três artigos referentes à temática. Na análise dos estudos, focou-se o componente utilidade da teoria de Meleis.

**Resultados:** A análise dos estudos, segundo a utilidade, evidenciou que a *Teoria do autocuidado* foi fundamental para analisar a capacidade e os déficits de mulheres com HIV/AIDS quanto ao autocuidado. Com a análise crítica de Meleis, foi possível verificar a utilidade da *Teoria do autocuidado* para a assistência de enfermagem a mulheres com infecção pelo HIV/AIDS. Evidenciaram-se, ainda, diversos cenários e abordagens de aplicação da teoria, identificado sua utilização voltada a vários objetivos do autocuidado de mulheres com HIV.

**Descritores:** Teoria de Enfermagem; Autocuidado; Mulheres; HIV (fonte: DECS BIREME).

## Resumen

**Objetivo:** Este estudio tuvo como objetivo analizar la utilidad de la *Teoría del autocuidado* para la atención de enfermería para las mujeres con sida, conforme al modelo de Meleis.

**Metodología:** Estudio de revisión integradora, cuya búsqueda se realizó en las bases de datos LILACS, MEDLINE, SciELO, Scopus, CINAHL, Cochrane y PubMed. Después de comprobar los criterios de inclusión, se identificaron tres artículos relacionados con el tema. El análisis de los estudios se centró en el componente de Meleis de la utilidad de la teoría.

**Resultados:** El análisis de los estudios, de acuerdo con la utilidad, mostró que la *Teoría del autocuidado* es esencial para examinar la capacidad y los déficits en las mujeres con VIH/sida como el autocuidado. Con el análisis crítico de Meleis, pudimos comprobar la utilidad de la teoría del autocuidado para la atención de enfermería para las mujeres con VIH/sida. Se presentaron también diferentes escenarios y enfoques de la aplicación de la teoría, cuyo uso fue identificado para varios objetivos encaminados a la autoatención de las mujeres con VIH.

**Descritores:** Teoría de Enfermería; Autocuidado; Mujeres; VIH (fuente: DECS BIREME).

## Abstract

**Objective:** This study aimed to analyze the usefulness of the *Theory of Self-care* for nursing care for women with AIDS, under the Meleis model.

**Methodology:** Study of integrative review, with database search in LILACS, MEDLINE, SciELO, Scopus, CINAHL, Cochrane and PubMed. After checking the inclusion criteria, were identified three articles related to the topic. The analysis of the studies was focused on the component of utility theory Meleis.

**Results:** Analysis of the studies, according to the utility, showed that the *Theory of Self-care* is essential to examine the ability and deficits in women with HIV/AIDS as self-care. With the critical analysis of Meleis, we could verify the usefulness of the *Theory of Self-care* for nursing care for women with HIV/AIDS. It was apparent also different scenarios and approaches to application of theory, its use identified several objectives aimed at self-care of women with HIV.

**Descriptors:** Nursing Theory; Self Care; Women; HIV (source: DECS BIREME).

## Introdução

No início da epidemia da AIDS as mulheres não eram incluídas em categorias de risco para a aquisição do vírus. Ao longo do tempo, tornaram-se vulneráveis e, especialmente, incluem a criança no contexto da epidemia da AIDS, em virtude da transmissão vertical (1, 2). Deste modo, a ampliação da testagem do HIV, dos exames sorológicos da mãe e a carga viral são fundamentais, pois minimizam o risco da transmissão do HIV à criança. As mães-gestantes com o HIV podem evitar a infecção da criança, melhorar sua saúde, sua convivência com a doença, e preparar-se para receber seu filho e dar-lhe atenção, amor e cuidados necessários à sobrevivência (3, 4).

No âmbito da família, a figura da mulher-mãe é a principal cuidadora e é implícita como principal responsável (5, 6). Ações de capacitação e desenvolvimento de habilidades devem ser voltadas para a figura materna com fins de alcançar ótimo nível de saúde da criança, sobretudo na vigência do HIV da gestante (4).

Na enfermagem, para o desenvolvimento do cuidado integral e sistematizados das pessoas, há teorias que fundamentam o cuidado em saúde, cuja finalidade é descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem (7, 8).

Na vigência do HIV essas teorias orientam soluções mediante as necessidades no contexto da prevenção e promoção da saúde. Ainda facilitam o esclarecimento de fenômenos relacionados ao cuidado com objetivo de orientar soluções que respondam interesse das pessoas envolvidas e instrumentalizar o enfermeiro para proporcionar ajuda a cuidar de si (9).

Na busca de subsídios para aperfeiçoar a assistência à saúde, é preciso aplicar modelos e teorias, assim, contribuir para a redução da transmissão do HIV. Neste âmbito, em função de a maior parte das mulheres serem mães é essencial o desenvolvimento do autocuidado (4). Quando as pessoas apreendem as orientações e estas são seguidas, há manutenção da integridade estrutural e do funcionamento humano, situações que contribuem para o desenvolvimento e recuperação da saúde (10).

Neste ínterim, entre os modelos e teorias de enfermagem com vistas aos cuidados em pessoas vivendo com HIV/AIDS, observa-se o uso da *Teoria do autocuidado* de Orem (9, 11). Este modelo teórico pode ser recomendado como um instrumento para auxiliar o enfermeiro a promover a prática do cuidado, funcionando como uma proposta de sistematização da assistência de enfermagem (12).

O modelo de autocuidado é composto de três teorias inter-relacionadas: *Teoria do autocuidado*, *Teoria do déficit de autocuidado* e *Teoria dos sistemas de enfermagem* (10). Também são três os requisitos de autocuidado apresentados por Orem: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde (10).

Historicamente, o desenvolvimento e o uso de teorias fazem parte da construção da enfermagem como ciência e arte, possibilitando aos profissionais descrever e explicar aspectos da realidade assistencial (13).

Para corroborar com processo científico é necessário que a enfermagem utilize e avalie as teorias, para aprofundamento dos estudos subsidiados por avaliações utilizando Modelos de Análises, que respondem questionamentos sobre a pertinência ou não do uso de uma teoria, no contexto biopsicossocial e de saúde. Neste aspecto o presente estudo utilizará o Modelo de Análise de Teorias proposto por Meleis (7), procurando auxiliar no entendimento do uso da Teoria de autocuidado de Orem direcionado às mulheres com HIV.

Posto isso, esse estudo tem como objetivo analisar, sob o componente utilidade da Teoria de Meleis, a *Teoria do autocuidado* para a assistência de enfermagem junto às mulheres com AIDS.

## Metodologia

Estudo de análise da utilidade da Teoria de Orem no contexto do modelo da Teoria de Meleis (7). O modelo engloba descrição, que pode ser feita por meio dos componentes estruturais e funcionais; análise, definida como um processo de identificação de partes e componentes; crítica, que é um exame ou estimativa de uma situação; teste teórico, o qual se refere a uma avaliação para a utilidade da teoria, e o teste de apoio, que verifica alternativas de validação, em congruência com a natureza da disciplina (7). Neste estudo,

optou-se entre os componentes do item “crítica” da teoria de Meleis: utilidade da teoria. Com vistas a realizar a análise da teoria, foi realizada a revisão integrativa de estudos sobre o assunto para seguir as etapas de análise.

A revisão integrativa inclui estudos experimentais e não-experimentais, dados da literatura teórica e empírica, para uma compreensão do fenômeno analisado. Em conjunto com a multiplicidade de propostas, deve gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes para a enfermagem (14).

Para a elaboração da revisão integrativa, as seguintes etapas foram percorridas: estabelecimento da hipótese e objetivos; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos — seleção da amostra—; definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados; discussão e apresentação dos resultados e a apresentação da revisão, última etapa.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados em português, inglês e espanhol, artigos na íntegra que retratassem a temática concernente à revisão integrativa e indexados nos referidos bancos sem limite de período, em virtude de se tratar de um assunto incipiente nesta área da enfermagem. Foram excluídos os editoriais, teses, dissertações, cartas ao editor, estudos reflexivos, revisões sistemáticas e integrativas.

Procedeu-se uma busca na *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE), utilizando-se os descritores indexados *Autocuidado AND HIV AND Mulheres*. Obtiveram-se três resumos relacionados à temática em discussão, entretanto, apenas um estava disponível na íntegra. Posteriormente, trabalhou-se com os descritores *Saúde da Mulher and HIV and Autocuidado*.

Foram encontradas três publicações, uma repetida e duas excluídas por não terem o artigo na íntegra. Adicionou-se, em novo cruzamento, o descritor não controlado *Orem and Mulheres and HIV*, mas não se obteve publicação. Desta forma, nestes bancos de dados fez-se com a última busca adicionando o descritor controlado

*Teoria de Enfermagem AND Autocuidado AND HIV*. Embora tenham sido encontrados dois artigos na íntegra, relacionavam-se ao autocuidado no contexto geral de pacientes com HIV/AIDS.

A segunda pesquisa foi realizada mediante os bancos de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Scopus, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Cochrane e National Library of Medicine and National Institutes of Health (PubMed), com os descritores controlados *Self Care AND HIV, AND Women*. Foram encontradas 542 publicações. Apenas uma se relacionava à temática e estava disponível na íntegra, mas não abordava a aplicabilidade da Teoria de Orem. Logo, foi excluída. Entre as demais, uma estava repetida e as outras não possuíam artigo na íntegra ou não se adequavam ao objetivo proposto.

Posteriormente, fez-se novo cruzamento com os descritores controlados *Women's Health and HIV, and Self Care*. Obtiveram-se 69 publicações e nenhuma relacionou-se à temática. Adicionou-se, então, a palavra-chave *Orem* e, assim procedeu-se o cruzamento com *Women AND HIV*. Foram obtidas seis publicações, entre as quais uma era repetida; uma tratava da aplicabilidade da Teoria de Orem em mulheres com HIV/AIDS e as demais não eram pertinentes à temática. A última busca utilizou os descritores controlados *Nursing Theory AND Self Care AND HIV*. Foram encontradas 28 publicações, entretanto quatro diziam respeito ao autocuidado no contexto geral de pacientes com HIV/AIDS, uma era repetida, uma estava relacionada à temática e as demais não possuíam congruência ao objetivo proposto.

Desta forma, três artigos apresentaram como marco teórico a mencionada teoria e conteúdo suficiente para a análise pretendida, além de responder aos critérios de inclusão.

Por se tratar de artigo de revisão, cujos conteúdos dos trabalhos estão disponibilizados por meio eletrônico e de domínio público, não houve necessidade de anuência à pesquisa.

## Resultados

O quadro sinóptico com os aspectos pertinentes elencados: Autores/Ano; Objetivo do Estudo; Requisitos de Autocuidado; Amostra e Utilidade da Teoria (ver Tabela 1).

**Tabela 1.** Caracterização dos artigos segundo autores/ano, objetivo do estudo, requisitos de autocuidado, amostra, utilidade da teoria

Autores/ano	Objetivo do estudo	Requisitos de autocuidado	Amostra	Utilidade da teoria
Scherer; Borenstein; Padilha, 2009	Conhecer os déficits de autocuidado de gestantes/puérperas com HIV/AIDS e os fatores que influenciam no engajamento ou não do autocuidado	Déficits de autocuidado quanto à alimentação; Déficit de ingestão hídrica, ingerem menos líquidos do que o recomendado; Alterações profundas no seu sono e repouso, em decorrência da ansiedade gerada pela doença; Falta de inserção social; As gestantes/puérperas referiram que os parceiros não querem utilizar o preservativo como forma de proteção; As gestantes/puérperas referiram o marido como a principal pessoa da família com quem dividem sentimentos e angústias, quando não é a única.	Dez gestantes puérperas com HIV	A Teoria do déficit de autocuidado constitui a essência da Teoria Geral da Enfermagem de Dorothea Orem. Nela se observa a necessidade da presença da enfermagem, ou seja, quando e por que o indivíduo, família ou o grupo social necessita ser ajudado pelos profissionais e pelas ações desenvolvidas. Estas ações passam a ser executadas quando um adulto ou familiar se encontra incapacitado ou limitado, para prover autocuidado contínuo e eficaz
Barroso et al., 2006	Aplicar o processo de enfermagem baseado na Teoria do autocuidado de Orem em uma mulher que vive com HIV/AIDS	Para cada requisito de autocuidado por desvio de saúde sugerido por Orem (1991), foram identificados os comportamentos de autocuidado da paciente com HIV/AIDS. Com referência a esse caso, percebe-se que diversos comportamentos demonstravam a ausência da prática de autocuidado, como o não comparecimento às consultas e o abandono do tratamento, além de mudanças do estilo de vida após a doença, como dificuldade para o sono, desânimo, ansiedade, inquietação e desmotivação para atividades diárias. Foram identificados três diagnósticos de enfermagem: 1. Risco para infecção relacionado à imunossupressão. 2. Controle ineficaz do regime terapêutico relacionado às dificuldades econômicas, complexidade do regime terapêutico e falta de conhecimento. 3. Padrão de sono perturbado relacionado à tristeza, ansiedade e inquietação.	Foi selecionada intencionalmente uma mulher com infecção pelo HIV e que já tivesse desenvolvido a AIDS, internada na enfermaria do Hospital	Aplicação de um processo de enfermagem mediante as etapas: 1. Diagnóstico de enfermagem e prescrição. 2. Planejamento dos sistemas de enfermagem. 3. Produção e controle do sistema de enfermagem. Elaborou-se o planejamento dos sistemas de enfermagem, utilizando o Apoio-educação na tentativa de oferecer uma contribuição para a prática do autocuidado à mulher com HIV/AIDS a partir dos diagnósticos de enfermagem encontrados.

Autores/ano	Objetivo do estudo	Requisitos de autocuidado	Amostra	Utilidade da teoria
Hurst et al., 2005	Examinar a relação entre apoio social e seu impacto sobre a habilidade de mulheres Africano-Americanas e HIV-positivas para realizar práticas de autocuidado	Idade; Fatores de sistemas familiares; Orientações socioculturais; Estado de saúde; Padrão de vida.	62 mulheres HIV-positivas	A Teoria de autocuidado identifica que o indivíduo cuida de si mesmo e é chamado de "agente de autocuidado". Desta forma, se engaja para manter um bio-psico-socio-cultural necessidades espirituais, saúde e bem-estar. Orem explicou que algumas atividades de autocuidado são inatas — por exemplo, respiração —, enquanto outras são comportamentos aprendidos. Portanto, autocuidado é uma atividade contínua obrigatória que os adultos usam para manter a saúde em geral. O sistema familiar, de acordo com Orem (2001), é um de 10 condicionantes básicos que influenciam as habilidades de indivíduos no autocuidado e práticas de auto-atendimento. Neste estudo, apoio social — funcional, rede e perda — identificado como um fator condicionante básico sob a égide do sistema familiar.

**Fonte:** Bases de dados LILACS, MEDLINE, SciELO, Scopus, CINAHL, PubMed e Cochrane. Fortaleza-CE; 2012.

O Tabela 1 descreve os artigos mediante a utilidade da Teoria de Orem em mulheres que vivem com HIV/AIDS. O primeiro artigo analisado intitula-se *Gestantes/puérperas com HIV/AIDS: conhecendo os déficits e os fatores que contribuem no engajamento para o autocuidado*. Conforme o artigo descreve, por meio da estratégia metodológica de análise de conteúdo, as gestantes/puérperas com HIV apresentam déficits de autocuidado relacionados com a alimentação, ingesta hídrica, sono e repouso, vida sexual, lazer e recreação e interação social. Convivem tanto com fatores que contribuem para o engajamento no autocuidado quanto com fatores que o dificultam. Embora com dificuldades, as gestantes/puérperas têm conseguido sobreviver ao isolamento e ao preconceito graças ao apoio familiar e da equipe de saúde, em especial das enfermeiras (11, 15).

Inicialmente aponta-se para a feminilização do HIV e as repercussões dessa mudança. O crescimento da AIDS entre mulheres tem um impacto social maior do que em outros segmentos da população, porquanto, nos dias de hoje, elas ainda

assumem culturalmente o papel de “agregadoras e cuidadoras” dos núcleos familiares (16). Diante do tempo do ciclo vital da família, é instintivamente definido que a mulher é a provedora dos cuidados (5, 6, 17).

Desse modo, o confronto entre essas realidades, a de prestar cuidados e a de receber cuidados, é fator determinante para a realização de práticas do autocuidado. Enquanto a mulher é cobrada socialmente para cuidar, a realidade da doença não pode permitir-lhe estar aquém daquilo que lhe é solicitado. E, ao cuidar dos demais, esquece o cuidar de si mesma. Quando esse cuidar de si mesma é deixado em segundo plano e associa-se à negação, evidenciam-se os déficits do autocuidado. Posto isso, as práticas de autocuidado, que são o foco da Teoria de Orem, são essenciais para melhoria das funções mentais e a autopercepção de saúde (4, 10).

O segundo artigo intitulado *Autocuidado de uma mulher com AIDS: um modelo de cuidar em Enfermagem*, destaca a importância dos indivíduos com AIDS serem incentivados à prática



do autocuidado, no intuito de colaborar com a manutenção da sua saúde. Com esta finalidade, os pacientes devem comparecer periodicamente às consultas médicas para avaliação do estado de saúde e recebimento da prescrição do tratamento medicamentoso (antirretrovirais), como também serem acompanhados na consulta de enfermagem, que deve ser centrada nas alterações do estilo de vida, enfatizando a avaliação clínica, psicológica e social do paciente (18).

O referido artigo justifica a escolha de uma mulher para ser o objeto de estudo, pelo fato dela desempenhar com mais frequência na nossa sociedade as diferentes formas de cuidar. Além disso, esta mulher selecionada deveria estar com AIDS e não apenas viver com HIV, pois o intuito da investigação é traçar uma assistência para que a mulher promova o autocuidado diante dos sintomas da doença, e estes estão presentes quando se desenvolve a síndrome. Ainda conforme a justificativa deste estudo, o cuidado pessoal é indispensável à mulher com AIDS, no dia-a-dia, para garantir o desenvolvimento em benefício da vida, saúde e bem-estar (18).

Neste prisma, enfatizou-se a relevância da aplicação do processo de enfermagem proposta no modelo teórico de Orem (19), mediante a possibilidade de capacitar a mulher que vive com HIV/AIDS como agente de autocuidado.

Na Tabela 1, as fases são descritas de acordo com o processo de enfermagem e aplicabilidade da teoria. Após o levantamento de dados, com vistas a identificar os diagnósticos e intervenções de enfermagem, executou-se inicialmente a avaliação de comportamentos de autocuidado, considerando os requisitos de desvio de saúde do modelo de Orem (10). Depois da etapa de avaliação dos comportamentos de autocuidado, passou-se à elaboração de diagnósticos de enfermagem.

Para dispensar atendimento ao paciente com HIV/AIDS, elaborou-se um plano de cuidados de enfermagem com os diagnósticos identificados e as intervenções a serem realizadas. Segundo se observou, a paciente necessitava do sistema de enfermagem apoio-educação, constante no planejamento dos sistemas de enfermagem. Assim, todas as intervenções foram realizadas com o objetivo de promover a prática do autocuidado pela mulher (18).

Constatou-se, então, a importância do apoio do enfermeiro no processo de educação e sensibilização do indivíduo para promoção e manutenção da saúde nos diversos contextos demandados pelo HIV/AIDS.

Ressalta-se o sistema de enfermagem de apoio-educação que ocorre quando o indivíduo consegue executar, ou pode e deve aprender a executar medidas de autocuidado terapêutico, regula o exercício e desenvolvimento de suas atividades de autocuidado, e o enfermeiro vai promover esse indivíduo a um agente capaz de se autocuidar (18).

O terceiro artigo, intitulado *The Relationship Between Social Support, Self-Care Agency, and Self-Care Practices of African American Women Who are HIV-Positive*, objetivou examinar a relação entre apoio social e seu impacto sobre a capacidade de mulheres africano-americanas HIV-positivas para realizar práticas de autocuidado (20).

No mencionado estudo, os autores descrevem a existência de dez fatores condicionantes básicos: idade, gênero, o estado de desenvolvimento, o estado de saúde, padrão de vida, fatores de saúde de cuidados do sistema, fatores do sistema familiar, orientação sociocultural, a disponibilidade de recursos e ambiente externo fatores ambientais. Entre esses fatores, cinco foram considerados condicionantes básicos, a saber: *idade, fatores do sistema familiar, orientação sociocultural, o estado de saúde e padrão de vida*. Esses fatores são necessários para que os indivíduos sejam capazes de cuidar de si mesmos. Estes cinco fatores tem maior potencial para influenciar as práticas de autocuidado em indivíduos com doenças crônicas (20).

No referente ao fator idade, observou-se no artigo o número crescente de mulheres em idade reprodutiva vulnerabilizadas à infecção pelo HIV/AIDS. Vários estudos desenvolvidos no Brasil corroboram estes dados ao evidenciar a feminilização da epidemia na faixa etária fértil (4, 5, 21).

Quando analisado o fator relativo a sistema familiar, o estudo ressalta a família como o principal fator condicionante básico. Segundo Orem, o apoio social —funcional, rede e perda— é identificado como um fator condicionante básico sob a égide do sistema familiar (19).

Orem refere-se às famílias como unidades de várias pessoas. As crianças são componentes de uma família que podem positivamente ou negativamente receber gerências de práticas de autocuidados e apoio terapêutico (19).

Acerca dos componentes básicos da orientação sociocultural, Orem identifica o nível de educação, renda e estado civil. Assim, é de se supor que um maior nível de educação dos participantes teria um impacto positivo na sua capacidade de reconhecer uma necessidade de autocuidado e para implementação da prática de autocuidado apropriado (19). A condição financeira é a situação que mais interfere na qualidade de vida de mulheres infectadas pelo HIV e sobremodo pode dificultar o autocuidado e o tratamento específico (4).

Quanto ao estado de saúde, é definido a partir da sua perspectiva. De acordo com Orem, uma visão individualista do próprio estado de saúde é determinada pela idade, educação, sentimentos, atitudes e experiências, bem como seu ambiente bio-psico-social (19). Essa percepção influencia a prática de gerir o autocuidado e o autoatendimento do indivíduo.

## Discussão

Verifica-se a utilidade da *Teoria do autocuidado* na promoção do autocuidado junto a mulheres com HIV. Como ser mulher implica ser referência na prestação do cuidado, a infecção por um vírus causador de doenças ainda sem cura a faz susceptível a receber cuidados, pois a mulher prestadora de cuidado não se permite estar na necessidade de ser cuidada.

O uso da *Teoria do autocuidado* permitiu, no primeiro estudo, verificar os déficits apresentados por gestantes/puérperas, bem como fatores contribuintes para execução de prática do autocuidado. Nesse prisma, é possível, com a utilização da *Teoria do autocuidado*, que o enfermeiro planeje e promova a implementação de ações destinadas a estimular a prática do autocuidado no referente aos déficits e fortalecer as práticas já implementadas.

A *Teoria do autocuidado* de Orem permitiu ainda ver que os déficits eram decorrentes e tinham agravantes em consequência das condições contextuais em que viviam as gestantes/puérperas por causa do HIV e também pela própria condição no tocante à idade, capacidade mental, estado emocional,

situação econômica e social, e diversidade cultural e social, bem como à aceitação do seu estado soropositivo (16).

Ressalta-se o enfermeiro é detentor de todos os elementos necessários para cuidar do outro (22). Autores afirmam ainda que toda ação de enfermagem que vise recuperar o autocuidado pleno do indivíduo poderá remontar a importância dos pressupostos, métodos e metas da teoria do déficit de autocuidado proposta por Orem (23).

Deste modo, o enfermeiro é ator social na transformação destas mulheres em agentes de autocuidado. As trocas de experiências verificadas nas entrevistas entre enfermeira e gestante/puérpera e no grupo focal tornaram oportuna a incorporação de medidas de autocuidado. Tal situação resultou na obtenção de mais estratégias para engajamento no autocuidado a partir do apoio profissional e foi vital para conhecer outras experiências que possibilitaram rever conceitos, condutas e déficits de autocuidado na perspectiva de ampliar os conhecimentos sobre o HIV/AIDS e as representações no cotidiano de cada uma (11).

Como proposto, o sistema de enfermagem planejado pelo profissional está baseado nas necessidades de autocuidado e na capacidade do paciente para a execução de atividades de autocuidado (17). Segundo a *Teoria do autocuidado*, nesse momento a enfermeira pode lançar mão de métodos de ajuda, proporcionando ambiente e estratégias promotoras do desenvolvimento pessoal, tornando a pessoa capaz de satisfazer suas demandas atuais e futuras (19).

No segundo estudo, a *Teoria do autocuidado* permitiu ênfase ao planejamento de intervenções para promoção do autocuidado e mostrou, novamente, a importância do enfermeiro no cuidados a essa população.

No último estudo, a teoria teve sua relevância na identificação dos fatores que interferem nas relações sociais e a análise destes para a promoção dessas ações. Contudo, o reconhecimento da importância do paciente é essencial ao alcance dos objetivos, visto que este necessita adquirir conhecimentos e habilidades e incorporá-los em seu sistema de cuidado (24, 25).

Assim, percebem-se as várias perspectivas da utilização desta teoria e suas possibilidades de análise da construção ou mudança de uma realidade, cujo objetivo é a apreensão de atitudes de ações que promovam a autonomia e, desse modo, propicie uma melhor relação com o outro, com o social e com o meio.

## Conclusão

Com a aplicação do modelo de análise crítica da Teoria de Meleis, pode-se verificar a utilidade da *Teoria do autocuidado* de Orem para a prática, pesquisa, educação e administração voltada a pessoas que vivem HIV/AIDS.

Verificam-se, ainda, diversos cenários e diversas abordagens nos quais a teoria pode ser aplicada, com sua utilização voltada a vários objetivos do autocuidado de mulheres com HIV.

O estudo propiciou a aplicação do modelo de análise de Meleis, que se apresenta como um direcionamento eficaz para o pesquisador conhecer e avaliar a utilidade da teoria relacionada à questão norteadora proposta.

A reflexão sobre a aplicabilidade de teorias de enfermagem permite validar e construir novas formas de atuar na assistência de enfermagem, sobretudo ao identificar limites e relações entre profissionais e indivíduos necessitados de cuidados.

Desta forma, o cuidado de enfermagem prestado requer embasamento científico, prática baseada em evidências, aplicabilidade e utilidade de teorias com vistas a sustentar uma prática assistencial holística, capaz de provocar transformação social destes indivíduos, em prol de ações de saúde catalisadoras da manutenção do bem-estar.

Contudo, a assistência de enfermagem direcionada para o autocuidado a mulheres com HIV/AIDS é escassa. Diante desta escassez, sugere-se mais investigações sobre esta temática para ampliar o conhecimento científico quanto ao assunto.

## Referências

- (1) Vargens OM, Rangel TS. Reflective analysis on the social aspects of HIV/AIDS: feminization, discrimination and stigma. Online Braz J Nurs [serial on the Internet]. 2012 [access: 2012 Jul 14];11(1):[about 6 screens]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3531/html>
- (2) Moreschi C, Siqueira DE, Freitas HM, Schaurich D, Biazus CD, Freitas PH. Mulheres e vulnerabilidades ao HIV/AIDS. Saúde (Sta Maria). 2012;38(2):85-94.
- (3) Barroso LM, Freitas JG, Galvão MT. Escala de avaliação da capacidade para cuidar de crianças expostas ao HIV. Rev Enferm UFPE Online. 2013;7(3):722-730.
- (4) Freitas JG, Barroso LM, Galvão MT. Capacidade de mães para cuidar de crianças expostas ao HIV. Rev Latino-Am Enfermagem. 2013;21(4):964-972.
- (5) Wegner W, Pedro EN. Os múltiplos papéis sociais de mulheres cuidadoras-leigas de crianças hospitalizadas. Rev Gaúcha Enferm. 2010;31(2):335-342.
- (6) Freitas JG, Cunha GH, Barroso LM, Galvão MT. Administration of medications for children born exposed to human immune deficiency virus. Acta Paul Enferm. 2013;26(1):42-49.
- (7) Meleis AI. Theoretical nursing: development & progress. 3<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997.
- (8) Luz AL, Silva GR, Luz MH. Theory of Dorothea Orem: an analysis of its applicability in service ostomy patients. Rev Enferm UFPI. 2013;2(1):67-70.
- (9) Barroso LM, Brito DM, Galvão MT, Lopes MV. Utilidade da teoria de autocuidado na assistência ao portador do Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da imunodeficiência Adquirida. Acta Paul Enferm. 2010;23(4):562-567.
- (10) Orem DE. Nursing: concepts of practice. New York: McGraw-Hill; 1995.

- (11) Scherer LM, Borenstein MS, Padilha MI. Gestantes/puérperas com HIV/AIDS: conhecendo os déficits e os fatores que contribuem no engajamento para o autocuidado. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009;13(2):359-365.
- (12) Bezerra ML, Ribeiro PR, Sousa AA, Costa AI, Batista TS. Diagnósticos de enfermagem conforme a teoria do autocuidado de Orem para pacientes em tratamento hemodialítico. *Rev Ciênc Ext.* 2012;8(1):60-81.
- (13) Schaurich D, Crossetti MG. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010;14(1):182-188.
- (14) Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein.* 2010;8(1 Pt 1):102-106.
- (15) Holanda ER, Galvão MT, Pedrosa NL, Paiva SS, Almeida RL. Análise espacial da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana entre gestantes. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2015;23(3):441-449.
- (16) Freitas JG, Paiva SS, Moreira RV, Araújo ME, Barroso LM, Galvão MT. Philosophical reflection on nursing care in feeding children exposed to HIV. *Rev Enferm UFPE Online.* 2012 Sep;6(9):2290-2297.
- (17) Foster PC, Janssens NP, Orem, DE. Em: George J. *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. pp. 90-107.
- (18) Barroso LM, Carvalho CM, Araujo TL, Galvão MT. Autocuidado de uma mulher com AIDS: um modelo de cuidar em enfermagem. *Online Braz J Nurs [periódico na Internet].* 2006 [acesso: 2012 Jul 14];5(2):[aprox. 10 telas]. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/289/55>
- (19) Orem DE. *Nursing concepts of practice.* St. Louis: Mosby; 1991.
- (20) Hurst C, Montgomery AJ, Davis BL, Killion C, Baker S. The relationship between social support, self-care agency, and self-care practices of african american women who are HIV-positive. *J Multicul Nurs Health.* 2005;11(3):11-22.
- (21) Stephan C, Henn CA, Donalisio MR. Expressão geográfica da epidemia de AIDS em Campinas, São Paulo, de 1980 a 2005. *Rev Saúde Pública.* 2010;44(5):812-819.
- (22) Berardinelli LM, Guedes NA, Acioli S. Análise do déficit de autocuidado de clientes hipertensos e as implicações na produção de cuidado. *Rev Enferm UERJ.* 2013;21(Esp 1):575-580.
- (23) Vitor AF, Lopes MV, Araujo TL. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010;14(3):611-616.
- (24) Souza EL, Moura GN, Nascimento JC, Lima MA, Pagliuca LM, Caetano JA. Diagnósticos de enfermagem embasados na teoria do autocuidado em pessoas com deficiência visual. *Rev RENE.* 2012;13(3):542-551.
- (25) Lessmann JC, Conto F, Ramos G, Borenstein MS, Meirelles BH. Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico. *Rev Bras Enferm.* 2011;64(1):198-202.

# Diagnósticos e prescrições de enfermagem para idosos em situação hospitalar

Diagnósticos y prescripciones de enfermería para ancianos en situación de hospitalización

Nursing diagnosis and prescriptions for hospitalized elderly

---

• Luana Nogueira Lira<sup>1</sup> • Silvana Sidney Costa Santos<sup>2</sup> • Danielle Adriane Silveira Vidal<sup>3</sup> •  
• Daiane Porto Gautério<sup>4</sup> • JAMILA GERI TOMASCHESKI-BARLEM<sup>5</sup> • Diéssica Roggia Piexak<sup>6</sup> •

•1• Enfermeira. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Gerontogeriatría. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: lnlzerosete@yahoo.com.br

•2• Doutora em Enfermagem. Docente, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande do Sul, Brasil.

•3• Mestranda em Enfermagem. Bolsista de Mestrado do CNPq. Rio Grande do Sul, Brasil.

•4• Doutoranda em Enfermagem. Bolsista CAPES. Rio Grande do Sul, Brasil.

•5• Doutoranda em Enfermagem. Bolsista FAPERGS. Rio Grande do Sul, Brasil.

•6• Doutoranda em Enfermagem. Bolsista CAPES. Rio Grande do Sul, Brasil.

---

Recibido: 06/02/2013 Aprobado: 15/06/2015

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.30762>



## Resumo

**Objetivo:** Identificar os diagnósticos de enfermagem descritos pela *North American Nursing Diagnosis Association* mais frequentes entre idosos em situação hospitalar e propor prescrições correlatas para idosos em situação hospitalar.

**Metodologia:** Pesquisa quantitativa, realizada com 50 idosos internados em um hospital público do Sul do Brasil. Os dados foram analisados mediante estatística descritiva.

**Resultados:** Os resultados demonstraram que os diagnósticos de enfermagem mais frequentes foram: *Risco para infecções; Risco para integridade de pele prejudicada; Risco para nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais; Risco de quedas; Padrão respiratório ineficaz; Troca de gases prejudicada; Mobilidade física prejudicada; Excesso de volume de líquidos; Alterações no padrão de eliminação intestinal; Alterações no padrão de eliminação urinária; e Percepção sensorial perturbada: visão.* A partir dos diagnósticos de enfermagem identificados foi realizada uma proposta de prescrições de enfermagem.

**Conclusões:** Espera-se que o enfermeiro perceba a importância da realização do Processo de Enfermagem como parte fundamental do cuidado ao idoso.

**Descritores:** Idoso; Diagnóstico de Enfermagem; Processos de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem (fonte: DECS BIREME).

## Resumen

**Objetivo:** Identificar los diagnósticos de enfermería descritos por la *North American Nursing Diagnosis Association* más frecuentes entre ancianos en situación de hospitalización y proponer prescripciones correlacionadas para el anciano en situación de hospitalización.

**Metodología:** Estudio cuantitativo, realizado con 50 ancianos hospitalizados en un hospital público del Sur de Brasil. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva.

**Resultados:** Los resultados demostraron que los diagnósticos de enfermería más frecuentes fueron: *Riesgo para infecciones; Riesgo para la integridad de la piel perjudicada; Riesgo para nutrición sin equilibrio: menor que las necesidades corporales; Riesgo de caídas; Patrón respiratorio ineficaz; Intercambio debilitado de gases; Movilidad física disminuida; Exceso de volumen de líquidos; Alteraciones en el patrón de eliminación intestinal; Alteraciones en el patrón de eliminación urinaria; Percepción sensorial perturbada: visión.* A partir de los diagnósticos de enfermería identificados, se realizó una propuesta de prescripción de enfermería.

**Conclusiones:** Se espera que el enfermero perciba la importancia de la realización del proceso de enfermería como parte fundamental del cuidado al anciano.

**Descritores:** Anciano; Diagnóstico de Enfermería; Procesos de Enfermería; Atención de Enfermería (fuente: DECS BIREME).

## Abstract

**Objective:** To identify the more frequent nursing diagnosis reported by the *North American Nursing Diagnosis Association* among the hospitalized elderly, in order to propose related prescriptions to the hospitalized elderly.

**Methodology:** Quantitative research, conducted with 50 elderly patients admitted to a public hospital in southern Brazil. Data were analyzed using descriptive statistics.

**Results:** Results showed that the most frequent nursing diagnosis were: *Risk of infection; Risk for impaired tissue integrity; Risk for unbalanced nutrition: less than body needs; Risk of falls; Movilidad Ineffective pattern; Impaired gas exchange; Impaired physical mobility; Excess fluid volume; Changes in the pattern of bowel movements; Changes in the pattern of urinary elimination; Disturbed sensory perception: vision.* From the nursing diagnosis identified, it was made a proposal for nursing prescriptions.

**Conclusions:** It is expected that nurses will realize the importance of completing the nursing process as a fundamental part of caring for the elderly.

**Descriptors:** Aged; Nursing Diagnosis; Nursing Process; Nursing Care (source: DECS BIREME).

## Introdução

As transformações demográficas ocorridas nos últimos anos mostram uma tendência do envelhecimento da população brasileira e de uma considerável parte do mundo. De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU) no Brasil, em 2012, o número de pessoas como 60 anos ou mais alcançou 810 milhões, correspondendo a 11,5% da população global. Tal situação é reflexo da diminuição do crescimento populacional, aliado à diminuição da taxa de natalidade e fecundidade (1).

O acelerado crescimento da população de 60 anos ou mais e a modificação do perfil epidemiológico da população brasileira, demandam dos profissionais da saúde cuidados que necessitam de um novo olhar em nível de prevenção da doença, promoção, assistência e reabilitação para os idosos. Trata-se de pessoas que necessitam de cuidados e atenção específicos, por sua potencialidade para fragilidade biológica, psicológica e social (2).

Este fenômeno tem levado a uma necessidade de reorganização do sistema de saúde, com o aumento da demanda na utilização dos serviços e a elevação dos custos. No ano de 2007, foram hospitalizados de 9,67% a 14,42% do total da população idosa, representando 20,31% a 23,87% do total de ocupação dos leitos hospitalares neste período (3).

Sabe-se que o idoso apresenta peculiaridades distintas das demais faixas etárias, e que sua avaliação de saúde deve ser feita objetivando a identificação de problemas subjacentes à queixa principal, como uma avaliação multidimensional que possa incluir a funcionalidade, cognição, questões emocionais, nutrição, aspectos sociais e ambientais, que interferem diretamente na sua saúde, grau de autonomia e independência. Dessa forma, o papel do enfermeiro no cuidado ao idoso hospitalizado é fundamental para a manutenção da saúde e sua recuperação.

O enfermeiro é um profissional imprescindível no cuidado ao idoso, principalmente no processo de reabilitação, possibilitando que o cuidado seja sistematizado, permitindo a identificação

dos problemas de forma individualizada e, assim, oportunizando um cuidado qualificado. O Processo de Enfermagem (PE) é definido como julgamento clínico sobre a resposta de um ser humano, uma família ou uma comunidade em relação a problemas de saúde reais ou potenciais/processos de vida que fornecem a base para uma terapia definitiva, que busca alcançar, em uma estrutura designada, resultados nos quais a enfermagem é necessária (4). Assim, o PE é instrumento facilitador do cuidado e é composto por cinco etapas distintas: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (4).

O diagnóstico de enfermagem é a fase em que se estabelecem as necessidades de cuidados e auxilia a equipe de enfermagem a definir prioridades de ações, selecionando as ações para atingir resultados esperados, organiza os registros de enfermagem e a comunicação entre os enfermeiros (5).

Diante das reflexões, surgiu a necessidade de realizar um estudo em que fossem propostos diagnósticos e prescrições de enfermagem, visando qualificar o cuidado ao idoso em situação hospitalar e, ainda, impulsionar a implementação do Processo de Enfermagem. Assim, na identificação dos diagnósticos de enfermagem se torna possível a conclusão do levantamento de dados envolvendo o raciocínio e julgamento e, é neste sentido, que o diagnóstico de enfermagem se torna imprescindível para descrever a relação de auxílio na prática clínica, justificando a realização deste estudo.

## Objetivo

Identificar os diagnósticos de enfermagem descritos pela *North American Nursing Diagnosis Association* mais frequentes entre idosos em situação hospitalar e propor prescrições de enfermagem correlatas aos diagnósticos de enfermagem identificados entre idosos em situação hospitalar.

## Metodologia

Pesquisa quantitativa, do tipo descritivo, empregada como forma de demarcar características ou delinear o perfil de determinado grupo ou população. O delineamento da pesquisa caracterizou-se como transversal, tendo em vista que todas as medições foram realizadas em um breve período de tempo, propiciando a descrição de variáveis e seus padrões de distribuição (6).

A pesquisa foi realizada em um hospital público do Sul do Brasil. Foram sujeitos 50 idosos, com 60 anos e mais, capazes ou com cuidadores/famíliares com condições de responder ao instrumento, concordância em participar do estudo, assinatura ou tendo suas impressões digitais ou dos seus cuidadores/famíliares no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para a seleção dos sujeitos, utilizou-se a amostragem não probabilística por conveniência, de modo que os sujeitos foram selecionados de acordo com sua presença e disponibilidade no local e no momento de coleta de dados, realizada no período de outubro de 2010 a março de 2011.

Desse modo, todos os idosos que internaram nas unidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Serviço de Pronto Atendimento do hospital selecionado, no período de coleta de dados, foram convidados a participar da pesquisa. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados o Histórico de Enfermagem construído e validado para ser utilizado com o idoso internado em um Hospital Universitário (7), o qual se constitui em sete etapas: 1) Identificação; 2) Condições gerais; 3) Avaliação funcional; 4) Avaliação cognitiva; 5) Avaliação da situação sócio familiar; 6) Avaliação das Necessidades Humanas Básicas; 7) Outras informações relevantes.

Os dados foram agrupados/organizados para tratamento estatístico descritivo, utilizando-se o programa *Microsoft Excel*®, mediante a utilização de distribuição de frequência. Os resultados foram tabulados e expostos graficamente. A partir das características definidoras acima de 40%, foram elaborados diagnósticos e prescrições de enfermagem para os idosos hospitalizados.

O projeto de pesquisa obteve parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa local (Parecer N° 87/2010), conforme a Resolução 196/96, que regulamentava a pesquisa envolvendo seres humanos.

## Resultados e Discussão

### **Perfil de idosos que direcionaram os diagnósticos de enfermagem**

Compuseram o estudo 28 (56%) mulheres e 22 (44%) homens com idade entre 60 a 88 anos, com predomínio da faixa etária entre 60-69 anos, 22

(44%). Em relação à situação conjugal, destacaram-se a situação de casados em 19 (38%) e de viúvos em 15 (30%).

Quanto à religião, houve predomínio da católica com 21 (42%) idosos. A religiosidade tem uma dimensão central na vida de uma grande parte dos idosos e tem se destacado como uma variável capaz de contribuir para a promoção e a manutenção do bem-estar dos idosos (8).

Referente ao grau de escolaridade houve prevalência do ensino fundamental incompleto entre os idosos pesquisados, 36 (72%). Em estudo realizado sobre distribuição espacial de idosos, verificou-se que, aproximadamente, 50% dos idosos possuíam, no máximo, o ensino fundamental completo (9). Do total de idosos investigados, 46 (92%) eram aposentados. Apesar de a aposentadoria representar a garantia de direito e inclusão social, apresenta valores que não permitem o atendimento adequado das necessidades de sobrevivência, já que 70% dos aposentados recebem um salário mínimo por mês (10).

A maioria dos idosos investigados apresentou algum tipo de Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), 43 (86%), com destaque para a Hipertensão Arterial Sistêmica, com 25 (50%) e a Diabetes Mellitus, com 17 (34%). Muitos idosos são acometidos por DCNTs, que requerem acompanhamento constante. Comumente, destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica, o Diabetes Mellitus e o Acidente Vascular Encefálico (11), confirmando os achados do estudo.

Referente à avaliação da funcionalidade e atividades de vida diária, o estudo mostrou que 32 (64%) eram independentes para as Atividades de Vida Diária Básicas e 29 (58%) eram independentes para as Atividades de Vida Diária Instrumentais; 39 (78%) não participavam/realizavam qualquer tipo de atividade. Embora o presente estudo mostre que a maioria dos idosos é independente para AVDs, a avaliação da capacidade funcional é essencial para a escolha do melhor tipo de ação e monitoramento do estado clínico-funcional do idoso. E também é essencial no estabelecimento dos diagnósticos, prognósticos e julgamentos adequados, pois estes servirão aos tratamentos específicos para cada idoso (11).



Quanto à avaliação cognitiva, 34 (68%) dos idosos mantinham-na preservada. O estudo aponta um aumento dos transtornos cognitivos, variando para a faixa de 60 anos em 1% da população, chegando à média de 32% aos 85 anos, sendo assim, pode-se perceber que a idade é um fator de extrema relevância no que se refere ao declínio cognitivo (12).

### Diagnósticos identificados

Apresenta-se os diagnósticos de enfermagem, que surgiram das características definidoras mais frequentes, com percentual acima de 40% (ver Tabela 1).

**Tabela 1.** Diagnósticos de enfermagem mais frequentes em idosos hospitalizados a partir da *North American Nursing Diagnosis Association*, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012

Diagnóstico de enfermagem	Características definidoras	n	%
1. Risco para infecções	Susceptibilidade a infecções: procedimentos invasivos, exposição a agentes patogênicos.	50	100
2. Risco para integridade de pele prejudicada	Imobilidade física: incapacidade de movimento, inatividade.	22	44
3. Risco para nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	Inapetência, anorexia.	27	54
4. Risco de quedas	Necessidade de auxílio para deambulação, distúrbio de marcha.	36	72
5. Padrão respiratório ineficaz	Dispnéia, ventilação irregular.	21	42
6. Troca de gases prejudicada	Dispnéia, perfusão periférica diminuída, cianose.	24	48
7. Mobilidade física prejudicada.	Restrição ao movimento: incapacidade deambulação, dor ao movimento.	26	52
8. Excesso de volume de líquidos.	Edema.	21	42
9. Alterações no padrão de eliminação intestinal	Constipação, diarreia.	24	48
10. Alterações no padrão de eliminação urinária	Oligúria, anúria, disúria, retenção, urgência.	33	66
11. Percepção sensorial perturbada: visão	Dificuldade de enxergar, uso lentes corretivas.	35	70
12. Medo	Medo do sofrimento.	34	68
13. Dor	Presença de dor.	34	68
<b>n=50</b>			

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Os Diagnósticos de enfermagem identificados com maior frequência nos idosos pesquisados apresentam aspectos importantes a serem discutidos. No que se refere ao diagnóstico *Risco para infecções*, identificado entre os 50 (100%) idosos pesquisados, ressalta-se que a promoção de

cuidados de enfermagem sistematizados pode proteger a pessoa idosa contra riscos presentes no ambiente hospitalar (13).

Em pesquisa realizada para determinar a prevalência dos diagnósticos de enfermagem em idosos hospitalizados, os diagnósticos de enfermagem relacionados ao domínio segurança/proteção se destacou pela alta frequência nos idosos (13). Nessa mesma pesquisa, também foi verificado o diagnóstico *Risco para integridade de pele prejudicada*, que neste estudo foi constatado em 22 (44%) idosos (13).

Dos idosos pesquisados, 36 (72%) apresentaram o diagnóstico *Risco de quedas*, manifestado pela necessidade de auxílio para deambulação e distúrbio de marcha. Pesquisa realizada por enfermeiras de Minas Gerais avaliou os fatores de risco apresentados para o diagnóstico de enfermagem *Risco para quedas*, observando o predomínio dos fatores intrínsecos sobre os extrínsecos. Os fatores intrínsecos de maior frequência foram: idade acima de 65 anos (84%), uso de medicações (28%), dificuldade de marcha (22%) e história de quedas (22%) (14). Destaca-se que as quedas elevam os custos em hospitalizações e atendimentos de saúde, além de acarretar sérias consequências para o idoso, pois sua recuperação tende a ser mais lenta e incompleta (15).

Nesse estudo foram identificados 27 (54%) idosos com o diagnóstico *Risco para nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais*, o que se contrapõe a um estudo realizado com idosos em situação de pobreza em que houve a prevalência do diagnóstico *Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais* (16). Essa situação pode sugerir que durante a hospitalização houve fatores que prejudicaram a nutrição de alguns dos idosos, ou ainda, que a nutrição de idosos em situação de pobreza possa estar desequilibrada pela qualidade nutricional, como o excesso de carboidratos.

Alguns fatores que podem interferir na nutrição dos idosos incluem fatores biológicos, psicológicos e/ou econômicos, como também a presença de patologias que podem alterar os processos metabólicos (17). Na presente investigação, 42% dos idosos apresentavam o diagnóstico *Excesso de volume de líquidos* enquanto que em outro estudo (18) foi identificado um menor número de idosos com esse diagnóstico, contrapondo-se

aos resultados encontrados. O *Excesso de volume de líquidos pode ser associado a Troca de gases prejudicada*, uma vez que o edema algumas vezes provoca dispneia, perfusão periférica diminuída e cianose (19).

Em relação ao diagnóstico *Padrão respiratório ineficaz* identificado em 21 (42%) idosos, um estudo com o objetivo de identificar e analisar os diagnósticos de enfermagem associados à presença das síndromes geriátricas em idosos hospitalizados identificou que a instabilidade postural estava relacionada com o padrão respiratório ineficaz em 18% dos idosos pesquisados, enquanto que a mobilidade física prejudicada estava em 31% dos idosos (20).

A perda da capacidade de mobilidade, hospitalização e o avançar da idade podem contribuir para um maior risco de desenvolver a baixa autoestima entre os idosos (20), visto que compromete a realização de atividades de vida diária e convívio social.

Destaca-se que a maior parte das investigações acerca de diagnósticos de enfermagem identificados em idosos, seja hospitalizado (19), na atenção básica (16, 17) ou Instituições de Longa Permanência para Idosos (21), constatou o diagnóstico de incontinência urinária como a alteração no padrão urinário mais frequente. Diferentemente do que foi constatado neste estudo, que verificou a oligúria, anúria, disúria, retenção e urgência como características definidoras mais frequentes para o diagnóstico *Alterações no padrão de eliminação urinária*, presente em 33 (66%) idosos.

Dos idosos, 35 (70%) apresentaram o diagnóstico *Percepção sensorial perturbada: visão*, caracterizado pela dificuldade de enxergar e uso de lentes corretivas. Destaca-se a relevância dessa condição, visto que, diversas vezes, é considerada pelos idosos e familiares, e até mesmo pelos profissionais da saúde, como uma alteração própria do processo de envelhecimento, com poucas opções resolutivas. Além disso, para os idosos com baixas condições econômicas, os recursos financeiros para aquisição de óculos que poderiam contribuir para melhoria da acuidade visual, muitas vezes se mostram insuficientes (16).

O diagnóstico *Dor* esteve presente em 34 (68%) idosos. Essa condição merece atenção, visto que a dor pode se manifestar frequentemente entre os idosos, contudo, não pode ser vista como algo próprio do ser humano (17). Além disso, o contato do idoso com a dor parece confrontá-lo com suas próprias fragilidades, comprometendo sua segurança, autonomia e independência, limitando, muitas vezes, a realização de suas atividades da vida diária e sua capacidade de interação e convívio social, o que pode repercutir negativamente na sua qualidade de vida (22).

O diagnóstico *Medo*, associado, especialmente, ao medo do sofrimento e presença da dor, foi identificado em 34 (68%) idosos. Para os idosos a internação hospitalar assume sempre uma condição complexa, envolvendo múltiplos significados, visto que se associa ao medo da doença, da dependência, do sofrimento e da percepção de que a morte parece se aproximar, de forma que essa situação pode ser vivenciada com elevados níveis de ansiedade (23).

Nesse sentido, é necessário que os profissionais de enfermagem ultrapassem as abordagens ancoradas nas questões clínico-curativas dos problemas, buscando compreender a complexidade humana, as expressões e necessidades do idoso, a partir das quais as ações em saúde devem ser desenvolvidas (24). Ainda, destaca-se que a definição e a avaliação dos cuidados pelos idosos são essenciais para qualificar os cuidados em saúde (25), especialmente, os cuidados de enfermagem.

### **Prescrições de enfermagem**

De acordo com os diagnósticos de enfermagem identificados, elaboraram-se propostas de prescrições de enfermagem, descritas a seguir (ver Quadro 1). Optou-se por não utilizar nomenclaturas específicas, de modo que as prescrições de enfermagem foram elaboradas pelos autores, com base na literatura de cuidados ao idoso, buscando um cuidado mais direcionado a esse grupo etário.

**Quadro 1.** Proposta de prescrições de enfermagem realizada a partir dos diagnósticos identificados, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012

## Proposta de prescrições de enfermagem realizada a partir dos diagnósticos identificados

1. Cuidar higiene e assepsia adequada: lavar mãos, usar luvas, realizar procedimentos respeitando técnicas assépticas, etc., reduzindo riscos de infecções; observar, registrando a presença de sinais flogísticos como: hiperemias, hipotermia, edema etc., assegurando terapêutica adequada.
2. Avaliar a pele a cada turno, descrevendo condições da pele e registrando alterações; manter o idoso em posição confortável, diminuindo pressão nas proeminências ósseas com coxins e trocando posição a cada 2h; seguir o esquema de tratamento prescrito avaliando a eficácia do mesmo.
3. Observar, registrando ingestão do idoso, determinar as preferências alimentares do idoso oferecendo uma dieta que estimule os sentidos; monitorar, registrando padrões de eliminação avaliando ocorrências de alterações; pesar diariamente, às sete horas —antes do desjejum—, sempre no mesmo horário, avaliando precisamente os dados.
4. Avaliar o ambiente para riscos em potenciais a saúde; eliminar os riscos; auxiliar os pacientes mais debilitados a saírem do leito.
5. Avaliar e registrar as condições respiratórias de 4/4h, detectando sinais precoces de disfunção; auscultar sons respiratórios investigando ruídos adventícios; avaliar níveis de gasometria arterial, monitorando oxigenação e estado ventilatório; auxiliar o idoso a adotar uma posição confortável que permita a expansão torácica; se prescrito, realizar exercícios respiratórios —percussão, vibração, drenagem postural—, ajudando na mobilização e na eliminação de secreções.
6. Solicitar ao idoso para virar-se, tossir e respirar profundamente a cada 4h, evitando atelectasia ou acúmulo de líquidos nos pulmões e aumentar a concentração de oxigênio no sangue; movimentar o idoso lentamente evitando a hipotensão postural; auscultar os pulmões a cada 4h, notificando anormalidades; monitorar sinais vitais, ritmo cardíaco e níveis de gasometria arterial e de hemoglobinas. Alterações de qualquer um ou de todos esses parâmetros podem indicar o início de alterações graves.
7. Executar exercícios de amplitude dos movimentos articulares uma vez a cada turno; progredir os exercícios passivos para os ativos conforme tolerância, evitando contraturas articulares e atrofia muscular; virar, reposicionando o idoso a cada 2h, assegurando integridade pele; determinar o nível funcional usando uma escala de mobilidade funcional, assegurando a continuidade e preservando o nível de independência detectado.
8. Monitorar, registrando sinais vitais a cada 4h, identificando alterações; verificar intensidade urinária a cada troca de plantão; pesar diariamente, contar ou pesar fraldas de forma apropriada controlando a diurese; manter registro apurado de ingestão e débito de líquido, assegurando adequado balanço hídrico; monitorar estado de hidratação e estado hemodinâmico (PVC, PAM), identificando alterações; avaliar local e extensão de edema.

9. Monitorar frequência e característica das fezes, formando base de um plano terapêutico eficaz; monitora, registrando ingestão e o débito hídrico —Balanço Hídrico—; administrar líquidos e eletrólitos de reposição, assegurando equilíbrio entre ingestão e débito; cuidar região perianal para evitar úlceras, trocando decúbito regularmente e administrando medicamentos conforme prescrição, assegurando integridade da pele e evitando infecções.

10. Administrar fármacos prescritos, avaliando eficácia terapêutica; notificar se a ingestão for maior que o débito, assegurando reposição hídrica correta; se necessário, realizar procedimento de eliminação vesical prescrito: técnicas miccionárias, manobras de Credé ou de Valsalva a cada 2h; cateterização intermitente, as técnicas aumentam a pressão vesical e auxiliam a eliminar a urina; estabelecer, junto ao paciente, horários fixo para micção —ex. a cada 2 h—, o condicionamento vesical pode auxiliar a atenuar os sintomas.

11. Proporcionar ao idoso ambiente seguro; verificar uso e adaptação lentes corretivas.

12. Estimular o paciente na expressão de seu medo; se possível, esclarecendo suas dúvidas, construindo medidas de controle do medo.

13. Avaliar tipo e intensidade da dor; se é aguda ou crônica, identificando fatores que acentuam a dor, localização, duração e características. A monitoração contínua ajuda a avaliar se o tratamento está sendo eficaz; administrar analgésicos prescritos, atentando aos efeitos colaterais, como hipotensão, náuseas/vômito, boca seca, etc.

**Fonte:** Dados da pesquisa.

através de relatos dos acompanhantes, os quais, muitas vezes não tinham precisão ao responder certas questões abordadas.

A abordagem metodológica utilizada mostrou-se adequada e conduziu para o alcance do objetivo. O modelo descritivo/quantitativo facilitou a análise e foi crucial para o alcance dos objetivos propostos.

Como contribuições da pesquisa à enfermagem, destacam-se alusões ao ensino, pesquisa e assistência. No ensino, este estudo poderá sensibilizar os docentes da enfermagem, quanto ao aprofundamento das questões acerca do Processo de Enfermagem, principalmente com relação aos idosos. Para a pesquisa, espera-se que esses resultados possam contribuir para futuros estudos e que correlações teóricas e práticas possam acontecer, e que possa também despertar os enfermeiros para novos estudos, que tenham como propósito questões relacionadas ao Processo de Enfermagem, direcionado aos idosos hospitalizados.

Espera-se contribuir e sensibilizar o enfermeiro quanto importância da realização do Processo de Enfermagem como parte fundamental do cuidado ao idoso.

## Conclusão

Saber intervir diante de diagnósticos de enfermagem requer do enfermeiro, conhecimento e habilidades específicos acerca do processo de envelhecimento. Percebeu-se a importância de ampliar os estudos acerca do Processo de enfermagem, com ênfase nos diagnósticos, pois esse possibilita cuidado efetivo e individual, indispensável na atenção ao idoso, o qual tende a apresentar muitas perdas e debilidades tanto físicas como emocionais. A identificação dos diagnósticos de enfermagem é fundamental para o enfermeiro subsidiar o planejamento e ações que são necessários para prestar um cuidado humanizado e qualificado ao idoso. O estudo mostrou-se plausível ao alcance dos objetivos.

Como limitação deste estudo, evidenciou-se a dificuldade de comunicação verbal por parte de alguns idosos, o que dificultou parte da coleta de dados, uma vez que os mesmos foram colhidos

## Referências

- (1) Organização das Nações Unidas (ONU) no Brasil [*homepage* na Internet]. Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio. Londres: Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA); 2012 [atualizado: 5 nov 2013; acesso: 7 nov 2013]. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/sumario%20envelhecimento%20sec%20xx.pdf>
- (2) Motta CC, Hansel CG, Silva J. Perfil de internações de pessoas idosas em um hospital público. *Rev Eletr Enf* [periódico na Internet]. 2010 [acesso: 10 abr 2012];12(3):471-477. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6865>
- (3) DATASUS [*homepage* na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2011 [atualizado: 10 abr 2012; acesso: 10 abr 2012]. Apresenta: Indicadores Demográficos segundo o IBGE e Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sihsus.htm>
- (4) North American Nursing Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- (5) Garcia TR, Egry EY. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- (6) Gaya A (org.). Ciências do movimento humano: introdução à metodologia da pesquisa. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- (7) Lopes FL, Santos SS. Construindo um histórico de enfermagem para ser utilizado com o idoso internado em um Hospital Universitário. *Cogitare Enferm*. 2009;14(1):22-29.
- (8) Cardoso MC, Ferreira MC. Envolvimento religioso e bem-estar subjetivo em idosos. *Psicol Cienc Prof*. 2009;29(2):380-393.
- (9) Campos FG, Barrozo LV, Ruiz T, César, CL, Barros MB, Carandina L *et al*. Distribuição espacial dos idosos de um município de médio porte do interior paulista segundo algumas características sócio-demográficas de morbidade. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(1):77-86.
- (10) Santos SA, Tavares DM, Barabosa MH. Fatores socioeconômicos, incapacidade funcional e número de doenças entre idosos. *Rev Eletr Enf* [periódico na Internet]. 2010 [acesso: 10 abr 2012];12(4):692-697. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.7628>
- (11) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. No 12, série A. Normas e manuais técnicos. Brasília: Cadernos de Atenção Básica; 2006.
- (12) Gurian MB, Oliveira RC, Laprega MR, Júnior AL. Rastreamento da função cognitiva de idosos não-institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(2):275-284.
- (13) Guedes HM, Santos WL, Nakatani AY, Chianca TC. Diagnósticos de enfermagem na admissão e alta hospitalar de idosos. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(4):564-570.
- (14) Chaves EC, Cordeiro LA, Goyatá SL, Godinho ML, Meirelles VC, Nascimento AM. Identification risk for falls diagnosis in the elderly serviced by the elderly care program. *Rev Enferm UFPE Online*. 2011;5(10):2507-2014.
- (15) Santos SS, Vidal DA, Gautério DP, Silva ME, Rosales RA, Pelzer MT. Alterações estruturais numa Instituição de Longa Permanência para Idosos visando prevenção de quedas. *Rev RENE*. 2011;12(4):790-797.
- (16) Marim MJ, Cecílio LC, Rodrigues LC, Ricci FA, Druzian S. Diagnósticos de Enfermagem de idosas carentes em um Programa de Saúde da Família (PSF). *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008;12(2):278-284.
- (17) Ferreira CJ, Campos DC, Castro FG, Silva FW, Pereira GS, Waldolato LC *et al*. Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos assistidos na atenção básica no Brasil. *Rev Enferm UFPE Online*. 2010;4(Esp 1):962-971.
- (18) Santos AS, Souza PA, Valle AM, Cavalcanti AC, Sá SP, Santana RE. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(1):141-149.

(19) Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. 11 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006.

(20) Sousa RM, Santana RF, Santo FH, Almeida JG, Alves LA. Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos hospitalizados: associação com as síndromes geriátricas. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2010;14(4):732-741.

(21) Oliveira DN, Gorreis TF, Creutzberg M, Santos BRL. Diagnósticos de enfermagem em idosos de instituição de longa permanência. Rev Cienc Saúde. 2008;1(2):57-63.

(22) Celich KL, Galon C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2009;12(3):345-359.

(23) Caldas CP, Teixeira PC. O idoso hospitalizado sob o olhar da Teoria de Enfermagem Humanística. Cienc Cuid Saúde. 2012;11(4):748-757.

(24) Leite MT, Gonçalves LH. A enfermagem construindo significados a partir de sua interação social com idosos hospitalizados. Texto Contexto Enferm. 2009;18(1):108-115.

(25) Lima CA, Tocantins FR. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. Rev Bras Enferm. 2009;62(3):367-373.

# Revisión de la utilidad y fiabilidad de la *Confusion Assessment Method* en atención especializada y primaria, 2013

Revisão da utilidade e confiabilidade da *Confusion Assessment Method* em atendimento especializado e primário, 2013

Review of utility and reliability of *Confusion Assessment Method* in primary and specialty care, 2013

---

• Carmen Carrera Castro<sup>1</sup> • Francisco Javier Romero Moreno<sup>2</sup> • Andalucía González Pérez<sup>3</sup> •

---

•1• Diplomada en Enfermería. Experta en Biotecnología Aplicada a los Alimentos, Crecimiento Celular y Cáncer, Nutrición Artificial Ambulatoria y Domiciliaria, Hospital Ernest Lluch. Zaragoza, España. E-mail: trisysyccc@hotmail.com

•2• Diplomado en Enfermería. Experto en Crecimiento Celular y Cáncer, Enfermería Legal y Forense, Hospital Ernest Lluch. Zaragoza, España.

•3• Diplomada en Enfermería. Experta en Enfermería Legal y Forense. Hospital Ernest Lluch. Zaragoza, España.

---

Recibido: 19/10/2013 Aprobado: 15/06/2015

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.40385>



## Resumen

**Objetivo:** El objetivo de la revisión literaria fue mostrar los estudios originales publicados en los últimos 5 años, que evalúan la sensibilidad, la especificidad y la fiabilidad de la escala *Confusion Assessment Method* (CAM) y toman como patrón referencia al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) para obtener una visión global y actual de la validez y confiabilidad de esta herramienta diagnóstica.

**Metodología:** Se procedió a una búsqueda genérica en pubmed con los descriptores del MESH *Confusión, sensibilidad y especificidad, Técnicas y procedimientos diagnósticos* y los términos libres *CAM* o *Confusion Assessment Method*, generando 995 artículos originales, tras revisión y clasificación con tablas estructuradas, de forma independiente por cada autor.

**Resultados:** Se hallaron 4 estudios: 2 de validación, traducción y adaptación cultural al alemán y al tailandés, 1 de validación en pacientes paliativos y 1 de un estudio de cohorte comparativo de evaluación sobre el rendimiento de la CAM con el DSM-IV y el CIE-10 (*Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, 10ª* revisión). Aunque los trabajos hallados han sido escasos y se precisa de más investigaciones, en comparación proporcional con años anteriores se han llevado a cabo más estudios. El patrón de referencia más utilizado ha sido la DSM-IV.

## Resumo

**Objetivo:** O objetivo da revisão da literatura foi o de mostrar os estudos originais publicados nos últimos 5 anos, que avaliam a sensibilidade, especificidade e confiabilidade da escala *Confusão Assessment Method* (CAM) e tomadas como padrão de referência para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Trastornos (DSM), para obter uma visão abrangente e atual sobre a validade e a confiabilidade desta ferramenta de diagnóstico.

**Metodologia:** Realizamos uma busca genérica no pubmed com os descritores MESH *Confusão, Sensibilidade e Especificidade, Técnicas e Procedimentos Diagnósticos* e termos livres *Método de Avaliação Confusão* ou *CAM*, gerando 995 artigos originais, após a revisão, análise e classificação com tabelas estruturadas de forma independente por cada autor.

**Resultados:** 4 estudos foram encontrados: 2 de validação, tradução e adaptação cultural para o alemão e tailandês, 1 de validação em pacientes paliativos e 1 foi uma coorte de avaliação comparativa do desempenho do CAM com o DSM-IV e CID-10 (*Clasificación Estadística Internacional de Doenças, 10ª* revisão). Embora poucos trabalhos foram encontrados e mais pesquisas são necessárias, a proporção comparativa em relação aos anos anteriores, realizaram-se mais estudos. O padrão de referência mais utilizado foi DSM-IV.

**Conclusão:** CAM é uma ferramenta diagnóstica válida, com alta sensibilidade e especificidade quando manejado por pessoal treinado anteriormente,

## Abstract

**Objective:** The aim of this literary review was to show original researches published in the last 5 years, which evaluate the sensibility, specificity, and reliability of the scale *Confusion Assessment Method* (CAM) and take as gold standard to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) in order to reach a global and current view of the validity and reliability this diagnostic tool.

**Methodology:** We proceeded to a generic search in pubmed with the descriptors of the MESH *Confusion, Sensitivity and Specificity, Diagnostic Techniques and Procedures* and the free terms *CAM* or *Confusion Assessment Method*, generating 995 original articles, after a review and classification with structured tables, by independent form for every author.

**Results:** 4 essays were found: 2 were of validation, translation and cultural adaptation to German and Thai, 1 was of validation in palliative patients and the 1 was a comparative cohort study of evaluation about performance of the CAM with the DSM-IV and the CIE-10 (*International Statistical Classification of diseases, 10th* review). Although found researches are scarce and more investigations are required, in proportional comparison with previous years more studies have been realized. The most used gold standard has been DSM-IV.

**Conclusion:** CAM is a valid diagnostic tool with high sensibility and specificity when it is handled by previously trained personnel. It is accurate, reliable,



**Conclusión:** La CAM es una herramienta diagnóstica válida con alta sensibilidad y especificidad cuando es manejada por personal previamente adiestrado. Es precisa, fiable, segura, rápida y económica en el ámbito de la investigación. Sin embargo, se necesitan más investigaciones.

*Descriptor:* Confusión; Sensibilidad y Especificidad; Técnicas y Procedimientos Diagnósticos (fuente: DECS BIREME).

é investigação segura, rápida e econômica confiável precisa no campo da pesquisa, porém se requerem mais pesquisas.

*Descritores:* Confusão; Sensibilidade e Especificidade; Técnicas e Procedimentos Diagnósticos (fonte: DECS BIREME).

secure, fast, and economic in the area of investigation, but more research is needed.

*Descriptors:* Confusion; Sensitivity and Specificity; Diagnostic Techniques and Procedures (source: DECS BIREME).

## Introducción

El delirium es una patología sumamente grave, usual en todos los ámbitos sociosanitarios. Es multifactorial y trae repercusiones severas sobre el pronóstico y la evolución del paciente. Esto ocasiona un aumento de la estancia hospitalaria, rehospitalizaciones, mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, y secuelas irreversibles tras el alta hospitalaria, como demencia y elevados costos sociosanitarios (1).

La enfermería es un eslabón esencial dentro del equipo multidisciplinario para hacer frente a este grave trastorno neurocognitivo (2). La práctica enfermera se encuentra en primera línea para detectar, prevenir y gestionar el delirium desde una perspectiva biopsicosocial y holística (3). Uno de los muchos problemas a los que nos enfrentamos con esta psicopatología es la falta de un diagnóstico correcto y un adecuado tratamiento, además de una carencia en la capacidad de detección de los síntomas de delirium por parte de la enfermería (4).

El diagnóstico clínico del delirium se realiza con base en los criterios del DSM-IV-TR (5), que define al delirium como una alteración temporal del estado mental, determinada por la presencia de múltiples manifestaciones clínicas cognoscitivas. Prima la alteración del nivel de conciencia y la atención, pudiéndose presentar en un corto periodo de tiempo, desde horas a días, y fluctuar a lo largo del día.

Para que el diagnóstico sea preciso, se ha de llevar a cabo una exploración biopsicosocial del paciente, complementada con pruebas básicas o específicas, que nos guiarán a la base etiológica del delirium (6). Aquí la concienciación, la formación y el conocimiento son las claves para combatir el delirium (7). En la exploración mental, las escalas nos ayudan a agilizar esta labor. Existen muchas escalas encaminadas a este fin, pero la que destaca sobre todas ellas es la escala *Confusion Assessment Method* (CAM) por ser el instrumento más utilizado, validado, traducido, sencillo, rápido y mejor aceptado por la enfermería en la práctica clínica rutinaria (8).

## La escala *Confusion Assessment Method* (CAM)

Fue desarrollada por Inouye SK et al. (9) con base en los criterios diagnósticos del DSM-III-R (5). La finalidad fue validar un método de evaluación estandarizado que facilitara la detección, el diagnóstico, la gravedad y las fluctuaciones del delirium en pacientes de alto riesgo, sin necesidad de poseer conocimientos extensos en psiquiatría, pues sólo se precisa de una formación mínima.

Está diseñada en dos partes (9). La primera es una entrevista semiestructurada, formada por 9 síntomas del delirium: inicio agudo, falta de atención, pensamiento desorganizado, alteración del nivel de conciencia, desorientación, pérdida de memoria, alteraciones de la percepción, la agitación psicomotriz o retardo y el ciclo sueño-vigilia alterado. La segunda parte es un algoritmo diagnóstico, en el que se valora el inicio agudo y curso fluctuante, la falta de atención, el pensamiento incoherente y la alteración del nivel de conciencia. La suma de los dos primeros criterios y uno de los otros dos confirman el diagnóstico positivo de delirium. La observación objetiva del evaluador determina los resultados de la prueba.

Fue probada por primera vez en pacientes ancianos con o sin delirium. Los resultados reportados en este estudio prospectivo de validación fueron los siguientes: la sensibilidad del 94-100%; la especificidad del 90-95%; el valor predictivo positivo (VPP) del 91-94%; el valor predictivo negativo (VPN) del 90-100%; y la fiabilidad entre observadores, que fue del 0,81-1,0. Los resultados primarios mostraron una escala con buena psicometría, válida y fiable para el diagnóstico de delirium en esta muestra de pacientes. Sólo lleva 5 minutos rellenar el cuestionario (9). Con el paso del tiempo, se ha ido validando, adaptando y traduciendo a diferentes idiomas y contextos sociosanitarios, presentando similar fiabilidad y validez (8).

Algunos ejemplos de las adaptaciones de la CAM a diferentes contextos intra y extrahospitalarios son: la CAM-ICU (10) (*Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*), adaptada a pacientes adultos en ausencia de comunicación verbal; la CAM-PICU (11) (*Pediatric Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit*), validada para la comunicación no verbal de pacientes

pediátricos; y la FAM-CAM (12) (*Family Confusion Assessment Method*) para la detección del delirium en pacientes con deterioro cognitivo por medio de los cuidadores principales.

Es una herramienta que puede diferenciar el delirium de la demencia (13), además de los diferentes subtipos de delirium (14), así como su estado prodrómico (15). El elegir una herramienta estandarizada, válida, segura y fiable para el diagnóstico de delirium en el paciente adulto mayor contribuye, en gran medida, al correcto diagnóstico clínico de delirium. El proceso durante la detección del delirium, en ocasiones, se ve obstaculizado por el tiempo clínico y los recursos limitados, lo que lleva a la necesidad de poseer una herramienta útil, rápida y económica, como es la CAM (8, 9).

El delirium es importante tanto por su elevada prevalencia hospitalaria como por el impacto negativo de sus consecuencias en todos los niveles asistenciales e interpersonales (1). Un inadecuado abordaje de esta neuropatología orgánica puede repercutir nocivamente sobre todo el proceso asistencial del paciente, la familia y el sistema sociosanitario (3).

Se han realizado trabajos de revisión bibliográfica sobre los diferentes mecanismos diagnósticos del delirium (8), pero aún no se ha llevado a cabo una revisión actualizada donde se detalle la utilidad de la CAM en estos últimos años. Esto sería de gran interés científico antes de continuar con su uso racional en la práctica clínica, de manera que se obtenga una visión actual de la validez y la confiabilidad (16) y se fomente la identificación del delirium a través de herramientas estandarizadas confiables, útiles y avaladas científicamente, dejando atrás el procedimiento de la simple impresión objetiva del profesional sanitario.

El objetivo de este artículo es mostrar los estudios originales publicados que evalúan la sensibilidad, especificidad y fiabilidad de la escala CAM y toman como patrón referencial al DSM.

## Metodología

La información que argumenta este estudio de revisión fue recopilada de la base de datos biomédica PubMed como buscador genérico, porque los resultados obtenidos previamente en

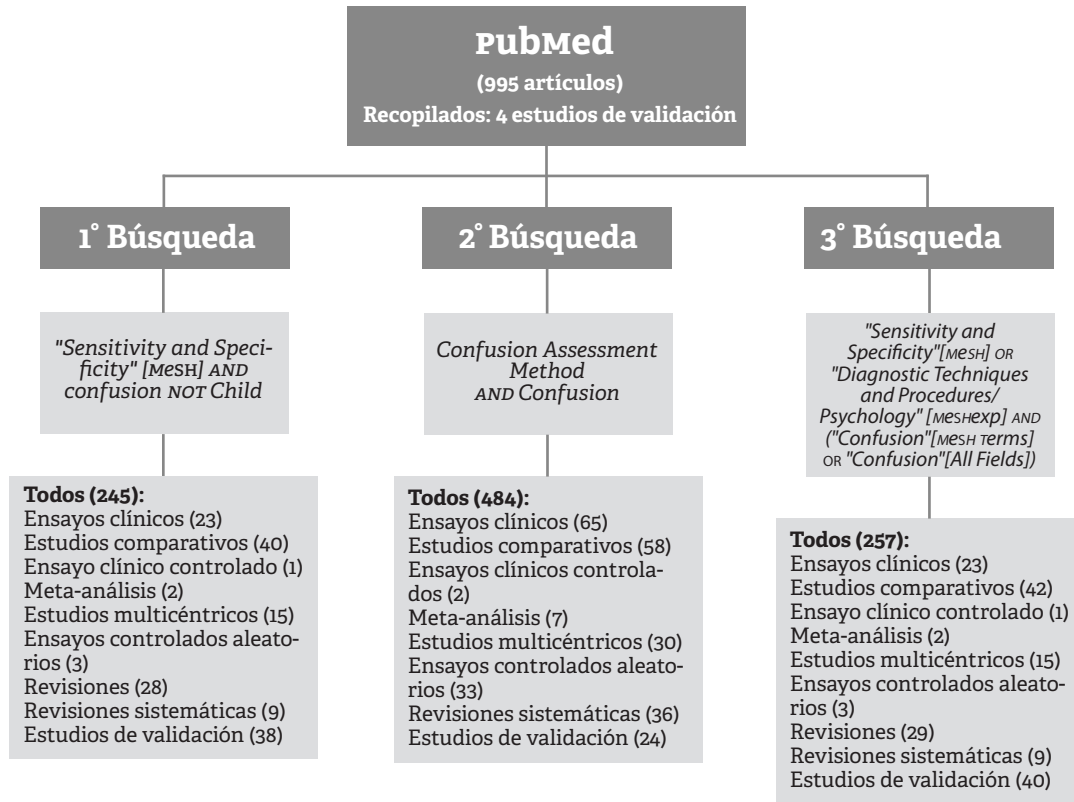
otras bases de datos consultadas —PsychoInfo, MEDS, SCIELO, Cochrane Plus y CUIDEN— no han aportado más información que la proporcionada por PubMed. Se utilizaron las palabras clave *Confusion, Sensitivity and Specificity* y *Diagnostic Techniques and Procedures*, y los términos de búsqueda libres CAM y *Confusion Assessment Method*.

Las estrategias de búsqueda contemplaban los criterios de inclusión, es decir: estudios originales, publicados en idioma inglés o español, de libre difusión o de acceso restringido. Esto se llevó a cabo siempre que su resumen expusiera información sobre la sensibilidad, especificidad y fiabilidad de la escala o algoritmo CAM en la población de pacientes adultos o adultos mayores, en diferentes contextos sociosanitarios, tanto hospitalarios como comunitarios, utilizando como patrón de referencia el DSM en sus diferentes versiones.

El rango de búsqueda se acotó desde enero del 2009 hasta el 15 de agosto del 2013, sin limitaciones geográficas. Los criterios de exclusión fueron: población de pacientes críticos y pediátricos, artículos no publicados o secundarios e idiomas diferentes al inglés o español.

Tras varias combinaciones con las diferentes palabras clave y operadores booleanos “AND” y “NOT”, se generó una búsqueda de 995 artículos originales publicados dentro del rango de tiempo de búsqueda (ver Cuadro 1). Éstos se sometieron a un examen independiente de cada artículo, por al menos dos autores, donde se extrajeron 4 estudios que se ajustaron a la matriz de la revisión y conformaron los criterios de inclusión. El resto de los artículos se descartaron.

**Cuadro 1.** Algoritmo de búsqueda metodológica en PubMed. 2009-2013



**Fuente:** Datos de la investigación.

Después de la identificación de los artículos que se ajustaron a los objetivos de la revisión, se inició una puesta en común entre los autores. La información obtenida se clasificó mediante tablas estructuradas cronológicamente a partir de la fecha de publicación del trabajo, en el cual se detalló la información sobre los autores, la muestra del estudio, el tipo de trabajo de investigación, las propiedades psicométricas aportadas, la edición del patrón de referencia utilizado (DSM), las características del evaluador —con o sin formación previa sobre el uso de la CAM—, el tiempo de administración del test y los resultados principalmente recopilados en los estudios.

## Resultados

Los resultados globales fueron cuatro estudios (17-20), dos artículos, estudios de validación, traducción y adaptación cultural al tailandés (19) y al alemán (18), otro de validación en paliativos (17) y el último, un estudio de cohorte comparativo

donde se evalúa el rendimiento (20) de la CAM en comparación con el DSM-IV (5) y el CIE-10 (21) (ver Tabla 1).

El DSM-III, como patrón de referencia, sólo ha sido utilizado por el trabajo de Ryan K y cols. (17) en pacientes paliativos en la fase piloto e inicial del estudio de validación; los restantes estudios han utilizado la versión IV. Este estudio demuestra que la sensibilidad de la CAM está directamente relacionada con la formación y las habilidades del evaluador: cuando el evaluador no está instruido, la sensibilidad es del 50% y la especificidad del 100%, pero cuando se lleva a cabo un plan de estrategias formativas, la sensibilidad aumenta a un 88% (17) (ver Tabla 1).

El estudio de validación a la versión alemana, en pacientes agudos de alto riesgo de delirium con prevalencia de demencia del 86% y de deterioro cognitivo del 72% y elevado riesgo de padecer delirium, demostró que la CAM traducida poseía una sensibilidad del 77% y

una especificidad buena. La fiabilidad entre el evaluador médico y no médico fue de 0,95 (18) (ver Tabla 1).

En el trabajo desarrollado por Wongpakaran *N et al.* (19) con pacientes > 60 años, se demostró que el algoritmo CAM presentaba la sensibilidad y especificidad más alta de todos los trabajos a estudio en esta revisión, con un valor predictivo positivo (VPP) del 100% y un valor predictivo negativo (VPN) del 90,6% cuando son ejecutados por médicos de familia previamente capacitados. El tiempo de ejecución fue corto y la fiabilidad entre los médicos y el psiquiatra fue muy buena (ver Tabla 1).

La valoración del rendimiento de la CAM en comparación con distintos patrones de referencia fue publicada por un grupo de investigadores (20), quienes observaron que al compararla con el DSM-IV la prevalencia del delirium fue del 24%, la sensibilidad del 74% y la especificidad del 100%. Sin embargo, cuando se comparaba con el CIE-10, la prevalencia del delirium y especificidad fue menor, la sensibilidad mayor y el AUC (Área Bajo la Curva) levemente inferior (ver Tabla 1).

**Tabla 1.** Síntesis de los estudios de validación de la CAM. 2009-2013

Autor/es Años de Publicación	P	I	C	O	Evaluador y tiempo de valoración
	Población	Tipo de estudio	DSM* (Patrón de referencia)	Propiedades psicométricas	
Ryan <i>et al.</i> (17) 2009	32 pacientes Atención Paliativa Dublin (Irlanda)	Fase piloto validación	DSM*-III (Irlanda)	SEN <sup>†</sup> : 50% ESP <sup>‡</sup> : 100%	Médicos sin formación
	52 pacientes Atención Paliativa Dublin (Irlanda)	Validación	DSM*-III	SEN <sup>†</sup> : 88% ESP <sup>‡</sup> : 100%	Médicos con formación
Hestermann <i>et al.</i> (18) 2009	39 pacientes frágiles con deterioro cognitivo y demencia Media edad: 83 ±7 años. Atención hospitalaria	Validación Adaptación cultural Cohorte prospectiva alemana	DSM*-IV-TR	SEN <sup>†</sup> : 77% ESP <sup>‡</sup> : 96-100% Fiabilidad <sup>§</sup> : 0,95	Médico No médico
Wongpakaran <i>et al.</i> (19) 2011	66 pacientes > 60 años Unidad de Atención Primaria Tailandia	Validación Adaptación cultural Prospectiva tailandesa	DSM*-IV-TR	SEN <sup>†</sup> : 91,9% ESP <sup>‡</sup> : 100% Fiabilidad <sup>§</sup> : 0,91 VPP <sup>**</sup> : 100% VPN <sup>**</sup> : 90,6%	Médicos con formación 2-20 min.
Thomas <i>et al.</i> (20) 2012	102 pacientes con enfermedad médica 80-100 años Atención Hospitalaria Alemania	Cohorte prospectiva Comparativa	DSM*-IV	SEN <sup>†</sup> : 74% ESP <sup>‡</sup> : 100% AUC: 0,88	-----
		Rendimiento	CIE <sup>Ω</sup> -10	SEN <sup>†</sup> : 82% ESP <sup>‡</sup> : 91% AUC: 0,85	

\*DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; <sup>†</sup>SEN: Sensibilidad; <sup>‡</sup>ESP: Especificidad; <sup>§</sup>Medido mediante el Kappa de Cohen; <sup>\*\*</sup>VPP: Valor Predictivo Positivo; <sup>\*\*</sup>VPN: Valor Predictivo Negativo; AUC: Área Bajo la Curva; <sup>Ω</sup>CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, 10<sup>a</sup> revisión.

**Fuente:** Datos de la investigación.

## Discusión

En estos últimos años, los trabajos orientados a validar la CAM y su algoritmo tomando como *gold standard* al DSM-III o IV han sido relativamente escasos. Sólo se han realizado 4 investigaciones (17-20), aunque si comparamos esta cifra con los estudios realizados con anterioridad a esta fecha, se puede afirmar que se han llevado a cabo más estudios entre el 2009 y el 2013 que en proporción a los últimos 18 años desde el comienzo de la CAM (8).

El delirium es un síndrome agudo y debe ser controlado o tratado en su etapa inicial, así que interesa una prueba diagnóstica que tenga alta sensibilidad y pocos falsos negativos, para que pueda diferenciar correctamente a los enfermos y no diagnostique a los pacientes como si no padecieran de delirium, cuando realmente lo tienen. Los datos reportados actualmente demuestran que la sensibilidad de esta prueba es buena (17-20), en rangos del 74-91,1% en aquellos estudios en los que se han formado a priori al evaluador sobre el uso de la CAM.

El patrón de referencia más utilizado ha sido el DSM-IV (ver Tabla 1). Desde el año 2000, con la aparición de esta nueva versión, los trabajos han utilizado preferentemente la versión IV/IV-R frente a la tradicional III/III-R, salvo excepciones (17).

Es necesario un entrenamiento previo del personal implicado en la evaluación o la sensibilidad de la CAM se verá comprometida, como podemos observar en la fase piloto del estudio de validación de Ryan *et al.* (17). En ésta, los médicos no entrenados previamente obtuvieron una sensibilidad del 50% tras el adiestramiento, mientras que la sensibilidad aumentó al 80%, conclusión que es respaldada por otros estudios (19).

En la CAM la confiabilidad entre evaluadores es excelente, como podemos observar tanto en los estudios de esta revisión (18, 19) como en otras publicaciones (10, 11, 17). Pero si realizamos una reflexión sobre este parámetro, debemos tener en cuenta que la valoración de los evaluadores se asienta bajo una visión subjetiva de los hechos y la formación.

Una herramienta es considerada segura a través de la estimación de los valores predictivos (VPP y VPN), lo cual es sumamente interesante para la

práctica clínica porque nos revelará cuán correcto es el diagnóstico de la prueba (22, 23). El único estudio de esta revisión (19) que nos ha facilitado datos sobre estos valores confirma que la CAM es una prueba segura, con un VPP del 100% y un VPN del 90,6%, aunque si nos remontamos a otras investigaciones de la CAM en diferentes hábitos hospitalarios podemos corroborar esta afirmación (10, 11, 17). No debemos obviar que la estimación de la seguridad viene condicionada por la prevalencia de la enfermedad, aunque la validez de la prueba es independiente de ella (16).

La CAM posee mejor precisión diagnóstica cuando se compara con el patrón de referencia, el DSM-IV, con un valor de 0,88 de AUC frente al 0,85 obtenido al compararla con la CIE-10 (20).

El tiempo de ejecución de la CAM por el evaluador es rápido: oscila en valores de 2-20 minutos. Esto es beneficioso porque requiere poco tiempo de nuestras funciones asistenciales, a la vez que genera poco costo económico (19).

Los estudios de estos últimos años han tomado como evaluador independiente para la ejecución de la CAM en sus investigaciones a los médicos (ver Tabla 1), dejando a las enfermeras separadas de estas labores, a pesar de ser una pieza básica dentro del proceso asistencial (3, 24). Las enfermeras han formado parte de las investigaciones sobre la psicometría de CAM como parte esencial dentro del equipo multidisciplinario y como vínculo constante con el paciente y la familia.

Hay estudios —entre ellos, los de la autora Boot R (2)— en los que se reafirma la importancia del rol de la enfermera dentro de las estrategias de detección, prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium, consecuencia de la estrecha relación continuada e integral con el paciente y la familia. Además, el reconocimiento del delirium realizado por la enfermera, utilizando la CAM y varios puntos de observación, proporciona gran sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de delirium (6), algo que no se ha tenido en cuenta a la hora de utilizar a la enfermera como evaluador en los diferentes estudios recopilados en este trabajo (ver Tabla 1).

El diagnóstico diferencial entre delirium y demencia o el delirium superpuesto a la demencia es difícil de diagnosticar, debido a la potente interrelación entre las dos patologías (5, 21).

La CAM tiene la capacidad de discriminar entre estas psicopatologías (18), lo cual fue previamente confirmado por otros trabajos (13).

En cuanto a las adaptaciones a poblaciones específicas de pacientes, hay que ampliar al grupo de pacientes paliativos (17), donde no se había validado previamente la CAM.

Estos trabajos (ver Tabla 1) han sido llevados a cabo en un entorno de investigación, de forma controlada, pero sería de gran interés conocer los resultados obtenidos de la CAM durante el desarrollo de la práctica clínica rutinaria. Hay pocos trabajos que evalúan la utilidad de la CAM en el día a día.

Sería recomendable diseñar una herramienta de diagnóstico ideal, capaz de detectar la mayor cantidad de pacientes con delirium, excluyendo a la vez la mayor cantidad de pacientes sin ello. Aunque aún no se ha definido este test, por lo menos sí podemos enfatizar los esfuerzos en mejorar la calidad de la CAM mediante más investigaciones de diversos tipos, que respalden su uso racional en los diferentes ámbitos sanitarios, así como generar estrategias de formación y concienciación para todo el personal sanitario responsable de las asistencias a los pacientes en riesgo (24, 25).

Hay una restricción en los conocimientos científicos presentes de estos últimos años por la alta tasa de artículos condicionados sólo a la leyenda del resumen al no estar como libre difusión, y los que están han sido publicados en otro rango de años. Todo esto hay que tenerlo presente a la hora de interpretar los hallazgos y realizar los comentarios con cautela para no errar en la interpretación.

## Conclusiones

Es necesario desarrollar estudios sobre la utilidad de la CAM en la práctica clínica rutinaria con enfermeras y médicos previamente formados en la materia y conocer realmente la validez de la CAM en el día a día de nuestras labores.

La CAM es una herramienta diagnóstica válida con alta sensibilidad y especificidad cuando es manejada por personal previamente adiestrado; es precisa, fiable, segura, rápida y económica en el ámbito de aplicación de investigación.

## Referencias

- (1) Partridge JS, Martin FC, Harari D, Dhesi JK. The delirium experience: what is the effect on patients, relatives and staff and what can be done to modify this? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013 Aug;28(8):804-812.
- (2) Boot R. Delirium: a review of the nurses role in the intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*. 2012 Jun;28(3):185-189.
- (3) Fan Y, Guo Y, Li Q, Zhu X. A review: nursing of intensive care unit delirium. *J Neurosci Nurs*. 2012 Dec;44(6):307-316.
- (4) Voyer P, Richard S, McCusker J, Coe MG, Monette J, Champoux N *et al*. Detection of delirium and its symptoms by nurses working in a long term care facility. *J Am Med Dir Assoc*. 2012 Mar;13(3):264-271.
- (5) American Psychiatric Association. Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders. In: Delirium, dementia, and amnesic, and other cognitive disorders. 4<sup>th</sup> ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc; 2000. pp. 135-47.
- (6) Domínguez FJ, Soto A. Delirium (III): diagnóstico, pronóstico, prevención y tratamiento. *Psiquiatría*. 2012;16(2):1-29.
- (7) Scott P, McIlveney F, Mallice M. Implementation of a validated delirium assessment tool in critically ill adults. *Intensive Crit Care Nurs*. 2013 Apr;29(2):96-102.
- (8) Wong CL, Holroyd-Leduc J, Simel DL, Straus SE. Does this patient have delirium?: value of bedside instruments. *JAMA*. 2010 Aug;304(7):779-786.
- (9) Tobar E, Romero C, Galleguillos T, Fuentes P, Cornejo R, Lira MT *et al*. Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos para el diagnóstico de delirium: adaptación cultural y validación de la versión en idioma español. *Med Intensiva*. 2010;34(1):04-13.
- (10) Toro AC, Escobar LM, Franco JG, Díaz-Gómez JL, Muñoz JF, Molina F *et al*. Spanish version of the CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit). Pilot study of validation. *Med Intensiva*. 2010;34(1):14-21.

- (11) Smith HA, Boyd J, Fuchs DC, Melvin K, Berry P, Shintani A *et al.* Diagnosing delirium in critically ill children: validity and reliability of the Pediatric Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit. *Crit Care Med.* 2011 Jan;39(1):150-157.
- (12) Steis MR, Evans L, Hirschman KB, Hanlon A, Fick DM, Flanagan N *et al.* Screening for delirium using family caregivers: convergent validity of the Family Confusion Assessment Method and interviewer-rated Confusion Assessment Method. *J Am Geriatr Soc.* 2012 Nov;60(11):2121-2126.
- (13) Morandi A, McCurley J, Vasilevskis WW, Fick DM, Bellelli T, Lee P *et al.* Tools to detect delirium superimposed on dementia: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2012 Nov;60(11):2005-2013.
- (14) DeCrane SK, Culp KR, Wakefield B. Twelve-month mortality among delirium subtypes. *Clin Nurs Res.* 2011 Nov;20(4):404-421.
- (15) Cole MG, Ciampi A, Belzile E, Dubuc-Sarrasin M. Subsyndromal delirium in older people: a systematic review of frequency, risk factors, course and outcomes. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2013 Aug;28(8):771-780.
- (16) Sackett D, Haynes R, Guyatt G, Tugwell P. *Epidemiología clínica. Ciencia básica para la medicina clínica.* 2ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 1994.
- (17) Ryan K, Leonard M, Guerin S, Donnelly S, Conroy M, Meagher D. Validation of the Confusion Assessment Method in the palliative care setting. *Palliat Med.* 2009 Jan;23(1):40-45.
- (18) Hestermann U, Backenstrass M, Gekle I, Hack M, Mundt C, Oster P *et al.* Validation of a German version of the Confusion Assessment Method for delirium detection in a sample of acute geriatric patients with a high prevalence of dementia. *Psychopathology.* 2009;42(4):270-276.
- (19) Wongpakaran N, Wongpakaran T, Bookamana P, Pinyopornpanish M, Manee-ton B, Lertrakarnnon P *et al.* Diagnosing delirium in elderly Thai patients: utilization of the CAM algorithm. *BMC Fam Pract.* 2011;12(65):1-5.
- (20) Thomas C, Kreisel SH, Oster P, Driessen M, Arolt V, Inouye SK. Diagnosing delirium in older hospitalized adults with dementia: adapting the Confusion Assessment Method to international classification of diseases, tenth revision, diagnostic criteria. *J Am Geriatr Soc.* 2012 Aug;60(8):1471-1477.
- (21) World Health Organization (WHO). *International statistical classification of diseases and related health problems.* 10<sup>th</sup> ed. Malta: World Health Organization (WHO); 2010.
- (22) Gusmao-Flores D, Salluh JJ, Dal-Pizzol F, Ritter C, Tomasi CD, Lima MA *et al.* The validity and reliability of the Portuguese versions of three tools used to diagnose delirium in critically ill patients. *Clinics.* 2011 Nov;66(11):1917-1922.
- (23) Luetz A, Heymann A, Radtke FM, Chenitir C, Neuhaus U, Nachtigall I *et al.* Different assessment tools for intensive care unit delirium: which score to use? *Crit Care Med.* 2010 Feb;38(2):409-418.
- (24) Wells LG. Why don't intensive care nurses perform routine delirium assessment? A discussion of the literature. *Aust Crit Care.* 2012 Aug;25(3):157-161.
- (25) Patel RP, Gambrell M, Speroff T, Scott TA, Pun BT, Okahashi J *et al.* Delirium and sedation in the intensive care unit: survey of behaviors and attitudes of 1384 health-care professionals. *Crit Care Med.* 2009 Mar;37(3):825-832.



# Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto

Experiências de  
mulheres durante o  
trabalho de parto e  
parto

Experiences of women  
during labor and  
delivery

---

• Dora Isabel Giraldo Montoya<sup>1</sup> • Elvira Margarita González Mazuelo<sup>2</sup> • Claudia Patricia Henao López<sup>3</sup> •

---

•1• Magíster en Enfermería. Docente, Facultad de Enfermería, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia. E-mail: dora.giraldo@upb.edu.co

•2• Magíster en Educación y Desarrollo Humano. Docente, Facultad de Enfermería, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

•3• Candidata a Magíster en Educación y Desarrollo Humano. Medellín, Colombia.

---

Recibido: 25/02/2014 Aprobado: 15/06/2015

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.42279>



## Resumen

**Objetivo:** Develar las experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto en una Unidad Materno Infantil de Medellín, durante el año 2013.

**Metodología:** Estudio cualitativo, de tipo fenomenológico. Muestreo representado en la saturación teórica, con la participación de 13 mujeres a quienes se les aplicó la entrevista a profundidad. Se construyeron las categorías descriptivas, posteriormente se agruparon en categorías de orden axial y finalmente se obtuvieron las de orden selectivo para determinar las categorías núcleo. Se desarrolló la triangulación a través de grupos focales y la observación. El estudio obtuvo la aprobación del Comité de Ética y se utilizó el consentimiento informado por escrito.

**Resultados:** Surgieron tres categorías principales: *Los síntomas desagradables*, *La soledad* y *Yo quiero ver a Camila*. Desde la teoría de rango medio de los síntomas desagradables, se encontró que el dolor, la fatiga y la sed son experiencias altamente significativas que comprometen el bienestar y la satisfacción materna. La soledad estuvo presente en todo el proceso, sin embargo el apoyo espiritual y la presencia del personal de salud fueron una fuente de acompañamiento. A pesar del sufrimiento y el dolor del trabajo de parto, el nacimiento las hizo olvidar estos acontecimientos y consideraron que el proceso del parto las reafirmaba frente a la adopción de su rol materno.

## Resumo

**Objetivo:** Revelar as experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto em uma Unidade Mãe e Filho de Medellín em 2013.

**Metodologia:** Estudo qualitativo de tipo fenomenológico. Amostragem representada na saturação teórica, com a participação de 13 mulheres às quais foram feitas a entrevista em profundidade. As categorias descritivas foram construídas, mais tarde foram agrupados em categorias de ordem axial e, finalmente, obtiveram-se as de ordem seletivo, para determinar as categorias principais. Triangulação foi desenvolvida por meio de grupos focais e observação. Ele teve a aprovação do Comitê de Ética e consentimento informado por escrito foi utilizado.

**Resultados:** Três categorias principais emergem: *Os sintomas desagradáveis*, *Solidão* e *Eu quero ver Camila*. Uma vez que a teoria de médio alcance de sintomas desagradáveis encontrou-se que a dor, fadiga e sede são experiências altamente significativas que comprometem o bem-estar e satisfação materna. Solidão esteve presente durante todo o processo, contudo, o apoio espiritual e a presença do pessoal de saúde, foram uma fonte de apoio. Apesar do sofrimento e da dor do trabalho de parto, o nascimento fez com que esquecessem esses acontecimentos e consideraram que o processo de nascimento as reafirmara no seu papel materno.

**Conclusões:** É preciso mudar os métodos tradicionais de cuidados e incentivar outras formas de cuidado humanizado,

## Abstract

**Objective:** To describe the experience of women during labor and delivery at the Unidad Materno Infantil (Maternal and Infant Care) of Medellín during 2013.

**Methodology:** Qualitative, phenomenological study. Sampling was conducted using theoretical saturation, with the participation of 13 women who underwent detailed interviews. Descriptive categories were developed, after which they were grouped into categories using axial coding; then, categories were obtained using selective coding in order to determine the core categories. Triangulation was carried out through focus groups and observation. The study was approved by the Ethics Committee, and a written informed consent form was used.

**Results:** There were three main categories: *The unpleasant symptoms*, *Loneliness*, and *I want to see Camila*. Based on the middle-range theory of unpleasant symptoms, we found that pain, fatigue, and thirst were highly significant experiences that compromised maternal well-being and satisfaction. Loneliness was present throughout the entire process; however, spiritual support and the presence of healthcare personnel were a source of comfort. Despite the suffering and pain of labor, babies' birth caused mothers to forget these unpleasant occurrences and they concluded that the labor process actually empowered them to take on their maternal role.

**Conclusiones:** Se deben cambiar los métodos tradicionales de cuidado y propiciar otras formas de atención más humanizadas para que las mujeres asuman su rol de madres con seguridad y decisión.

*Descriptores:* Dolor de Parto; Parto Obstétrico; Trabajo de Parto; Embarazo; Análisis Cualitativo (fuente: DECS BIREME).

de modo que as mulheres assumem seu papel de mãe com confiança e determinação.

*Descritores:* Dor do Parto; Parto Obstétrico; Trabalho de Parto; Gravidez; Análise Qualitativa (fonte: DECS BIREME).

**Conclusions:** Traditional methods of care must be modified, and new, more humane care must be implemented so that mothers may take on their new role with determination and resolution.

*Descriptors:* Labor Pain; Delivery, Obstetric; Labor, Obstetric; Pregnancy; Qualitative Analysis (source: DECS BIREME).

## Introducción

En general, las salas de trabajo de parto y parto son consideradas por las gestantes como ambientes estresantes que producen una gran carga emocional. Las situaciones de tensión que maneja la mujer en el trabajo de parto y su influencia en el control del dolor es argumentada desde la *Teoría de los síntomas desagradables* (1), la cual considera que el dolor y la fatiga del trabajo de parto repercuten en la realización del rol, en la resolución de problemas y en la realización de actividades en el postparto.

Las mujeres en trabajo de parto se sienten solas y manifiestan la necesidad del apoyo familiar y social, traducido en la satisfacción de afecto y compañía durante este evento. Ellas buscan el control de sí mismas y de seguridad a través de los conocimientos previos adquiridos por los medios de comunicación y la dimensión espiritual, que se relaciona con un ser superior, que da fuerza y protege (2).

Otro aspecto que influye negativamente en el bienestar materno es la restricción de líquidos durante el trabajo de parto. Ésta es una práctica común en muchos centros de obstetricia, con el fin de evitar el riesgo de emesis, reflujo o aspiración pulmonar durante el parto. Según la investigación de Singata y otros (3), para las mujeres la restricción de la ingesta fue desagradable e influyó en su experiencia de trabajo de parto.

Tras la experiencia del parto, se da paso a sensaciones que las hacen sentir orgullosas y triunfadoras de la labor realizada. El bienestar de la madre supera los momentos negativos, incluso el sufrimiento del dolor; los resultados superan con creces las expectativas y gracias a la ilusión de ver a su hijo, les permiten sobrellevar todo lo vivido (4).

A pesar de que las experiencias negativas de las mujeres en trabajo de parto no son situaciones o hallazgos nuevos, se requiere mostrar a los profesionales de la salud la necesidad de cambiar los paradigmas que se han establecido por décadas en estos contextos, para que la mujer tenga un papel protagónico y se sienta satisfecha en la experiencia del nacimiento.

Por tal razón, el objetivo de la presente investigación fue develar las experiencias de las mujeres en el trabajo de parto y parto que influyen en la satisfacción, gratificación y bienestar de las gestantes en esta etapa de su proceso reproductivo y que deben ser tenidas en cuenta para la atención que se ofrece a las mujeres y sus familias.

## Metodología

Estudio cualitativo fenomenológico desde una perspectiva husserliana. La selección de las participantes fue intencional y los criterios de inclusión fueron haber realizado todo su trabajo de parto en la clínica y estar en postparto inmediato. La saturación teórica se logró con 13 participantes, es decir: cuando la información adicional que se recolectó no agregó información significativa a lo que ya se tenía.

Se realizaron dos entrevistas a profundidad por cada informante, las cuales fueron grabadas y transcritas textualmente. El análisis se llevó a cabo de forma simultánea con la recolección de información utilizando el *Software Atlas ti*. Se utilizó una encuesta sociodemográfica donde se obtuvieron los datos de edad, escolaridad, estrato socioeconómico y datos gineco-obstétricos.

La institución hospitalaria donde se desarrolló el presente estudio posee una sala de trabajo de parto para seis madres en camillas, separadas por cortinas. No se permite la entrada de la familia ni el consumo de bebidas o alimentos. Al ingreso, se les canaliza una vena para infundir líquidos y según prescripción se les administra inductores de la actividad uterina. Las madres del presente estudio tenían colocado un catéter para la analgesia epidural y monitoreo permanente de la fetocardia.

Las entrevistas se realizaron en el postparto inmediato y se partió de una pregunta general: *¿cómo fue su experiencia del trabajo de parto y el parto?* El tiempo promedio para la primera entrevista fue de una hora y para la segunda entrevista, de 45 minutos, momento en el cual se realizó la retroalimentación con las participantes.

Durante el proceso de recolección, se realizó la reducción de los datos, generándose las categorías, luego de lo cual fue posible hacer la reagrupación de los datos obtenidos, reduciendo el

número de unidades de análisis. Posteriormente, se realizó una interrelación de las categorías descriptivas y se construyeron las categorías de orden axial, de las cuales se inició la construcción de categorías núcleo o centrales, lo que permitió una comprensión más completa de la realidad analizada.

Se hizo una presentación sintética y conceptualizada de los datos para una comprensión más completa de la realidad analizada. El proceso de categorización se mantuvo en permanente confrontación hasta dar lugar a la saturación de los datos.

Al principio, las investigadoras plantearon la posibilidad de enriquecer el estudio desde la disciplina a través de una teoría de rango medio denominada *Los síntomas desagradables*. Sin embargo, para evitar ideas preconcebidas y considerando que esto podría ser un sesgo potencial, la entrevista comenzó con una pregunta general para dejar que fluyera naturalmente el discurso de la participante. Para evitar penetrar los conceptos de esta teoría en la entrevista, las tres investigadoras siguieron la pista o la ruta de cada narración, esto con el fin de examinar los datos y evitar los juicios durante la recolección de la información y contemplar con libertad el fenómeno.

Igualmente, la legitimización y la veracidad de los hallazgos se garantizaron con la reinmersión en los datos, manteniéndose la interacción, el diálogo y la retroalimentación con las participantes. Se realizó la triangulación a través de un grupo focal con la intervención de cuatro madres, en el que se profundizaron algunas particularidades relevantes y la observación no participante, que permitió comprender el entorno físico, las interacciones sociales y algunos comportamientos. Las investigadoras analizaron en conjunto cada categoría y la revisión de la literatura se hizo de manera permanente.

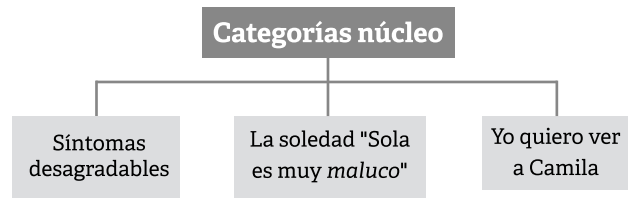
El estudio contó con el consentimiento informado y por escrito de las participantes. Así mismo, recibió la aprobación y financiación de la Escuela de Ciencias de la Salud y del Centro de Investigación para el Desarrollo y la Innovación (CIDI) de la Universidad Pontificia Bolivariana. También fue aprobado por la Clínica Universitaria Bolivariana y por el Comité de Ética de Investigaciones (CEI). Según la Resolución N° 008430 de 1993, fue una investigación sin riesgo.

Se tuvieron en cuenta los principios éticos de beneficencia-no maleficencia respeto a la dignidad humana y justicia.

## Resultados

Se entrevistaron a 13 participantes, ocho primigestantes, cuatro secundigestantes y una multigestante, con un promedio de edad de 25 años, de estratos socioeconómicos 2 y 3 y edad gestacional promedio de 38,2 semanas. Se identificaron tres categorías núcleo y para cada una se desplegaron varias subcategorías (ver Gráfico 1 y Cuadro 1).

**Gráfico 1.** Categorías núcleo *Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto*



Fuente: Datos de la investigación.

**Cuadro 1.** Subcategorías de las categorías núcleo *Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto*.

1. Síntomas desagradables	a. Dolor.
	b. Fatiga.
	c. Sed.
2. La soledad: "Sola es muy maluco"	a. Acompañamiento de la familia.
	b. Acompañamiento del personal de salud.
	c. La fuerza suprema.
3. Yo quiero ver a Camila	a. "Valió la pena".
	b. "Gajes del oficio".
	c. Asegurar la salud del hijo.

Fuente: Datos de la investigación.

## Categoría 1

### Síntomas desagradables

Teniendo en cuenta la *Teoría de los síntomas desagradables* de Lenz y otros (1), se halló que para las participantes el dolor y la fatiga eran experiencias significativas. De esta manera, emergió un nuevo síntoma: *la sed*. Aunque este síntoma no fue descrito por Lenz, sí se evidenció de manera importante en el proceso de codificación.

- *El dolor*. El dolor se acompaña de múltiples sensaciones, como la ansiedad y el miedo inminente, y se agudizan al momento de recibir procedimientos como el tacto vaginal, los fórceps y el *Kristeller*, a la vez que las gestantes se sienten invadidas en su intimidad. Sin embargo, las mujeres realizan actividades que aprendieron y escucharon y se apropian de ellas: practican los ejercicios respiratorios, se “soban” el abdomen o se prenden de un objeto:

La incomodidad que le da a uno el tacto, porque eso es incómodo para cualquier mujer, porque todo el que llegue lo primero que hacen es al grano, a meterle los dedos [1CG].

[...] el miedo era de las complicaciones que en el momento del parto podrían pasar. Entonces, uno es con ese miedo de que... Puede que sí le vaya bien o pueda que sea por cesárea o se le complique [1GF].

Me sobaba el estómago, me hacía movimientos circulares con las dos manos y le hablaba al bebé, le decía que se calmara, que la mamá estaba sufriendo y ahí mismo se pasaba la contracción [2K].

- *La fatiga*. Las participantes presentaron fatiga en tres momentos: durante la gestación, durante el trabajo de parto y durante el parto. La fatiga es percibida por ellas como “cansancio”. Se fatigaron por las características de las camillas, por estar siempre acostadas o por estar siempre en una misma posición. Con el fin de encontrar descanso, se movían, cambiaban de lado o dormían por ratos:

Se siente una muy agotada ya los últimos días, aparte de la presión que una siente de la bebé. Una va más al baño, ya tiene que ir a orinar más, porque le está haciendo más presión la vejiga y las rodillas y una siente cansancio por la barriguita, porque ya no le da a una el cuerpo para cargar tanto peso [1C].

Hacia el lado izquierdo me hacía tirar como un poco más abajo, para poder como que el cuerpo descansara hacia el otro lado y no sobre la misma cadera, porque tanto tiempo en la misma posición me cansaba [2Y].

- *La sed*. Las participantes percibieron la sed como una experiencia intensa y refirieron que es producida por la ansiedad, por enfermedades como la diabetes, por no tener la mente ocupada y por los medicamentos. Para calmar la sed, le pidieron con frecuencia a la auxiliar de enfermería un poco de agua:

Mucha sed, todavía la tengo; mucha sed, hambre no. De pronto la ansiedad no deja que a una le dé hambre [1Y].

Eran las nueve. A la una de la mañana era con esa sed y nada; una resequedad impresionante [GF].

Tuve sed. Como todo el tiempo una es respirando por el dolor, entonces una se agota, como que no da más [1C].

## **Categoría 2**

### *La soledad: “sola es muy maluco”*

Las madres transitaron el trabajo de parto y parto en soledad y lo consideraron como una sensación “maluca”. Prefirieron estar acompañadas por un ser querido, primero su madre y luego su compañero. Buscaron el acompañamiento de una fuerza espiritual y señalaron que los familiares que esperaban también acompañaban. Consideraron importante que el personal de salud les informara sobre cómo va su evolución, tanto a ellas como a sus familiares, actividad que fue tomada como una forma de acompañamiento. Percibieron el acompañamiento cuando el personal de salud se mostró atento a su evolución y actuó de inmediato a su llamado, lo cual las hizo sentir que no estaban tan solas:

Estar con alguien hace que todo sea más fácil. Usted sabe que hay alguien allí que lo está apoyando y que sabe que la persona le va a decir: «cálmese, todo está bien», y con sólo cogerle la mano, una sabe que hay alguien ahí. Entonces, una sola es como ahí pensando en todo [2Y].

[...] y recé mucho, muchísimo, desde que empecé el trabajo de parto empecé a rogarle mucho a Dios que me diera mucha fuerza, que la niña estuviera bien, que yo fuera capaz con el parto [2D].

## **Categoría núcleo 3**

### *Yo quiero ver a Camila*

Las informantes percibieron el trabajo de parto y parto como un acontecimiento de la vida que “valió la pena”, a pesar de experimentar situaciones de dolor, fatiga, sed, soledad y ansiedad. Estas vivencias pasaron a un segundo plano cuando se aproximó el final del parto y vieron a su hijo por primera vez. El nacimiento del hijo significó un gran alivio de todas las incomodidades del trabajo de parto.

Percibieron el dolor del trabajo de parto como parte de un proceso natural que es inherente a la mujer que va a ser madre. La expresión “gajes del oficio” significó que el dolor experimentado es propio de la condición de ser mujer. El hijo por nacer fue la principal razón para enfrentar el dolor y el estrés del trabajo de parto:

Después de ver a Camila, todo lo que había pasado valía la pena, o como que todo pasa a un segundo plano; todo valió la pena [2D].

Lo digo por mí, que no es traumático, simplemente son *gajes del oficio*. Sino que una sabe que viene a eso, duele, sí, es que nadie es inmune a un dolor [1GL].

## **Discusión**

### **Síntomas desagradables**

#### *Dolor y fatiga*

El dolor y la fatiga tienen valor en el trabajo de parto y parto cuando se comprende la experiencia de los síntomas. El síntoma es una experiencia individual subjetiva, que no puede considerarse de manera aislada; por el contrario, está influenciado por el contexto familiar, social y por los factores situacionales de la gestante.

Para Lenz *et al.* (1), la percepción de dolor se relaciona con múltiples factores. Vivir la experiencia en un contexto hospitalario, la soledad y la ausencia de apoyo emocional puede aumentar el miedo al proceso del parto y predisponer a presentar una tolerancia más baja al dolor.

La eliminación completa del dolor no significa necesariamente que la experiencia del parto sea más satisfactoria para la mujer, puesto que hay condiciones socioculturales y psicológicas que rodean esta manifestación (5-7). Significa que es necesario individualizar el tratamiento eficaz del dolor para cada madre (8) y tener en cuenta todas las variables que se puedan desplegar alrededor de este síntoma.

La enfermería tiene una labor muy importante en este sentido, porque desde el cuidado se develan situaciones relacionadas con la percepción dolorosa de las mujeres. Estar atentos a la escala del dolor es una buena práctica, sin embargo, es importante que se indague a la madre sobre expectativas, dudas y temores relacionados con la experiencia que comienza.

En cuanto a la fatiga, ésta se ha relacionado con efectos posteriores al parto, como lo refiere el estudio de Choi SY, Gu HJ y Ryu EJ (9), donde muestran que la fatiga de la madre se relaciona con la depresión postparto y la baja la calidad de vida. Para reducir la fatiga, el estudio de Su-Chuan Chang afirma que se debe practicar la técnica adecuada del pujo y mejorar la posición del parto (10).

El profesional de enfermería debe gestionar el control de la fatiga como canal importante a través del cual otros síntomas pueden ser reducidos o eliminados. Por ejemplo: evitar la fatiga a través de la ejecución de actividades como mejorar la calidad de las camillas, mantener la higiene, la disponibilidad de ropa, la disposición adecuada de cables y equipos en el cubículo de la madre, el volumen bajo de los monitores, el alivio de la sed, la temperatura adecuada de la sala, el mantenimiento y conservación de la intimidad y la posibilidad para moverse o caminar cuando la madre aún no tiene la analgesia epidural. El pujo es otra herramienta que debe aprovecharse durante el expulsivo. El uso correcto de esta técnica disminuye la fatiga y la menor utilización de la maniobra de *Kristeller* —a pesar de que no se recomienda, en algunos servicios se sigue practicando (11, 12).

### *La sed*

La sed es una experiencia intensa, generada en un contexto clínico donde se les restringen la vía oral, especialmente cuando se encuentran en la fase activa. La guía obstétrica de la Sociedad Americana de Anestesiólogos publicó que no hay pruebas suficientes para establecer conclusiones acerca de la relación entre los tiempos de ayuno de líquidos claros y el riesgo de emesis, reflujo o aspiración pulmonar durante el parto (13).

Esta misma sociedad recomienda la ingesta de pequeñas cantidades de líquidos claros en pacientes en trabajo de parto sin complicaciones. Los líquidos claros pueden ser agua, jugos de fruta sin pulpa, bebidas carbonatadas, té claro, café negro y bebidas deportivas. La ingesta de líquidos claros durante el parto mejora la comodidad y la satisfacción materna y no aumenta las complicaciones durante el parto.

El estudio de Singata M (3) y Sharts NC (14) refiere que ningún estudio evidencia beneficios o daños y no hay justificación para la restricción de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto para las mujeres con bajo riesgo de complicaciones.

Los profesionales de enfermería que trabajan en entornos intraparto necesitan abogar por el establecimiento de grupos de trabajo multidisciplinarios para revisar las políticas que restringen la ingesta oral en mujeres de bajo riesgo y promover prácticas que garanticen el bienestar de la madre y de su hijo por nacer.

### ***La soledad: "sola es muy maluco"***

#### *Acompañamiento de la familia*

En la institución donde se realizó la presente investigación no se permitía que la gestante durante el trabajo de parto y el parto estuviera acompañada de un familiar, por lo cual estos últimos debían permanecer en la sala de espera.

El acompañamiento materno por parte de la pareja o el familiar es una práctica positiva que debería ser rutinaria por sus efectos favorables en la madre y el recién nacido (15). El estudio de García y Díaz (16) señala que el acompañamiento mejora la fisiología del trabajo de parto y la sensación de control y competencia de la madre, lo que reduce el factor de dependencia de las intervenciones médicas.



El estudio de Hodnett *et al.* (17) encontró que las mujeres que recibieron apoyo continuo y personal tuvieron menos probabilidad de necesitar analgesia, tener un parto vaginal instrumentado, tener un parto por cesárea, informar insatisfacción o una valoración negativa en relación con la experiencia del parto. Del mismo modo, tuvieron mayor probabilidad de tener un parto vaginal espontáneo.

Así mismo, Silva *et al.* (18) apuntaron que las gestantes le asignaron un valor principal al componente relacional, en el cual el respaldo de las madres, la presencia de un familiar, el aporte de información y el uso de palabras delicadas fueron considerados elementos fundamentales para la mujer en trabajo de parto y parto.

#### *Acompañamientos del personal de salud*

Frente al acompañamiento del personal de la salud, las participantes del presente estudio manifestaron haberse sentido acompañadas, aunque preferían la compañía de la familia. Este acompañamiento está representado en la atención inmediata cuando ellas lo solicitan, cuando explican con agrado las actividades a realizar con la gestante y cuando tienen expresiones comprensivas y cariñosas.

El estudio de Silva *et al.* (18) establece que se debe hacer todo tipo de esfuerzo para asegurarse de que todas las mujeres reciban apoyo, no sólo de las personas allegadas, sino también de acompañantes profesionales, especialmente formados para ello. Este apoyo debe incluir la presencia constante, que se otorguen medidas de alivio y confort y que se brinde aliento continuo. Los profesionales de enfermería deben ser percibidos por las gestantes como confortables, en la medida en que son delicados en el trato, acarician, ayudan, sonríen y brindan un cuidado adecuado (19, 20).

#### *La fuerza suprema*

Durante la soledad del trabajo de parto, emerge la necesidad de invocar a un ser supremo. La actividad de orar/rezar fue una fuente de consuelo, protección, fortaleza y esperanza para las gestantes.

En el presente estudio, se observó que la dimensión espiritual es un recurso importante que ayuda a las mujeres a ganar un sentido de autocontrol. Es una

fuerza de afrontamiento significativa que les ayudó a ejercer el control sobre el dolor a través de la fuerza suprema. Invocar a Dios ejerce una gran influencia sobre el bienestar, así como lo comenta el estudio de Konopack JF y McAuley E (2).

El estudio de Baetz M (21) argumenta que en momentos de mucho estrés la espiritualidad puede proporcionar un sentido de control y previsibilidad. Adicionalmente, indica que los comportamientos religiosos contribuyen a la autorregulación y a la reducción de la preocupación, al tiempo que proporciona un efecto calmante.

Desde la atención en salas de trabajo de parto y parto, se debe incluir los diálogos sobre los valores religiosos y espirituales. Los modelos de atención actuales deben reconocer la influencia de la espiritualidad sobre el bienestar de las personas. Además, deben abogar por una mayor observancia religiosa y reconocer los potenciales beneficios de la religión y la espiritualidad.

#### **Yo quiero ver a Camila**

##### *Valió la pena y “gajes del oficio”*

Una vez se ha pasado por todo el proceso de trabajo de parto, existe la esperanza que puede subsanar los momentos penosos que se vivieron unas horas atrás: el de ver a su hijo; éste es el premio a la valentía de la madre. Por considerarse un proceso natural de la vida, expresaron que son “gajes del oficio”, pero resulta ser una experiencia única y compleja en la que intervienen infinidad de factores. Cuando un parto sale bien y la madre escucha llorar a su hijo, siente que todos los malestares del trabajo de parto valieron la pena.

El estudio de Cabrera *et al.* (22) resalta que, tras la experiencia del parto, el bienestar de la madre supera los momentos negativos, incluso el sufrimiento del dolor. Los resultados superan con creces las expectativas, y es por ello que la satisfacción materna es elevada.

El estudio de Pereira (23) muestra que la representación social femenina sobre el proceso del parto asocia el concepto de sufrimiento y del dolor al parto natural, una situación que con la aproximación al evento fragiliza y amedrenta a la mujer en el período del embarazo. Los sentimientos de las gestantes reflejan los significados de su medio cultural, alimentados por la falta de información,

los medios de comunicación, los relatos de otras mujeres y los constructos ideológicos, religiosos y morales interiorizados por la mujer desde su infancia.

### Asegurar la salud del hijo

Durante el trabajo de parto, se le instala a la madre el monitor fetal continuo y se les informa sobre los rangos de normalidad, lo que permite actuar de manera activa en el cuidado de su bebé durante este periodo.

El monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal, además de ser una herramienta de suma importancia para los profesionales de la salud en trabajo de parto, es una intervención catalogada por las madres como de gran utilidad: “es el seguro de vida de mi hijo”. Cuando lo reconocen como un elemento que deben llevar todas las mujeres en trabajo de parto, aprenden a identificar lo normal y lo anormal, y les da la seguridad de que su hijo está bien (24). Así los expresan las madres en los estudios de Piccini *et al.* (25) y Sapountzi-Krepia *et al.* (20), cuando se les colocó el ultrasonido.

## Conclusiones

El dolor, la fatiga y la sed, desde la *Teoría de los síntomas desagradables*, están relacionados con el estado emocional, el acompañamiento y con la soledad.

Frente a la necesidad de acompañamiento, la familia cumple una función muy importante, especialmente su madre. La espiritualidad tiene una función protectora y de seguridad.

Las mujeres consideraron el proceso de trabajo de parto y parto como la finalización de una etapa inherente a la condición de *ser madre*, que les produce sensación de gratificación y cumplimiento del rol.

Es necesario cambiar los métodos tradicionales de cuidado en los servicios de salud obstétrica y propiciar otras formas de atención más humanizadas.

## Referencias

(1) Lenz ER, Pugh LC, Milligan RA, Gift A, Suppe F. The middle-range theory of unpleasant symptoms: an update. *ANS Adv Nurs Sci.* 1997 Mar;19(3):14-27.

(2) Konopack JF, McAuley E. Efficacy-mediated effects of spirituality and physical activity on quality of life: a path analysis. *Health Qual Life Outcomes.* 2012 May;10:57-63.

(3) Singata M, Tranmer J, Gyte GM. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev [serial on the Internet].* 2010 Jun [access: 2014 Jun 2014];(1):[about 59 screens]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20091553>

(4) Cabrera MC, Rodríguez C, López M, Moreno E, Pulido M. Valoración de la satisfacción materna con la analgesia epidural para el trabajo del parto. *Rev Calid Asist.* 2011;26(4):251-255.

(5) Biedma L, García JM, Serrano R. Análisis de la no elección de la analgesia epidural durante el trabajo de parto en las mujeres andaluzas: “la buena sufridora”. *Rev Soc Esp Dolor.* 2010;17(1):3-15.

(6) Pereira RR, Franco SC, Baldin N. El dolor y el protagonismo de la mujer en el parto. *Rev Bras Anestesiol.* 2011;61(3):204-210.

(7) Caparros JM, Núñez SM, Soriano MA. Influencia de los rasgos de personalidad en la percepción del dolor y elección de analgesia durante el parto. *Enferm Glob [revista en Internet].* 2014 [acceso: 12 jun 2015];13(35):384-397. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000300021&lng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000300021&lng=en)

(8) DaSilva FM, Oliveira SM, Silva LM, Tuesta EF. Prácticas para estimular el parto normal. *Index Enferm.* 2011;20(3):169-173.

(9) Choi SY, Gu HJ, Ryu EJ. Effects of fatigue and postpartum depression on maternal perceived quality of life (MAPP-QOL) in early postpartum mothers. *Korean J Women Health Nurs.* 2011 Jun;17(2):118-125.

(10) Chang SC, Chou MM, Lin KC, Lin LC, Lin YL, Kuo SC. Effects of a pushing intervention on pain, fatigue and birthing experiences among Taiwanese women during the second stage of labour. *Midwifery.* 2011 Dec;27(6):825-831.

- (11) Acanfora L, Rampon M, Filippeschi M, Marchi M, Montisci M, Viel G *et al.* An inflatable ergonomic 3-chamber fundal pressure belt to assist vaginal delivery. *Int J Gynaecol Obstet.* 2013 Jan;120(1):78-81.
- (12) Verheijen EC, Raven JH, Hofmeyr GJ. Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* [serial on the Internet]. 2009 Oct [access: 2014 Jun 2014];(4):[about 8 screens]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19821352>
- (13) American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. Practice guidelines for obstetric anesthesia: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. *Anesthesiology.* 2007 Abr;106(4):843-863.
- (14) Sharts-Hopko NC. Oral intake during labor: a review of the evidence. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2010;35(4):197-203.
- (15) Salomonsson B, Wijma K, Alehagen S. Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery* [serial on the Internet]. 2010 Jun [access: 2014 Jun 10];26(3):327-337. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18774630>
- (16) García D, Díaz Z. Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en Internet]. 2010 [acceso: 12 jun 2014];36(4):330-336. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v36n4/spu07410.pdf>
- (17) Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* [serial on the Internet]. 2011 Feb [access: 2014 Jun 8];(2):[about 6 screens]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21328263>
- (18) Silva RM, Barros NE, Jorge HM, Melo LP, Ferreira Junior AR. Qualitative evidence of monitoring by doulas during labor and childbirth. *Cien Saude Colet.* 2012 Oct;17(10):2783-2794.
- (19) McCauley K, Elsom S, Muir-Cochrane E, Lyneham J. Midwives and assessment of perinatal mental health. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [serial on the Internet]. 2011 Nov [access: 2014 Jun 12];18(9):786-795. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21985681>
- (20) Sapountzi-Krepia D, Tsaloglidou A, Psychogiou M, Lazaridou C, Julkunen KV. Mothers' experiences of pregnancy, labour and childbirth: a qualitative study in Northern Greece. *Int J Nurs Pract.* 2011 Dec;17(6):583-590.
- (21) Baetz M, Toews J. Clinical implications of research on religion, spirituality, and mental health. *Can J Psychiatry.* 2009 May;54(5):292-301.
- (22) Maldonado-Durán JM, Saucedo-García JM. El parto y sus vicisitudes. En: Maldonado-Durán JM. *Salud mental perinatal.* Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2011. pp. 87-110.
- (23) Ferreiro-Losada MT, Díaz-Sanisidro E, Martínez-Romero MD, Rial-Boubeta A, Varela-Mallou J, Clavería-Fontán A. Evaluación mediante grupos focales de las expectativas y percepciones de las mujeres durante el proceso del parto. *Rev Calid Asist.* 2013;28(5):291-299.
- (24) McCourt C. Technologies of birth and models of midwifery care. *Rev Esc Enferm USP* [serial on the Internet]. 2014 Aug [access: 2014 Jun 12];48(Spec):168-177. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25517851>
- (25) Piccinini CA, Carvalho FT, Ourique LR, Lopes RS. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. *Psic Teor e Pesq* [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 2015 jun 12];28(1):27-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v28n1/04.pdf>

# Repercussões maternas e fetais da analgesia obstétrica: uma revisão integrativa

## Repercusiones maternas y fetales de la analgesia obstétrica: una revisión integrativa

### Effects of fetal and maternal obstetrical analgesia: an integrative review

---

• Hudson Rodrigo Macendo Amaral<sup>1</sup> • Edson Diniz Sarmento Filho<sup>2</sup> • Diana Matos Silva<sup>3</sup> •  
• Thiago Luis de Andrade Barbosa<sup>4</sup> • Ludmila Mourão Xavier Gomes<sup>5</sup> •

---

•1• Enfermeiro, Faculdades Santo Agostinho. Montes Claros, Brasil. E-mail: hudson.amaral@hotmail.com

•2• Enfermeiro, Faculdades Santo Agostinho. Montes Claros, Brasil. E-mail: brancobillymoccity@hotmail.com

•3• Enfermeira, Especialista em Obstetricia. Docente, Faculdades Santo Agostinho. Montes Claros, Brasil.

•4• Mestre em Ciências da Saúde. Montes Claros, Brasil.

•5• Doutora em Ciências da Saúde. Foz do Iguaçu, Brasil.

---

Recibido: 29/11/2012 Aprobado: 15/06/2015

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.52176>

---



## Resumo

A analgesia epidural em obstetria é ainda hoje tema repleto de controvérsias no cenário científico, devido à grande diversidade de esquemas analgésicos disponíveis.

**Objetivo:** Identificar as repercussões maternas e fetais do uso de analgesias no trabalho de parto, relacionar as drogas mais utilizadas, dosagens seguras e os critérios de indicação, bem como analisar os efeitos da analgesia sobre a mãe e o feto.

**Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa de 21 publicações das bases LILACS e SciELO, por meio dos descritores *parto*, *parto humanizado*, *parto normal*, *analgesia obstétrica* e *analgesia epidural*, no período 1995-2011.

**Resultados:** Em relação à analgesia epidural na condução do trabalho de parto segundo tipo de bloqueio, houve maior utilização das técnicas peridural (28,6%) e peridural contínua (14,3%). Quanto às drogas utilizadas nos grupos principais observou-se predominância na utilização do sufentanil (33,3%) e bupivacaína (28,6%) em suas diferentes concentrações e baricidades. Os efeitos adversos mais comuns foram: prurido, náuseas e hipotensão arterial. Quanto às repercussões fetais, evidenciou-se maior índice de acidose fetal relacionado à bupivacaína.

**Conclusões:** O desenvolvimento científico na área contribui para uma prática obstétrica mais individualizada e humana.

**Descritores:** Analgesia Obstétrica; Analgesia Epidural; Parto Normal (fonte: DECS BIREME).

## Resumen

La analgesia epidural obstétrica es hoy un tema lleno de controversia en el ámbito científico, debido a la gran variedad de regímenes analgésicos disponibles.

**Objetivo:** Identificar las repercusiones maternas y fetales del uso de analgesia durante el parto, una lista de los medicamentos más comúnmente utilizados, las dosis seguras y los criterios de indicación para evaluar los efectos de la analgesia en la madre y en el feto.

**Metodología:** Se trata de una revisión integradora de 21 publicaciones de LILACS y SciELO mediante los descriptores *parto*, *parto humanizado*, *parto normal*, *analgesia obstétrica* y *analgesia epidural* en el período 1995-2011. En cuanto a la analgesia epidural en la conducción de tipo parto segunda cerradura, hubo un aumento en el uso de técnicas epidurales (28,6%) y epidurales continuas (14,3%).

**Resultados:** En relación con los fármacos utilizados en los principales grupos, se observó principalmente el uso de sufentanil (33,3%) y de la bupivacaína (28,6%) en diferentes concentraciones y baricidades. Los efectos adversos más comunes fueron prurito, náuseas e hipotensión. En cuanto a las repercusiones fetales, hubo una mayor tasa de acidosis fetal relacionado con la bupivacaína.

**Conclusiones:** El desarrollo científico en el área contribuye a una práctica obstétrica más individualizada y humana.

**Descriptor:** Analgesia Obstétrica; Analgesia Epidural; Parto Normal (fuente: DECS BIREME).

## Abstract

Today, epidural analgesia in obstetrics is still a topic fraught with controversy in the scientific field, due to the wide range of schemes available analgesics schemes.

**Objective:** To identify maternal and fetal effects of the use of analgesia during parturition, to relate the most common used drugs, dosages and criteria for safe indication, as well as to analyze the effects of analgesia on mother and fetus.

**Methodology:** This is an integrative review of 21 publications available in the databases LILACS and SciELO, using the descriptors *parturition*, *humanized delivery*, *natural childbirth*, *obstetrical analgesia*, and *epidural analgesia* in the period 1995-2011.

**Results:** In regard to the frequency and percentage of studies of epidural analgesia in the conduct of labor according the type of block, there was increased use of epidural technique (28,6%) and continuous epidural technique (14,3%). In relation to the drugs used in the main groups, it was observed predominantly use of sufentanil (33,3%) and bupivacaine (28,6%) in different concentrations and their baricity. The most common adverse effects were pruritus, nausea and hypotension. As the fetal repercussions, there was a higher rate of fetal acidosis related to bupivacaine.

**Conclusions:** The scientific development in the area contributes to a more individualized humanized obstetric practice.

**Descriptors:** Analgesia, Obstetrical; Analgesia, Epidural; Natural Childbirth (source: DECS BIREME).

## Introdução

O início do trabalho de parto é marcado pela dor como um dos seus mais importantes sinais e, estabelecido o seu diagnóstico e a regularidade das contrações uterinas, ela deve ser aliviada, visto que apresenta uma série de efeitos indesejáveis para a mãe e o feto (1, 2).

Desde sua primeira aplicação a analgesia obstétrica evoluiu com importantes avanços, no entanto, ainda hoje se fazem necessários estudos e melhoria das técnicas para alcance da eficiência em sua plenitude (3, 4). Entretanto, destaca-se que é um assunto sobre o qual ainda não existe consenso (5-7). No final dos anos cinquenta, o bloqueio peridural lombar superou o bloqueio de nervo pudendo, predominante até então, por proporcionar ausência de dor, efeito prolongado, controle da intensidade e extensão do bloqueio.

Além disso, há redução dos casos de depressão respiratória materna e permite sua rápida conversão em um método anestésico em situações especiais, como cesárea de urgência e eclâmpsia (8, 9). A rapidez com que se popularizou, tem relação com a utilização de doses anestésicas cada vez menores no espaço epidural, suplementadas com um opioide para prover alívio da dor, com mínimo efeito no bloqueio motor (10).

Contudo, os pesquisadores ainda argumentam contra preceitos culturalmente arraigados na prática obstétrica em se permitir que as parturientes experimentem dores intensas, mesmo sob cuidados médicos (5, 11, 12).

Para a gestante as repercussões da analgesia obstétrica, são de cunho cardiovascular —hipotensão arterial ou supina—, respiratórias —decorrentes da hiperventilação relacionada a dor, estresse e apreensão—, ou ainda, hormonais e metabólicas —altos índices de catecolaminas endógenas, refletindo na resposta adrenocortical—. Para o neonato, têm relação direta com a droga e respectiva dose anestésica empregada e pode interferir na capacidade adaptativa do feto à vida externa (13). Vale ressaltar que a proposta de individualização e integralidade da assistência obriga a um conhecimento dos múltiplos fatores que

contribuem para a dor e desconforto da cliente (15-18) e suas repercussões na condução do trabalho de parto (3).

No Brasil, o Ministério da Saúde assegura à mulher, por meio do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o direito a mecanismos de controle da dor durante o trabalho de parto (8).

Considerando a grande diversidade de esquemas para analgesia de parto, o presente estudo teve o objetivo de verificar as repercussões maternas e fetais do uso de analgesias no trabalho de parto, relacionar as drogas mais utilizadas e dosagens seguras.

## Materiais e Métodos

Para o alcance dos objetivos do presente estudo, optamos pelo método de revisão integrativa. Tendo em vista a segurança da assistência prestada ao cliente nos serviços de saúde, a prática baseada em evidências enfatiza o uso da pesquisa para guiar a tomada de decisão clínica. Assim sendo, o referido método constitui um mecanismo de síntese do estado de conhecimento de um determinado assunto pela análise de múltiplos estudos publicados (19).

Para elaboração da revisão integrativa foram percorridas as seguintes etapas: estabelecimento da hipótese e objetivos, amostragem ou busca na literatura, definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, interpretação dos resultados e a síntese do conhecimento ou apresentação da revisão integrativa.

Para nortear a revisão formulou-se a seguinte pergunta: *quais as repercussões maternas e fetais da analgesia de parto?*

As buscas ocorreram nas bases de dados *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)* e *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, por meio das palavras-chave, selecionadas nos Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual de Saúde, a seguir: *parto, parto humanizado, parto obstétrico, parto normal, analgesia epidural, analgesia obstétrica, analgesia e complicações do trabalho de parto*. A busca dos artigos foi adequada às especificidades de cada base de dados.

Os critérios de inclusão determinados foram: artigos publicados em português, disponíveis na íntegra, encontrados nas bases de dados selecionadas, que retratem as repercussões maternas e fetais da analgesia de parto, publicados no período compreendido entre janeiro de 1995 e dezembro de 2011. Após realizada a leitura do título e do resumo de cada artigo identificado, frente à pergunta norteadora e os critérios de inclusão empregados, obtivemos uma amostra final de 21 artigos que foram analisados na íntegra. As buscas nas bases de dados foram realizadas no período de fevereiro a março de 2012.

Para a extração dos dados dos artigos foi elaborado um instrumento próprio, o qual contempla os seguintes itens: identificação do artigo original, objetivos e características metodológicas do estudo, avaliação do rigor metodológico, intervenções mensuradas e os resultados encontrados (20).

A análise da classificação das evidências dos artigos foi fundamentada na proposta de autores, que classificam as evidências em cinco níveis de acordo com a força: Nível 1: metanálise de múltiplos estudos controlados; Nível 2: evidência forte de, pelo menos, estudo individual com delineamento experimental; Nível 3: estudo com delineamento quase-experimental como estudo sem randomização com grupo único pré e

pósteste, séries temporais ou caso-controle; Nível 4: evidência de estudos bem delineados não experimentais realizados em mais de um centro ou grupo de pesquisas; Nível 5: opiniões de autoridades respeitadas, baseadas em evidências clínicas, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas (21, 22).

## Resultados

Na busca às bases de dados foram identificados 299 artigos. Desses, 113 não atendiam ao critério de idioma, 22 não eram artigos científicos, 08 não estavam disponíveis na íntegra e 123 foram excluídos por não abordarem o tema proposto. Ressalta-se que 12 artigos estavam duplicados nas bases de dados pesquisadas. A amostra deste estudo contou com 21 artigos.

As publicações encontradas são provenientes de três regiões brasileiras: sudeste (18; 85,7%), nordeste (2; 9,5%) e sul (1; 4,8%). Ao serem analisados os delineamentos da pesquisa foram encontrados 13 (61,9%) ensaios clínicos randomizados, dos quais sete (33,3%) são duplamente mascarados (ver Quadro 1). Quanto à força de evidência das publicações utilizadas, observou-se predominância dos níveis de evidência II (14; 66,7%).

### Quadro 1. Caracterização dos 21 artigos incluídos na revisão integrativa

Ano	Origem	Autor	Título	Tipo de estudo
1995	Pernambuco	Belzarena	<i>Analgesia obstétrica por via subaracnóidea: comparação entre sufentanil isolado ou associado a mini-dose de bupivacaína.</i>	Ensaio clínico randomizado.
1998	São Paulo	Cecatti et al.	<i>Analgesia peridural para o trabalho de parto e para o parto: efeitos da adição de um opióide.</i>	Ensaio clínico randomizado com duplo mascaramento.
1999	São Paulo	Castro et al.	<i>Associação de sufentanil e bupivacaína em analgesia peridural contínua para o trabalho de parto.</i>	Ensaio clínico randomizado.
1999	São Paulo	Pereira et al.	<i>Efeitos da associação bupivacaína e sufentanil na analgesia do trabalho de parto em primigestas.</i>	Ensaio clínico randomizado com duplo mascaramento.
2000	São Paulo	Castro et al.	<i>Infusão contínua da associação de fentanil e bupivacaína em diferentes concentrações por via peridural no trabalho de parto.</i>	Ensaio clínico randomizado.
2001	São Paulo	Pereira et al.	<i>Resultados neonatais após analgesia peridural com baixas doses de bupivacaína e sufentanil ou placebo: estudo duplo-cego.</i>	Ensaio clínico randomizado com duplo mascaramento.

Ano	Origem	Autor	Título	Tipo de estudo
2004	Rio Grande do Sul	Gomes et al.	<i>Estudo comparativo entre concentrações de bupivacaína a 0,125% e a 0,25% associada ao fentanil para analgesia de parto por via peridural.</i>	Ensaio clínico randomizado com duplo mascaramento.
2004	São Paulo	Marchioli et al.	<i>Pressão arterial e frequência cardíaca avaliadas pela MAPA em primigestas durante o trabalho de parto e puerpério imediato.</i>	Coorte.
2004	São Paulo	Yamaguchi et al.	<i>Sufentanil subaracnóideo associado à bupivacaína hiperbárica para analgesia de parto: é possível reduzir a dose do opióide?</i>	Ensaio clínico randomizado com duplo mascaramento.
2006	São Paulo	Cardoso et al.	<i>Efeito da adição de clonidina subaracnóidea à bupivacaína hiperbárica e sufentanil para analgesia de parto.</i>	Ensaio clínico randomizado com duplo mascaramento.
2006	São Paulo	Côrtes et al.	<i>Estudo comparativo entre bupivacaína racêmica a 0,25% e bupivacaína com excesso enantiomérico de 50% (S75-R25) a 0,25%, associadas ao fentanil para analgesia de parto com deambulação da paciente.</i>	Ensaio clínico randomizado.
2006	São Paulo	Eberle et al.	<i>Interação entre a analgesia de parto e o seu resultado. Avaliação pelo peso e índice de apgar do recém-nascido.</i>	Ensaio clínico.
2007	Rio de Janeiro	Baraldi et al.	<i>O uso da analgesia peridural em obstetrícia: uma metanálise.</i>	Metanálise.
2007	São Paulo	Cicarelli et al.	<i>Bloqueio combinado para analgesia de parto: a adição de sufentanil ao anestésico local influencia o apgar dos recém-nascidos?</i>	Coorte retrospectivo.
2007	São Paulo	Côrtes et al.	<i>Analgesia de parto: estudo comparativo entre analgesia combinada raquiperidural versus anestesia peridural contínua.</i>	Ensaio clínico randomizado.
2007	São Paulo	Salem et al.	<i>Efeitos adversos do sufentanil associado ao anestésico local pelas vias subaracnóidea e peridural em pacientes submetidas à analgesia de parto.</i>	Ensaio clínico randomizado.
2008	Pernambuco	Duarte et al.	<i>Estudo comparativo entre bupivacaína racêmica (S50-R50) a 0,125% e bupivacaína em excesso enantiomérico de 50% (S75-R25) a 0,125% e 0,25% em anestesia peridural para analgesia de parto.</i>	Ensaio clínico randomizado com duplo mascaramento.
2008	São Paulo	Tebaldi et al.	<i>Efeito da adição de clonidina subaracnóidea à solução anestésica de sufentanil e bupivacaína hiperbárica ou hipobárica para analgesia de parto.</i>	Ensaio clínico randomizado.
2009	São Paulo	Monteiro et al.	<i>Associação entre a analgesia epidural e o trauma perineal no parto vaginal.</i>	Estudo descritivo e transversal.
2009	São Paulo	Souza et al.	<i>Bloqueio combinado raquiperidural versus bloqueio peridural contínuo para analgesia de parto em primigestas: resultados maternos e perinatais.</i>	Ensaio clínico randomizado controlado.
2010	Minas Gerais	Soares et al.	<i>Remifentanil em analgesia para o trabalho de parto.</i>	Revisão de literatura.

Fonte: Dados da pesquisa.



Em relação à frequência e porcentagem de estudos sobre analgesia epidural na condução do trabalho de parto segundo tipo de bloqueio, houve maior utilização das técnicas peridural (6; 28,6%) e peridural contínua (3; 14,3%) e, em 5 artigos (23,8%), os autores realizaram estudos comparativos para diferentes tipos de bloqueio.

Quanto às drogas utilizadas nos grupos principais observou-se predominância na utilização do sufentanil (7; 33,3%) e bupivacaína (5; 23,8%),

**Tabela 1.** Analgesia peridural na condução do trabalho de parto/parto, segundo tipo de bloqueio e drogas utilizadas

Variáveis	Nº	%
<b>Tipo de bloqueio</b>		
Peridural	06	28,6
Peridural contínua	03	14,3
Subaracnóideo	02	9,5
Duplo bloqueio	03	14,3
Comparativos	05	23,8
Peridural x subaracnóideo	01	
Peridural x duplo bloqueio	02	
Peridural contínua x duplo bloqueio	02	
Não se aplica	02	9,5
<b>Drogas utilizadas nos grupos principais</b>		
Sufentanil	07	33,3
Clonidina	01	4,8
Fentanil	01	4,8
Comparativo entre diferentes concentrações de bupivacaína	05	23,8
Não se aplica	07	33,4
<b>Drogas utilizadas nos grupos controle</b>		
Bupivacaína	08	38,1
Bupivacaína + sufentanil	01	4,8
Não se aplica	12	57,1
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>
<b>Momento da analgesia</b>		
Dilatação cervical < 4 cm	02	9,5
Dilatação cervical 5 cm	05	23,9
Dilatação cervical 6 cm	07	33,3
Dilatação cervical até 7 cm	03	14,3
Não mencionado	02	9,5
Não se aplica	02	9,5

Fonte: Dados da pesquisa.

sendo que para a última se comparou a eficácia do fármaco em suas diferentes concentrações e baricidades.

Verificou-se que o momento da realização da analgesia foi determinado a partir da dilatação cervical, conforme apresentado na Tabela 1. Observa-se que cerca de 50% dos estudos foram realizados com gestantes em fase adiantada do primeiro estágio do trabalho de parto (dilatação cervical  $\geq$  6 cm).

Quando estudada a duração do primeiro estágio do trabalho de parto após instalação da analgesia obstétrica (7; 33,3%), observou-se uma média de 70,2 minutos para o período, independente do opioide —sufentanil ou fentanil— associado à bupivacaína, ou ainda, o tipo de bloqueio empregado. Um estudo (4,8%) exclusivamente avaliou essa variável quando empregado o anestésico local (AL) isoladamente. As concentrações de bupivacaína utilizadas foram (S50-R50) a 0,125%, (S75-R25) a 0,125% e (S75-R25) a 0,25%, por via peridural. Os resultados apresentaram um prolongamento do primeiro estágio do trabalho de parto —média de 563,9 minutos— se comparadas às amostras que utilizaram a combinação AL/opioide. Ressalta-se que o grupo que recebeu a bupivacaína em excesso enantiomérico de 50% (S75-R25) a 0,25% apresentou um período 20% mais prolongado.

Quanto à duração do segundo estágio do trabalho de parto sob analgesia epidural, dos seis (28,6%) artigos que estudaram essa variável, os achados apontam índices dentro dos parâmetros normais —média de 23,36 minutos.

Em relação à via de parto após instalação da analgesia, oito (38,1%) publicações apontam dados da evolução para parto cesáreo. Das amostras que trabalharam com primíparas exclusivamente há uma maior incidência para cesariana (25,5%) em relação às múltiparas (9,7%). As justificativas para o procedimento cirúrgico são referidas em dois (9,2%) estudos e são devido às alterações da frequência cardíaca fetal, detenção da progressão fetal, desproporção cefalopélvica e apresentação pélvica em paciente nulípara.

A utilização do fórceps foi mencionada em seis (28,6%) publicações, em que não houve registro de alterações significativas na relação com o tipo de analgesia obstétrica. A técnica foi utilizada

com a finalidade de alívio ou rotação, conforme apresentado na Tabela 2. Atenta-se para o rotineiro emprego do fórceps para abreviação do período expulsivo em nulíparas submetidas à analgesia peridural, evidenciado em um estudo.

**Tabela 2.** Analgesia peridural na condução do trabalho de parto e parto segundo evolução do parto

Evolução para parto cesáreo			Utilização do fórceps			
	n	%	Média nos estudos de origem	n	%	Média nos estudos de origem
Primíparas	4	19,1	25,5	2	9,5	64,4
Múltipara	2	9,5	9,7	2	9,5	22
Não mencionado	2	9,5	—	2	9,5	41,2
Não se aplica	13	61,9	—	15	71,5	—
Efeitos adversos maternos						
Prurido	7					
Náusea	7					
Vômito	4					
Depressão respiratória	—					
Sedação	2					
Hipotensão arterial	6					
Outros	6					

**Fonte:** Dados da pesquisa.

A vitalidade do recém-nascido (RN) é analisada segundo parâmetros de Apgar de 1º e 5º minutos de vida (7; 33,3%), análise gasométrica no sangue do cordão umbilical (3; 14,3%), e ainda, teste de capacidade neuroadaptativa (NACS) dos RNS aos 15 e 120 minutos (1; 4,8%).

Em relação ao Apgar, todos os estudos concluíram que não há alteração no primeiro e quinto minutos de vida. Sua relação com o tipo de técnica empregada para a analgesia de parto se deu em apenas uma (4,8%) pesquisa, a qual concluiu que o apgar de primeiro minuto é maior nos RNS cujas mães receberam a técnica peridural. Quanto ao pH sanguíneo fetal ao nascimento, somente o estudo comparativo (1; 4,8%) entre as concentrações de bupivacaína apresentou diferença significativa entre as amostras, evidenciando maior índice de acidose neonatal nas pacientes que fizeram uso de bupivacaína (S75-R25) a 0,125%.

Quanto à avaliação dos RNS pelo NACS o valor adotado pelo pesquisador como limite inferior da normalidade foi 35. Os parâmetros cardiocirculatórios

—pressão arterial sistólica (PAS); pressão arterial diastólica (PAD); frequência cardíaca (FC); frequência respiratória (FR); saturação de oxigênio (SPO<sub>2</sub>)— das gestantes foram avaliados em oito (38,1%) artigos. Destes, 33,3% apresentaram dados com intervalos dentro dos parâmetros normais independente da relação com o tipo de bloqueio ou associação AL/opioide, os quais: PAS: 100 a 130; PAD: 60 a 80; FC: 70 a 100; FR: 20 e 23 e SPO<sub>2</sub> acima de 97.

A função motora foi objeto de estudo em poucos trabalhos (4; 19%). Nestes, verificou-se que a instalação da analgesia não interferiu na capacidade de equilíbrio e deambulação das gestantes; no entanto, dois (9,5%) estudos são categóricos em proibir a deambulação das gestantes.

Os efeitos adversos da analgesia de parto foram observados em 7 (33,3%) publicações, sendo eles: prurido (7; 33,3%), náusea (7; 33,3%) e hipotensão arterial (6; 25,6%). Detectou-se um aumento significativo da incidência de prurido (4; 19%) e náusea (3; 14,3%) associados ao uso do opioide sufentanil. A hipotensão arterial está mais presente nos estudos em que ocorreram o uso de AL isoladamente e sua correção foi mencionada em dois (9,5%) estudos.

Em uma publicação utilizou-se o deslocamento uterino para a esquerda e aumento da infusão de líquidos como manobra de intervenção. Outro trabalho relatou a associação do aumento de infusão de ringer com lactato a pequenas doses de efedrina (10 mg) para correção da hipotensão arterial.

## Discussão

As repercussões maternas evidenciadas após instalação da analgesia obstétrica estão diretamente relacionadas à tolerabilidade ao bloqueio e altas doses de agentes anestésicos e são, concomitantemente, prurido, náuseas e hipotensão as mais comuns. Com a evolução dos estudos com vistas à preservação da segurança da parturiente, os casos de sedação e depressão respiratórias apresentam índices cada vez menores. O método de analgesia epidural ideal deve oferecer o mínimo, ou nenhum, efeito prejudicial sobre o feto e o recém-nascido; melhorando a homeostasia materna, melhora consequentemente a fetal e a neonatal (23, 24).

Não há dúvida da eficácia da associação da bupivacaína a 0,125% e sufentanil 5 µg, entretanto, a busca por frações individualizadas é recomendada para obtenção do melhor desempenho e menor ocorrência de efeitos adversos (25). Nesse sentido, a terapia multimodal é uma ferramenta aplicável e benéfica em analgesia obstétrica (26, 27).

Os resultados apontam uma maior utilização da analgesia peridural entre as amostras analisadas. A técnica é certamente um grande recurso no controle da dor nas diferentes fases do trabalho de parto (28, 29). A mulher permanece colaborativa durante os estágios do trabalho de parto e o controle da dor previne a hiperventilação materna excessiva e aumento do  $PaO_2$  e suas consequências para o feto (28-32).

Sob monitorização dos parâmetros cardiocirculatórios e hidratação com 250-500 ml de solução de Ringer com lactato a paciente é submetida ao procedimento. Em posição sentada é conduzida a identificação do espaço peridural (L<sub>2</sub>-L<sub>3</sub> ou L<sub>3</sub>-L<sub>4</sub>) através do sinal de perda de resistência. É injetada a primeira dose do AL bupivacaína, seguida de inserção do cateter peridural, cerca de 3 a 4 cm em sentido cefálico e acompanhado da injeção da droga de escolha do anestesiológico (5, 33).

As drogas de escolha nos grupos principais foram o sufentanil e a bupivacaína. A eficácia da administração isolada do sufentanil para analgesia de parto, por via subaracnóidea, mostrou que devido seu curto tempo de permanência no espaço subaracnóideo —cerca de uma hora— seu uso é inadequado para essa finalidade (34-36).

Da mesma forma, ao analisar diferentes concentrações de bupivacaína, verifica-se um aumento indesejado da frequência de acidose fetal (30). O autor relaciona o ocorrido ao prolongamento do segundo estágio do trabalho de parto. Outros efeitos indesejáveis para a administração exclusiva de ALS por via peridural são apontados pelo Ministério da Saúde (8) e relacionam-se à hipotensão materna secundária ao bloqueio simpático, relaxamento muscular do assoalho pélvico e da parede abdominal relacionado a dificuldades de rotação fetal no canal de parto e aumento da incidência de partos instrumentais (37, 38).

No entanto, a associação de ALS e opióides é uma excelente opção em obstetrícia (39). Tal fato vincula-se à atuação dos agentes analgésicos ocorrer em

dois sítios específicos: os ALS na membrana axonal, proporcionando melhor bloqueio nas fibras A-s, e o opióide em um receptor distinto da medula espinal, realizando bloqueio dos impulsos conduzidos pelas fibras c, o que resulta na eliminação da dor através de um mecanismo combinado e sinérgico (4, 21, 24). Sendo assim, a associação de sufentanil à bupivacaína torna possível a utilização de baixas doses do AL, com mínimos efeitos deletérios materno-fetais (40).

Observou-se a confiabilidade da associação bupivacaína/sufentanil em relação à qualidade da analgesia produzida, a estabilidade hemodinâmica e a respiratória garantidas e preservação da força muscular materna (29, 41, 42). Esses são similares aos encontrados em um ensaio clínico randomizado, que concluiu que a adição de diferentes doses de sufentanil no espaço subaracnóideo (2,5 µg e 5 µg) melhorava a qualidade e prolongava a duração da analgesia de parto (43, 44).

A dose do sufentanil que ofereça menores efeitos colaterais à gestante, considerada segura entre 5-10 µg (45), foi pesquisada com uso da dose de 2,5 µg e 5 µg, no espaço subaracnóideo. Comparando os resultados das amostras, verificou-se que não há vantagem em se administrar dose de sufentanil superior a 2,5 µg. Contudo, o tamanho amostral não é suficiente para detectar possíveis diferenças entre as doses de sufentanil utilizadas.

Do ponto de vista de segurança da utilização, foi analisada a vitalidade dos RNs comparando os índices de Apgar, gasometria arterial do sangue da veia e artéria umbilicais e índice de NACS e foi assegurado que não há interferência do sufentanil nesse aspecto, sendo a associação das drogas isenta de efeitos colaterais que imputem a sua utilização (29, 46). Os autores ressaltam ainda, a importância do emprego de um teste de avaliação neurológica e da capacidade adaptativa no estudo dos possíveis efeitos das drogas utilizadas em analgesia obstétrica sobre o recém-nascido.

Da mesma forma, outro estudo ao analisar os valores da pressão arterial e da frequência cardíaca durante o trabalho de parto e puerpério imediato —primeiras doze horas após o parto— de primigestas normais submetidas a diferentes procedimentos anestésicos —local, subaracnóidea e peridural lombar—, concluiu não haver interferência com as variáveis hemodinâmicas estudadas (47).

Com relação ao momento da analgesia, observou-se uma tendência de oferecê-la em fase adiantada do primeiro estágio do trabalho de parto. A afirmação de que a analgesia peridural seja contra-indicada nas fases iniciais do trabalho de parto por levar a um aumento do número de cesarianas por distócias é assunto muito discutido. Os anestésicos com vasoconstritor —usualmente a epinefrina— utilizados com o objetivo de melhorar a qualidade do bloqueio e diminuir a absorção do AL, teriam efeitos tocolíticos transitórios contribuindo para o prolongamento do trabalho de parto (48, 49).

Estudo realizado em 128 primigestas que objetivou comparar os bloqueios raquiperidural e peridural contínuo demonstrou que há uma maior taxa de partos operatórios para o grupo que fez uso da analgesia combinada raquiperidural (48). A analgesia peridural deveria ser idealmente priorizada com foco no controle da dor vivenciada pela parturiente, em vez de ser indicada com base na dilatação cervical (5, 50, 51).

A duração do período expulsivo considerada normal ainda não foi determinada. A duração normal gira em torno de duas horas, podendo chegar a três horas sob efeito de analgesia (52). No entanto, esses limites podem variar de acordo com a definição de período expulsivo, sendo necessárias pesquisas mais esclarecedoras a respeito (53). Estudo recente com primigestas apontou que a duração do período expulsivo não se associou com o aumento do risco neonatal em primíparas. Porém, uma duração maior que três horas elevou a morbidade materna —coriomanionite, endometrite, lacerações perineais e hemorragia pós-parto— e o risco de cesariana e parto instrumental. Em múltiparas verificou-se aumento tanto da morbidade materna como das complicações neonatais, com maior risco de escores de Apgar insatisfatórios para o quinto minuto —menores que sete— e elevados índices de admissão em UTI neonatal (23, 53-55).

As variáveis associadas à evolução para cesariana relacionavam-se às características da atenção ao parto e alteração da frequência cardíaca sustentada. Mesmo com etiologia incerta, a bradicardia fetal parece estar relacionada com a rápida cessação da dor das contrações uterinas, o que reduz a concentração plasmática materna de  $\beta$ -endorfinas e epinefrina. O desequilíbrio plasmático entre epinefrina/norepinefrina pode

resultar em uma diminuição da oferta sanguínea uteroplacentária, sendo indicativo de cesariana de emergência (50).

Quanto ao bloqueio motor não houveram alterações que causassem dificuldades para deambulação, relacionados ao bloqueio combinado raquiperidural e peridural contínua, e, ainda, ao uso de bupivacaína nas concentrações (S50-R50) a 0,125%, (S75-R25) a 0,125% e (S75-R25) a 0,25%, isolada ou associada aos opióides fentanil e sufentanil. Os reais benefícios da deambulação durante o trabalho de parto ainda são contestados, no entanto, os achados apontam uma diminuição do tempo do trabalho de parto (50, 56), não existindo relação com o número de doses suplementares de ALS utilizadas (57, 58).

Em resposta a essa questão, especula-se que a deambulação ou o estar em pé, afetem a percepção da dor pela redução da tração e pressão das raízes do plexo lombossacro e dos músculos pélvicos durante a contração uterina, proporcionando um suposto “efeito analgésico” (50, 59).

Os efeitos adversos maternos mais presentes foram prurido, geralmente seguido de náuseas e, em uma escala menor, hipotensão arterial. Esses efeitos são geralmente relacionados à dor intensa, stress, distúrbios metabólicos, hipotensão materna, reflexos da tração visceral e efeitos de opióides espinhais (48). Observou-se a frequente associação do prurido e náuseas com o opióide, o que se deve à administração de doses superiores a 20  $\mu$ g de fentanil espinhal ou 7,5  $\mu$ g de sufentanil. No entanto, esses efeitos adversos são considerados sem grande gravidade clínica, mas podem ser bastante incômodos à paciente e referem-se à tolerabilidade da analgesia peridural (30).

O efeito adverso mais relevante, a hipotensão arterial, aparece relacionado ao uso de clonidina por via subaracnóidea e, também, à bupivacaína sem vasoconstritor associado ao fentanil por via peridural (47, 60). Com a diminuição da perfusão uterina há uma conseqüente redução da atividade uterina e menor oferta de oxigênio para o feto (48).

No primeiro caso, a ocorrência do referido efeito adverso é justificada à sabida redução da pressão arterial produzida pela clonidina, por inibir a atividade simpática pré-ganglionar na medula espinal (26). Quando administrada nos segmentos torácicos

pela proximidade com os neurônios pré-ganglionares simpáticos a hipotensão arterial é considerada mais grave. Além disso, a ativação dos receptores  $\alpha_2$  pós-sinápticos no tronco encefálico e dos receptores  $\alpha_2$  pós-sinápticos periféricos contribuiriam para uma redução maior da pressão arterial pela redução da atividade simpática.

Este mecanismo estaria relacionado a doses superiores a 450  $\mu\text{g}$  de clonidina por via subaracnóidea, entretanto, o mesmo efeito foi observado no referido estudo empregando-se clonidina em uma dose de 30  $\mu\text{g}$  associada à solução hipobárica. Quando relacionada à analgesia peridural com AL, a hipotensão arterial decorre do bloqueio simpático que se instala (48).

A maior frequência de acidose fetal ( $\text{pH} < 7,2$ ) (57), tem relação com a utilização da bupivacaína em excesso enantiomérico de 50% (S75-R25) a 0,125% quando comparados aos resultados do grupo que fez uso do mesmo anestésico em concentração igual a 0,25%. A explicação para tal fator poderia ser atribuída a uma duração maior do segundo estágio do trabalho de parto, no entanto, essa teoria não foi confirmada. Mesmo assim, a bupivacaína em excesso enantiomérico de 50% (S75-R25) ainda é indicado como AL de escolha pela sua relação com os menores níveis de neuro e cardiotoxicidade.

## Considerações finais

Por meio da presente revisão integrativa foi possível visualizar as produções brasileiras sobre a analgesia obstétricas e os métodos farmacológicos no alívio da dor durante o trabalho de parto e parto. Evidenciou-se que a partir de 2004 ocorreu um maior número de publicações sobre o tema. Pela caracterização das publicações analisadas, consideramos que os artigos científicos sobre analgesia obstétrica na condução do trabalho de parto e parto, embora tenham crescido significativamente no cenário brasileiro nos últimos anos, demonstram que a pesquisa ainda não está consolidada, devido a lacunas identificadas na produção do conhecimento. Acredita-se que o desenvolvimento científico na área contribuirá para a consolidação de uma prática obstétrica mais individualizada e humana.

Sugere-se a realização de estudos que utilizem dosagens menores das drogas usualmente empregadas, sob a ótica da terapia multimodal; pesquisas

que abordem as vantagens da analgesia obstétrica em fase precoce do primeiro estágio do trabalho de parto; investigações com foco na identificação das repercussões tardias da analgesia obstétrica para a mãe e o recém-nascido, com enfoque na cardio e neurotoxicidade.

## Referências

- (1) Salem IC, Fukushima FB, Nakamura G, Ferrari F, Navarro LC, Castiglia YM *et al*. Efeitos adversos do sufentanil associado ao anestésico local pelas vias subaracnóidea e peridural em pacientes submetidas à analgesia de parto. *Rev Bras Anesthesiol*. 2007;57(2):125-135.
- (2) Mello LF, Nóbrega LF, Lemos A. Estimulação elétrica transcutânea no alívio da dor do trabalho de parto: revisão sistemática e meta-análise. *Rev Bras Fisioter*. 2011;15(3):175-184.
- (3) Zugaib M. *Zugaib obstetrícia*. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2012.
- (4) Gallo RB, Santana LS, Marcolin AC, Ferreira CH, Duarte G, Quintana SM. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *Femina*. 2011;39(1):41-48.
- (5) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). *Tratado de ginecología y obstetricia*. 2ª ed. Madrid: Panamericana; 2012.
- (6) Davim RM, Torres GV, Dantas JC. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):438-445.
- (7) Silva FA, Passini Júnior R, Amorim MM. Analgesia de parto e febre materna: revisão baseada em evidências. *Femina*. 2010;38(12):661-665.
- (8) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. *Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- (9) Souza GN, Ferreira DQ, Souza E, Camano L, Moraes OB. Analgesia e anestesia durante o trabalho de parto. *Femina*. 2010;38(12):655-659.

- (10) Monteiro JC, Pitangui AC, Sousa L, Beleza AC, Nakano AM, Gomes FA. Associação entre a analgesia epidural e o trauma perineal no parto vaginal. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009;13(1):140-144.
- (11) Cunha AA. Analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto. *Femina.* 2010;38(11):599-606.
- (12) Martini JG, Becker SG. A acupuntura na analgesia do parto: percepções das parturientes. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009;13(3):589-594.
- (13) Abrão KC, Francisco RP, Zugaib M. Alterações cardiotocográficas após analgesia obstétrica combinada raqui-peridural [Editorial]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(2):51-53.
- (14) Ziegel E, Cranlwy MS. *Enfermagem obstétrica.* 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
- (15) Cunnigham FG, Macdonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins GD et al. *Obstetrícia de Williams.* 22ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
- (16) Leveno KJ, Gary F. *Manual de obstetrícia de Williams.* São Paulo: Artmed; 2013.
- (17) Orange FA, Passini R, Amorim MM, Almeida T, Barros A. Combined spinal and epidural anesthesia and maternal intrapartum temperature during vaginal delivery: a randomized clinical trial. *Br J Anaesth.* 2011;107(5):762-768.
- (18) Núñez M, Quintana V, Micol M, Torrado MJ, Bouchaucourt JP, Alvarez CE. Analgesia del parto en adolescentes: resultados de nuestra experiencia desarrollada en el Hospital de la Mujer-Centro Hospitalario Pereira Rossell. *Rev Méd Urug.* 2014;30(3):164-167.
- (19) Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(4):758-764.
- (20) Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2006;14(1):124-131.
- (21) Barbosa D, Taminato M, Fram D, Belasco A. *Enfermagem baseada em evidências.* São Paulo: Atheneu; 2012.
- (22) Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(4):434-438.
- (23) Eberle AS, Ganem EM, Módolo NS, Amorim RB, Nakamura G, Marques CO et al. Interação entre a analgesia de parto e o seu resultado. Avaliação pelo peso e índice de Apgar do recém-nascido. *Rev Bras Anesthesiol.* 2006;56(4):343-351.
- (24) Fernández H, Cobas D, Llanos L, Fonseca A. Técnica combinada espinal epidural a dos espacios para anestesia obstétrica. Nuestra primera experiencia. *Arch Méd Camagüey.* 2009;13(1):1-8.
- (25) Mercanoğlu E, Alanoğlu Z, Ekmekçi P, Demiralp S, Alkış N. Comparación de la morfina administrada por vía intravenosa y vía epidural con/sin bupivacaína o ropivacaína en el tratamiento del dolor pos toracotomía con la técnica de analgesia controlada por el paciente. *Rev Bras Anesthesiol.* 2013;63(2):213-219.
- (26) Tebaldi TC, Malbouisson LM, Kondo MM, Cardoso MM. Efeito da adição de clonidina subaracnóidea à solução anestésica de sufentanil e bupivacaína hiperbárica ou hipobárica para analgesia de parto. *Rev Bras Anesthesiol.* 2008;58(6):593-601.
- (27) Torres BB. Eficacia de la analgesia epidural continua con bupivacaína al 0,125% y fentanilo 2 µg/ml en pacientes postoracotomizados. Hospital IV Guillermo Almenara Irigoyen, 2011. *Actas Peru Anesthesiol.* 2013;21(1):13-17.
- (28) Martínez JM, Delgado M. Nivel de dolor y elección de analgesia en el parto determinada por la realización de educación maternal. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2013;78(4):293-297.
- (29) Carvalho FA, Tenório SB. Estudo comparativo entre doses de morfina intratecal para analgesia após cesariana. *Rev Bras Anesthesiol.* 2013;63(6):492-499.

- (30) McCallum C, DosReis AP. Users' and providers' perspectives on technological procedures for 'normal' childbirth in a public maternity hospital in Salvador, Brazil. *Salud Pública Méx.* 2008;50(1):40-48.
- (31) Bio E, Bittar RE, Zugaib M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(11):671-679.
- (32) Baraldi AC, Almeida AM, Panobianco MS, Mamede FV. O uso da analgesia peridural em obstetrícia: uma metanálise. *Rev Enferm UERJ.* 2007;15(1):64-71.
- (33) Zafra JC, Calvache JA. Analgesia epidural para el trabajo de parto. *Iatreia.* 2008;21(4):355-363.
- (34) Cuffini AM, Rodríguez VI. Analgesia epidural vs. no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto (análisis de 579 pacientes). *Rev Argent Anestesiol.* 2008;66(4):337-344.
- (35) Nakamura G, Ganem EM, Rugolo LM, Castiglia YM. Effects on mother and fetus of epidural and combined spinal-epidural techniques for labor analgesia. *Rev Assoc Med Bras.* 2009;55(4):405-409.
- (36) Nakamura G, Ganem EM, Módolo NS, Rugolo LM, Castiglia YM. Labor analgesia with ropivacaine added to clonidine: a randomized clinical trial. *São Paulo Med.* 2008;126(2):102-106.
- (37) Novoa J, Rodríguez S. Seguridad y eficacia del remifentanilo por vía intravenosa mediante un sistema de analgesia controlada por la paciente durante el trabajo por parto. *Actas Peru Anestesiol.* 2012;20(2):51-58.
- (38) González ML, Pereira FG, Colacioppo PM. Uso da anestesia local para episiotomia e reparo do trauma perineal no parto normal: práticas de enfermeiras e médicos. *Nursing.* 2006;9(103):1158-1163.
- (39) Bejar J, Santiago GR, Enrique D. Estudio comparativo de morfina intratecal vs. morfina sistémica para analgesia postoperatoria en cesárea. *Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología. Actas Peru Anestesiol.* 2013;21(1):18-26.
- (40) García D, Pugente E, Delaporte I, Vargas M. Morfina intratecal vs. epidural en operación cesárea. *Rev Argent Anestesiol.* 2013;71(1):20-28.
- (41) Orange FA, Passini-Jr R, Melo AS, Katz L, Coutinho IC, Amorim MR. Combined spinal-epidural anesthesia and non-pharmacological methods of pain relief during normal childbirth and maternal satisfaction: a randomized clinical trial. *Rev Assoc Med Bras.* 2012;58(1):112-117.
- (42) Cançado TO, Omais M, Ashmawi HA, Torres ML. Dor crônica pós-cesariana. Influência da técnica anestésico-cirúrgica e da analgesia pós-operatória. *Rev Bras Anestesiol.* 2012;62(6):768-774.
- (43) Arias GE, Robledo JM. Experiencias en analgesia posoperatoria epidural en el Hospital de Las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva. *Rev Centroam Obstet Ginecol.* 2012;17(2):59-61.
- (44) Aristizábal JP, Londoño JD. Remifentanil como alternativa para analgesia obstétrica. *Rev Colomb Anestesiol.* 2006;34(4):274-277.
- (45) Lobo AM. Analgesia e anestesia peridural. Em: Duke J, Rosenberg SG. *Segredos em anesthesiologia: respostas necessárias ao dia-a-dia.* 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- (46) Venturelli FM, Zamorano MD, Felmer OE, Concha MI. Rol de la analgesia y anestesia epidural en cirugía abdominal. *Cuad Cir.* 2009;23(1):33-38.
- (47) Kuczkowski K. Tendencias y avances actuales en anestesia obstétrica: la técnica combinada espinal-epidural para analgesia ambulatoria en trabajo de parto. *Rev Colomb Anestesiol.* 2006;34(3):177-183.
- (48) Souza MA, Silva JL, Maia NL. Bloqueio combinado raquiperidural versus bloqueio peridural contínuo para analgesia de parto em primigestas: resultados maternos e perinatais. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(10):485-491.
- (49) Monteiro JC, Pitanguí AC, Sousa L, Beleza AC, Nakano AM, Gomes FA. Associação entre a analgesia epidural e o trauma perineal no parto vaginal. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009;13(1):140-144.

(50) Cortês CA, Sanchez CA, Oliveira AS, Sanchez FM. Analgesia de parto: estudo comparativo entre analgesia combinada raqui-peridural versus anestesia peridural contínua. *Rev Bras Anesthesiol.* 2007;57(1):39-51.

(51) Soares EC, Lucena MR, Ribeiro RC, Rocha LL, Vilas ww. Remifentanil em analgesia para o trabalho de parto. *Rev Bras Anesthesiol.* 2010;60(3):334-346.

(52) Nilsen E, Sabatino H, Lopes MH. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(3):557-565.

(53) Amorim MM, Porto AM, Souza AS. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina.* 2010;38(11):583-591.

(54) Cicarelli DD, Silva RV, Frerichs E, Pagnocca ML. Bloqueio combinado para analgesia de parto: a adição de sufentanil ao anestésico local influencia o apgar dos recém-nascidos? *Rev Bras Anesthesiol.* 2007;57(3):272-279.

(55) Almeida NA, Soares LJ, Sodré RL, Medeiros M. A dor do parto na literatura científica da Enfermagem e áreas correlatas indexada entre 1980-2007. *Rev Eletr Enf.* 2008;10(4):1114-1123.

(56) Cortês CA, Castro LF, Serafim MM, Oliveira AS, Gelmini M, Petri RB. Estudo comparativo entre bupivacaína racêmica a 0,25% e bupivacaína com excesso enantiomérico de 50% (S75-R25) a 0,25%, associadas ao fentanil para analgesia de parto com deambulação da parturiente. *Rev Bras Anesthesiol.* 2006;56(1):16-27.

(57) Duarte NM, Caetano AM, Lima LC, Chagas AS. Estudo comparativo entre bupivacaína racêmica (S50-R50) a 0,125% e bupivacaína em excesso enantiomérico de 50% (S75-R25) a 0,125% e 0,25% em anestesia peridural para analgesia de parto. *Rev Bras Anesthesiol.* 2008;58(1):5-14.

(58) Arias SE, Montes CH, Arias GC. Costos de la analgesia epidural de parto: Instituto Nacional Materno Perinatal. Enero 2006. *Acta Med Per.* 2010;27(1):22-28.

(59) Vogt SE, Diniz SG, Tavares CM, Santos NC, Schneck CA, Zorzam B et al. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(9):1789-1800.

(60) Cardoso MM, Papa FV, Vieira RF, Kondo MM, Torres ML. Efeito da adição de clonidina subaracnóidea à bupivacaína hiperbárica e sufentanil para analgesia de parto. *Rev Bras Anesthesiol.* 2006;56(2):119-125.



# Enfermería en América Latina: una mirada al horizonte

Enfermagem na  
América Latina: um  
olhar para o horizonte

Nursing in Latin  
America: a look at the  
horizon

---

• Débora Milena Álvarez Yañez<sup>1</sup> •

---

•1• Especialista en Cuidado Crítico. Docente, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander. Cúcuta, Colombia. E-mail: demialya@hotmail.com; deboramilenaay@ufps.edu.co

---

Recibido: 07/02/2013 Aprobado: 15/06/2015

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.37032>



## Resumen

A comienzos del siglo XIX, surge la necesidad de brindar cuidados empíricos a aquellas personas incapaces de satisfacer sus necesidades básicas por sí solas, por lo que los resultados favorables de estas intervenciones conllevaron a las primeras escuelas de formación en enfermería. De este modo, aparecieron diversos modelos teóricos y paradigmas que permitieron el desarrollo de la enfermería como una disciplina profesional, promoviendo su posicionamiento en el sector salud y su reconocimiento frente a otras disciplinas.

Las tendencias en enfermería están direccionadas al desarrollo de competencias, catalogadas como una herramienta fundamental que le permite al profesional de enfermería comprender la problemática social y de salud existente en el mundo actual. Esto implica la integración del cuerpo de conocimientos propios de la disciplina y de las habilidades interpersonales esenciales para la toma de decisiones en los diferentes contextos. El profesional de enfermería debe asumir nuevos roles en las diferentes áreas de desempeño, como asistencial, administrativa, de docencia y de investigación, dando respuesta a los requerimientos de la persona y de su entorno.

En América Latina, el continuo avance de los conocimientos, el acelerado desarrollo científico y tecnológico, la globalización y las exigencias institucionales comprometen al profesional de enfermería para asumir nuevos liderazgos y competencias investigativas basadas en evidencias

## Resumo

No começo do século XIX surge a necessidade de prestar cuidados empíricos para aqueles incapazes de satisfazer suas necessidades básicas por si mesmos, de modo que os resultados favoráveis destas intervenções levaram à criação das primeiras escolas de ensino de enfermagem. Assim, apareceram vários modelos teóricos e paradigmas que permitiram o desenvolvimento da enfermagem como uma disciplina profissional, promovendo a seu posicionamento no sector da saúde e seu reconhecimento por outras disciplinas.

Tendências em enfermagem são dirigidas ao desenvolvimento de competências, catalogadas como uma ferramenta fundamental que permite à enfermeira entender a problemática social e de saúde existente no mundo de hoje. Isso envolve a integração dos conhecimentos próprios da disciplina e habilidades interpessoais essenciais para a tomada de decisões em diferentes contextos. O enfermeiro deve assumir novas funções em diferentes áreas de atuação, tais como assistenciais, bem-estar, administrativas, ensino e pesquisa na área da saúde, respondendo às exigências da pessoa e seu ambiente.

Na América Latina, o contínuo avanço do conhecimento, o acelerado desenvolvimento científico e tecnológico, a globalização e as exigências institucionais, comprometem à enfermeira para assumir uma nova liderança e habilidades de investigação com base em provas sólidas. Isto é acompanhado

## Abstract

In the early nineteenth century, arises the need to provide empirical care to those unable to meet their basic needs by themselves, so that the favorable results of these interventions entailed the first schools of nursing education. Thus, various theoretical models and paradigms that allowed the development of nursing as a professional discipline appeared, promoting their position in the health sector and its appreciation against other disciplines.

Trends in nursing are addressed to skills development, listed as a fundamental tool that allows the nurse to understand the existing social and health problem in the world today. This involves integrating the own body of knowledge of the discipline and interpersonal skills essential for decision making in different contexts; the nurse must assume new roles in different areas of performance, such as welfare, administration, teaching and research in the area of health, responding to the requirements of the patient and his/her environment.

In Latin America, both the continued advancement of knowledge, rapid scientific and technological development, and globalization and institutional requirements, committed nursing professionals to take on new leadership and investigative skills based on solid evidence. This is accompanied by a critical attitude grounded in technical and scientific skills, required to make decisions and solve the problems that arise from the proper task of nursing.

sólidas. Esto se acompaña de una actitud crítica asentada en los conocimientos técnicos y científicos, necesarios para tomar decisiones y resolver problemas derivados del quehacer propio de la disciplina.

*Descritores:* Investigación en Enfermería; Competencia Profesional; Tendencias; Modelos de Enfermería; Rol de la Enfermera (fuente: DECS BIREME).

por uma atitude crítica fundamentada na técnica e científica, necessária para tomar decisões e resolver problemas decorrentes do trabalho na disciplina.

*Descritores:* Pesquisa em Enfermagem; Competência Profissional; Tendências; Modelos de Enfermagem; Papel do Profissional de Enfermagem (fonte: DECS BIREME).

*Descriptors:* Nursing Research; Professional Competence; Trends; Models, Nursing; Nurse's Role (source: DECS BIREME).

## Introducción

Para vislumbrar las tendencias del cuidado de enfermería, es necesario conocer los saberes propios de la disciplina para direccionar el ejercicio profesional, en busca de la promoción de la salud y el bienestar de los seres humanos. El presente artículo pretende dar a conocer las nuevas directrices hacia el desarrollo de la profesión y su contexto, para invitar a los profesionales de enfermería a reflexionar sobre la praxis del cuidado, interpretando la realidad para asumir roles cada vez más complejos que permitan fortalecer el ser y el quehacer de la profesión. Esto dará resultados favorables en la calidad y visibilidad de la atención de enfermería.

A través de los años, la profesión de enfermería ha ido evolucionando, adaptándose a los diferentes momentos de la historia. Es una ciencia y un arte que ha sabido apropiarse del conocimiento para dar respuesta a los diversos retos que se han planteado en el tiempo y que aún hoy sigue construyendo sólidas bases para el conocimiento científico.

En los últimos años, la enfermería como disciplina se ha transformado, sometándose a procesos innovadores que dieron inicio desde las teorías, los paradigmas y las investigaciones científicas en sus prototipos, lo que ha originado las distintas tendencias. La fácil adaptación de la profesión al mundo actual se ha producido en parte por la llegada de las tecnologías que han permitido la difusión de este conocimiento.

Actualmente, el profesional de enfermería es el eje del cambio en las diferentes áreas de aplicación y desempeño, como son la asistencial, la educativa, la administrativa y la de investigación. De esta manera, se revela la diversificación que ha tenido la profesión, producto de años de evolución y de las tendencias que han forjado las bases para el presente, dando continuidad al futuro.

El Consejo Internacional de Enfermería expresa que “las funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes, los sistemas de salud y la formación” (1).

Inicialmente, la enfermería era aceptada como una vocación estereotipada en la cual la mujer asumía su rol de cuidadora, ya que esto era inherente a su naturaleza.

El cuidado se desarrollaba por la experiencia y el conocimiento común, muchas veces pasado de generación en generación. En este contexto, se da inicio a la construcción de cómo la enfermería da respuesta a las necesidades de la persona, la familia y la comunidad (2). En el siglo XIX, Florence Nightingale describió los conceptos meta-paradigmáticos para el desarrollo de la enfermería como ciencia y arte al ser la primera enfermera investigadora. Realizó estadísticas de mortalidad y documentos para la organización de los hospitales de la época, además de elaborar lo que sería su obra maestra: los registros sobre la enfermería. Así, originó la propuesta de formación disciplinar, considerando el cuidado “un servicio a la Humanidad que la enfermera asume y que lleva a cabo poniendo al paciente en las mejores condiciones posibles” (3).

La necesidad de proveer cuidados a individuos que no podían satisfacer sus funciones básicas conlleva a la preparación de enfermeras para atender a las personas enfermas en casas y hospitales. Los resultados satisfactorios de estas intervenciones al principio empíricas y rudimentarias motivaron las primeras escuelas de formación en enfermería con el objetivo de fundamentar el actuar propio del profesional. En América Latina, se menciona la Escuela Municipal de Buenos Aires como el primer centro de enfermería, creada en 1885 por la entonces maestra y estudiante de medicina Cecilia Grierson (4). En Colombia, a inicios del siglo XX, el Dr. Rafael Calvo inició un programa de entrenamiento en Cartagena, con la finalidad de instruir mujeres para la atención en el área obstétrica (5).

Aun hoy, pocas personas han tenido tanto impacto en el campo de la enfermería como Nightingale, que también comprendió la importancia del método científico, el uso de la estadística, el cambio en la estructura de los hospitales y la formación del personal. Esto permitió efectuar reformas de los cuidados de enfermería, pasando de un enfoque empírico a uno centrado en la investigación y resaltando la importancia de un ambiente saludable en la promoción del bienestar físico y mental de los pacientes.

De esta forma, se establece un modelo de cuidado en enfermería para dar respuesta a los fenómenos de salud de las personas. En esta tendencia en enfermería se encuentra Madeleine Leininger, que con su Teoría de la *Diversidad y universalidad del cuidado cultural* (6) va más allá de los cuidados tradicionales y declara que habrá un nuevo tipo de práctica que mostrará los enfoques de enfermería ejercidos en la cotidianidad.

Los valiosos aportes de Dorothea Orem con la *Teoría del Autocuidado*, Jean Watson con la *Teoría del Cuidado humanizado*, Hildegard Peplau con la *Teoría de Relaciones Interpersonales* y Callista Roy con la *Teoría de Adaptación* contribuyeron al desarrollo del verdadero cuidado de enfermería. Éste tiene como eje la necesidad del paciente, constituyéndose en la estructura viva del ejercicio profesional, el cual está enmarcado en una filosofía integradora que incluye conocimientos afectivos, emocionales, científicos y tecnológicos.

El desempeño del profesional de enfermería se debe dar en un contexto interpersonal y transpersonal, integrando el ser humano al grupo familiar y al ambiente laboral, de forma que se involucren los valores, la voluntad y el compromiso de realizar el cuidado con amor y calidez humana: “Es imposible aplicar cuidados sin llevar a cabo una interacción cara a cara mediada por la propia subjetividad del profesional y la del enfermo” (7). Por esto es importante retomar los principios del cuidado humanizado, implicando un nuevo enfoque con un cambio de actitud frente al paciente para volver a la esencia del cuidado y facilitando a la persona asumir los roles que desarrolla en su ciclo de vida.

Las nuevas tendencias en enfermería involucran aspectos importantes que conciernen a todos los campos de desempeño de la profesión. En el ámbito investigativo, la tendencia es la producción y difusión de artículos de tipo científico que generen nuevo conocimiento y validen los ya existentes; en el de la docencia, los centros de formación profesional deben desarrollar competencias que faciliten al profesional la adaptación a las nuevas tecnologías asociadas al cuidado; en el gerencial, el profesional de enfermería debe asumir el liderazgo para la implementación de las nuevas políticas y adopción de modelos internacionales para la atención con calidad en los servicios de salud; en el asistencial, la enfermera debe ser proactiva, al integrar el conocimiento científico a su práctica diaria, brindando un cuidado holístico que abarque el proceso de enfermedad y su reintegro a la vida social.

## La profesión de enfermería en Colombia

A nivel nacional, las diversas reformas del sector salud han tenido repercusiones en el desarrollo de la profesión de enfermería, ya que los procesos de transformación acompañados de la reducción de gastos conllevan a la flexibilización laboral, como reducción de personal, modificaciones en la contratación y readaptación profesional que hace informal las relaciones laborales (8). Respecto a este enfoque, el profesional de enfermería tiene un incremento de trabajo en su práctica diaria; adicional, la deslaboralización da como resultado la disminución del tiempo para la atención del paciente, dejando “el cuidado directo en segundo lugar, después de las funciones médico-delegadas y administrativas del servicio” (9), modificando la esencia de enfermería, que es brindar un cuidado integral y continuo.

En este sentido, el profesional de enfermería es el eje en la atención en salud. Sin embargo, el incremento de la carga laboral, los bajos salarios, la falta de recursos humanos, la pérdida de seguridad laboral y las condiciones de trabajo poco favorables (10) conllevan a la migración del profesional de enfermería a otros países, originando escasez de éstos y la contratación de personal con menor nivel educativo a menores costos.

El deterioro laboral del profesional de enfermería se relaciona con factores individuales y colectivos. En una investigación realizada en Cartagena, se encontró que el 26,6% del personal de enfermería informó desgate profesional, siendo más frecuente en personas menores de 40 años de edad y en quienes informaron insatisfacción laboral (11).

Para el mejoramiento de las condiciones laborales en el sector salud, se necesita una visión estratégica global y una adecuada formulación de las políticas públicas, basada en “leyes del mercado, competencia, privatización, limitación del sector público” (12), garantizando los derechos de la persona y la calidad de la atención. Estos atributos deben ajustarse a la realidad del país y de las instituciones sanitarias para lograr que el profesional de enfermería asuma un papel protagónico para fortificar el ser y el quehacer de la profesión.

En el ámbito del componente investigativo, los programas de salud deben apoyar la investigación disciplinar como parte fundamental del quehacer de enfermería, de manera que se promueva el profesionalismo y la divulgación de los productos de investigación. En Colombia, la producción científica “todavía no es comparable con la de otros países” (13), aspecto que demuestra que el profesional de enfermería hace énfasis en otras áreas de la disciplina, dejando a un lado el campo de la investigación.

Por lo anterior, se debe impulsar la realización de estudios en todas las áreas de la profesión de enfermería, fuente de saberes que permiten innovar los fundamentos teóricos o renovar los ya existentes. Una de las tendencias que se debe proyectar es el diseño de la investigación basada en la evidencia para mejorar la calidad del cuidado. El término *evidencia* en enfermería se refiere al “conocimiento científico obtenido por medio de la investigación, que comprueba, demuestra o verifica la mejor manera posible de ofrecer el cuidado” (14).

La investigación en enfermería es fundamental para desplegar, evaluar y propagar el conocimiento de enfermería. El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) (1) ha promovido en los últimos años la vinculación del profesional de enfermería en el ámbito de la investigación, con el fin de generar la práctica de enfermería basada en la evidencia. Más aún, se motiva a que la enfermería a través de las investigaciones propias de su disciplina pueda generar nuevos conocimientos que permitan al profesional evaluar su práctica a través de los costos derivados del cuidado y los beneficios otorgados a los pacientes, garantizando un cuidado costo-efectivo de enfermería de calidad.

En los adelantos en el campo investigativo, surge la tendencia a la utilización de múltiples fuentes de evidencias, ampliando la necesidad del profesional de enfermería de tener conocimiento en relación con los diferentes tipos de diseño de investigación, con la finalidad de evaluar la consistencia y pertinencia de sus resultados antes de implantarlos en la práctica profesional.

Desde esta perspectiva, Delgado y colaboradores, en el año 2010, referenciaron que el mayor número de investigaciones se realizan en el programa de pregrado de enfermería (57%), debido al

gran volumen de estudiantes que realizan como requisito de grado sus proyectos, contrario a los enfermeros de posgrado, los cuales existen en menor cantidad. El enfoque que predomina es el empírico analítico (67,9%) y el paradigma de tipo cuantitativo el más frecuente (69,7%). De acuerdo con la población y unidad de estudio, la interacción directa con el sujeto de cuidado es la fuente primaria de investigación (63,3%) (13).

En el estudio de Vélez realizado entre el 2010 y 2011, las temáticas prioritarias de investigación en enfermería incluyen los procesos tanto en la situación de salud como de enfermedad, pautas y conductas de comportamiento del ser humano y su interacción con el entorno y el impacto de los factores que intervienen en el estado de salud (15). Otros tópicos de interés investigativo tienen que ver con la calidad de la educación superior, el currículo de enfermería y el desempeño de los egresados (16).

La producción investigativa en educación en enfermería refleja que el mayor número de investigaciones se realiza en las universidades públicas (66,6%), cuyo abordaje más frecuente es el institucional (63,3%). Las temáticas más investigadas son la pedagogía (33,3%) y la evaluación (23,3%); y el paradigma más estudiado, el analítico explicativo (86,7%) (16).

Los resultados de la actividad investigativa realizada en los programas de salud deben tener un proceso de divulgación por medio de conferencias o artículos de revistas, aunque las presentaciones en los eventos de salud sólo llegan a grupos pequeños del gremio. Por el contrario, la Internet facilita a los lectores en todo el mundo el acceso a los artículos publicados (17). A pesar de los incentivos y la presión que se ejerce para que el profesional de enfermería se involucre con la investigación, hace falta generar convicción y seguridad en los profesionales para que divulguen sus investigaciones, factor imprescindible para el fortalecimiento del conocimiento.

Por lo tanto, el efecto de publicar las investigaciones realizadas en los centros de formación es positivo, cuyo objetivo es influir en la salud de los individuos, en las instituciones sanitarias y en el beneficio de la profesión de enfermería (18). En este contexto, la tendencia a evaluar la literatura científica conlleva a la medición del factor de impacto de las revistas con el área de investigación: a mayor cobertura de temas, el reconocimiento es mayor (19).

Con respecto a las premisas del desarrollo disciplinar de enfermería, es necesario conocer las tendencias y situaciones que pueden alterar en el futuro al cuidado de enfermería. La primera es la era de la información, la importancia de la confidencialidad, privacidad y seguridad. La segunda, la diferenciación demográfica, el envejecimiento, la diversidad étnica, el cambio en el énfasis de la curación por la promoción de la salud, la cultura del cuidado. La tercera, las reformas en los sistemas de salud, el aumento de costos en la atención y las barreras administrativas. La cuarta, la participación del paciente en la atención y divulgación de información a través del consentimiento firmado. La quinta, avances tecnológicos en farmacología y aspecto éticos de nuevos tratamientos (20).

Desafíos como los cambios en las condiciones de vida, el desempleo, la violencia, la contaminación del medio ambiente, el consumo exagerado de sustancias como el cigarrillo o el alcohol y la exposición a sustancias tóxicas son factores de riesgo que contribuyen a que las enfermedades crónicas y transmisibles ocupen un lugar importante en la morbilidad de la población (21). Es importante resaltar que el cuidado de enfermería debe ser integral al abarcar las diferentes etapas vitales del ser humano, estableciendo una relación enfermera-paciente que vaya más allá del alivio de la enfermedad.

Por otra parte, en un entorno cada vez más complejo, los sistemas de salud no están en capacidad de dar respuesta a los cambios acelerados y permanentes del proceso de globalización. La adopción de nuevas tecnologías para mejorar la oportunidad, la eficacia y la eficiencia en la prestación de servicios implican un alto costo en el sector salud. En cuanto a la praxis de enfermería, se consideran una herramienta importante en el momento de la planeación y realización del cuidado, sin dejar a un lado la esencia de la profesión que se centra en el individuo como ser integral biopsicosocial.

## Tendencias en enfermería

La nueva tendencia en el siglo XXI está enfocada hacia el desarrollo de competencias en enfermería basadas en la adquisición de nuevos conocimientos científicos, el desarrollo de habilidades y destrezas que faciliten al profesional adaptarse al cambio, y a dar respuesta a las necesidades

y expectativas de la población. *Competencia* se define como “la capacidad objetiva de un individuo para resolver problemas, cumplir actos definidos y circunscriptos” (22).

Gran parte de la práctica de enfermería se relaciona con los conocimientos científicos. Por su parte, el progreso de las competencias favorece el análisis clínico, la toma de decisiones, la capacidad resolutoria y las relaciones interpersonales, generando un cambio positivo en el mundo profesional (22). En consecuencia, es fundamental conocer la percepción de enfermería frente al desarrollo de competencias educativas, gestión asistencial e investigación para contribuir a la mejora de la práctica clínica (23).

En Chile, los profesionales de enfermería y estudiantes en la última etapa de formación consideran que las competencias asistencial, general, educativa y de sello son muy importantes para el desarrollo de la profesión (84%) (23). Se destaca entonces la importancia de direccionar el modelo educativo al desarrollo de un currículo basado en competencias, orientadas a la necesidad de innovar en el cuidado de enfermería.

Frente a la complejidad de la atención de enfermería, es necesario abordar al ser humano durante el proceso de salud y enfermedad, integrando las diferentes disciplinas y teniendo en cuenta que la naturaleza influye en la prestación del cuidado. La incapacidad del individuo para satisfacer sus necesidades básicas requiere de la suplencia en la realización del cuidado y las relaciones interpersonales que revalida que el ser humano funcione como un sistema abierto para mantener un intercambio continuo con su entorno (24).

La enfermería se encuentra inmersa en un mundo globalizado y su desarrollo disciplinar depende de las políticas de salud nacionales y mundiales (23). Se reconocen los avances positivos en el gremio, como la construcción de conocimiento innovador que logre un impacto social en la salud y el bienestar de los diferentes grupos culturales. El profesional de enfermería debe asumir el liderazgo en estos procesos para crear nuevos espacios de desempeño, acorde con las nuevas tecnologías.

Es importante resaltar el caso de países en vía de desarrollo como Perú, donde Cardozo y colaboradores en el año 2000 realizaron un estudio descriptivo de tipo análisis documental en busca

del conocimiento sobre la situación de salud, el proceso evolutivo de las instituciones privadas/públicas y el análisis del sistema de salud (25).

En este estudio se encontró que los diversos cambios repercuten en la calidad de vida de las personas y su entorno, lo que comporta que el profesional de enfermería sea dinámico para actuar frente a los problemas sanitarios que requieren de un modelo de cuidado específico. Por ejemplo: las enfermedades crónicas y degenerativas requieren de una mayor intervención en tiempo y recurso humano para su manejo, debido a la rápida urbanización y al desplazamiento de zonas rurales a zonas urbanas por la situación de violencia. A partir de 1990, las reformas en el sector salud en Perú propenden hacia el mejoramiento de los servicios de salud y los modelos de atención a la población más vulnerable (25).

En cuanto a la investigación en enfermería, es importante resaltar los avances logrados en Brasil a través de la *Asociación Brasileña en Enfermería* (ABEN) y las universidades. Éstas unieron esfuerzos para crear los condicionamientos necesarios para promover la investigación y su incorporación en todos los programas de formación universitaria, logrando así el lanzamiento de la investigación científica de enfermería en el país. De ese modo, se refleja la mayor producción científica en estudios de maestría (50,81%), seguidos de doctorado (49,19%), confirmando la Teoría Fundamentada en Datos (TFD) como un método posible de aplicación en ambos niveles de formación (26).

Diferentes políticas fueron desarrolladas como estrategias en la promoción y divulgación de la investigación en enfermería. Parte de ellas dieron como resultado la creación de la *Revista Brasileira de Enfermagem* (REBEN) como órgano oficial de divulgación de la Associação Brasileira de Enfermagem (27). Los congresos anuales del gremio y los seminarios de investigación han facultado socializar aspectos trascendentales de la investigación y su importancia dentro del desarrollo de la profesión, la construcción de centros de investigación, la reforma universitaria y el establecimiento de un premio a la investigación.

En países como Chile, la profesión de enfermería ha tenido un crecimiento exponencial en la producción de conocimiento científico, logrando amplias coberturas en revistas nacionales e

internacionales. Así mismo, los estudios realizados por grupos de investigación en el desarrollo del conocimiento de enfermería han permitido el abordaje de los niveles de organización del conocimiento de la profesión y sus tendencias en investigación, orientadas a la necesidad de dar un nuevo significado a la acción educativa en el cuidado de la salud (23).

El profesional de enfermería colombiano ha utilizado la investigación cualitativa como forma de producción de conocimiento, en estudios con diversas poblaciones, suscitando una contemplación compleja de la realidad y la humanización del cuidado de enfermería. Vale resaltar el efecto positivo en los programas de pregrado y posgrado en enfermería, contribuyendo al reconocimiento, a la autonomía y al fortalecimiento disciplinar (28).

En consecuencia, estas pautas entrelazan la docencia con la investigación, generando nuevas líneas y semilleros de investigación que en pro del espíritu investigativo permiten la divulgación de nuevos conocimientos o la ampliación de los ya existentes. También permiten conocer la problemática que afecta a la profesión de enfermería, los pocos recursos destinados a la investigación y los limitantes para su desarrollo. La financiación de la investigación en enfermería depende de la economía general de cada país, en algunos países es más desarrollada que en los demás, a pesar de la situación económica (17).

En Cuba, la valoración de la salud como bien económico permite el uso eficiente de los recursos y la perfección de los mecanismos de control, por lo que el enfoque costo-beneficio adquiere importancia en la toma de decisiones (29). Es relevante que el profesional de enfermería en la práctica diaria elimine los costos innecesarios en la atención y maximice los resultados del cuidado en estrecha concordancia con la calidad del servicio brindado.

En Venezuela, en las instituciones de formación prevalece el modelo biomédico. En tal sentido, se debe "fortalecer la importancia del conocimiento de la persona como un ser humano total y completo, considerando que cada persona vive el cuidado en una forma única" (30). Por lo tanto, es necesario que el proceso de formación fundamente un modelo educativo creado por y para la enfermería, el cual enfatice el desarrollo propio de la disciplina.



La construcción de un sistema integrado en salud en América Latina contribuye a la cobertura y al acceso universal a la atención médica (31). El cuidado integral y continuo, los recursos humanos suficientes y comprometidos con las políticas institucionales favorecen el cuidado de enfermería centrado en la persona, la familia y la comunidad, el mejoramiento del sistema para el desarrollo económico y el crecimiento social, disminuyendo los índices de pobreza y desigualdad (30). Por tal motivo, es necesario que el profesional de enfermería asuma el liderazgo en las diferentes áreas de la docencia, la práctica y la investigación, fortaleciendo el cuerpo de conocimientos propios de la disciplina y dándole posicionamiento a la profesión.

## Conclusiones

La enfermería pasó de ser un oficio inherente al género femenino, de proporcionar cuidados empíricos, a la construcción de las primeras teóricas en el siglo XIX con los aportes de Nightingale, fortaleciendo las bases del conocimiento con los aportes teóricos de los diferentes paradigmas. Así, llegó a convertirse en una ciencia con un cuerpo propio de conocimientos que se fortalece especialmente en los centros de formación profesional y que con la llegada de las nuevas tecnologías se ha sabido adaptar para enfrentar los retos que se le plantearon a través de su evolución.

Con la globalización y las nuevas políticas socioeconómicas, el profesional de enfermería interactúa ante los diversos cambios sociales, políticos y económicos, asumiendo un reto frente al cuidado que se les brinda a las personas y a su entorno. Así mismo, es de vital importancia velar por la calidad del cuidado, su oportunidad e integralidad.

La adopción de modelos gerenciales internacionales ha permitido que las instituciones de salud implementen procesos cuyo fin es la acreditación de los servicios de salud. Esto incrementa el nivel de calidad y competitividad en que el profesional de enfermería está directamente implicado para la prestación de un cuidado seguro.

El desarrollo académico en las facultades de enfermería representa una oportunidad en la generación de nuevos conocimientos, incentivando en el estudiante y futuro profesional la inquietud por investigar e incursionar en nuevos campos de desempeño del ejercicio profesional.

Por último, es necesario resaltar que el profesional de enfermería ha desempeñado un rol de liderazgo en las diferentes áreas, lo que ha permitido posicionar la profesión como una ciencia y disciplina con un cuerpo de conocimientos propios desarrollado a través de la evolución y adaptación a las nuevas tendencias.

## Referencias

(1) Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) [sede web en Internet]. Ginebra: CIE; 2013 [actualizado: 12 abr 2010; acceso: 27 feb 2012]. La definición de enfermería [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/about-icn/icn-definition-of-nursing/>

(2) Núñez ER. Comprensión de la enfermería desde la perspectiva histórica de Florence Nightingale. *Cienc Enferm* [revista en Internet]. 2011 [acceso: 30 jul 2015];17(1):11-18. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000100002&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000100002&lng=es)

(3) Lescaille M, Apao J, Reyes MA, Alfonso M. Eticidad del pensamiento de Florence Nightingale. *Rev Haban Cienc Méd* [revista en Internet]. 2013 [acceso: 30 jul 2015];12(4):688-696. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v12n4/rhcm21413.pdf>

(4) Castro B. Los inicios de la profesionalización de la enfermería en Colombia. *Invest Educ Enferm* [revista en Internet]. 2011 [acceso: 30 jul 2015];29(2):269-285. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072011000200012&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072011000200012&lng=en&tlng=es)

(5) Gómez-Bustamante EM. La enfermería en Colombia: una mirada desde la sociología de las profesiones. *Aquichán* [revista en Internet]. 2012 [acceso: 30 jul 2015];12(1):42-52. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972012000100005&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000100005&lng=en)

(6) Fornons D. Madeleine Leininger: claroscuro transcultural. *Index Enferm* [revista en Internet]. 2010 [acceso: 30 jul 2015];19(2-3):172-176. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000200022&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200022&lng=es)

(7) Chocarro L. La intersubjetividad y su relevancia en los cuidados de Enfermería. *Index Enferm* [revista en Internet]. 2013 [acceso: 30 jul 2015];22(4):219-221. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962013000300006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000300006&lng=es)

(8) Velandia AL. La enfermería en Colombia 1990-2010. Ejercicio profesional y situación legal. *Inv Enf* [revista en Internet]. 2011 [acceso: 30 jul 2015];13(1):65-78. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/138.pdf>

(9) Alcaraz G, Zapata M, Gómez M, Tavera E. Funciones del profesional de enfermería en salas de hospitalización de adultos: tratando de dar cuidado directo. *Invest Educ Enferm* [revista en Internet]. 2010 [acceso: 30 jul 2015];28(1):43-53. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072010000100006&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072010000100006&lng=en&tlng=es)

(10) Castillo IY, Torres N, Ahumada A, Cárdenas K, Licon S. Estrés laboral en enfermería y factores asociados. *Cartagena (Colombia). Rev Salud Uninorte* [revista en Internet]. 2014 [acceso: 31 jul 2015];30(1):34-43. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-55522014000100005](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522014000100005)

(11) Cogollo-Milanés Z, Batista E, Cantillo C, Jaramillo A, Rodelo D, Merina G. Desgaste profesional y factores asociados en personal de enfermería de servicios de urgencias de Cartagena, Colombia. *Aquichán* [revista en Internet]. 2010 [acceso: 30 jul 2015];10(1):43-51. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972010000100005](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972010000100005) &lng=en

(12) Molina G, Cáceres FM. Gestión institucional bajo la presión del mercado competitivo en el sistema de salud colombiano, 2007-2008. *Iatreia* [revista en Internet]. 2011 [acceso: 31 jul 2015];24(1):16-25. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-07932011000100002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932011000100002)

(13) Delgado AI, Basante YR, Rosero LM. Tendencias de investigación en salud. *Universidad Mariana. Hacia Promoc Salud* [revista en Internet]. 2010 [acceso: 30 jul 2015];15(2):143-156. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-75772010000200010&lng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772010000200010&lng=es)

(14) Ribeiro J, Porto AR, Thofehrn MB. Práctica Basada en Evidencias: tendencias metodológicas en la enfermería. *Evidentia* [revista en Internet]. 2012 [acceso: 30 jul 2015];9(40):15-19. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n40/ev7856.php>

(15) Vélez C, Pico ME, Ariza C, Castellanos F, Salazar AM. Tendencias y agenda de prioridades de investigación en unidades académicas de Educación Superior de Enfermería en Colombia. *Cienc Enferm* [revista en Internet]. 2014 [acceso: 31 jul 2015];20(3):11-20. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532014000300002&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000300002&lng=es)

(16) Jiménez MA. Producción investigativa en educación en enfermería en Colombia. *Invest Educ Enferm* [revista en Internet]. 2010 [acceso: 31 jul 2015];28(3):309-322. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072010000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072010000300002&lng=en&nrm=iso)

(17) Fawcett J. Tendencias de investigación en enfermería [Editorial]. *Aquichán* [revista en Internet]. 2014 [acceso: 31 jul 2015];14(3):289-293. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972014000300001&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000300001&lng=en)

(18) Muñoz L. Teorías de cuidado de la disciplina de enfermería [Editorial]. *Aquichán* [revista en Internet]. 2012 [acceso: 30 jul 2015];12(3):211-212. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972012000300001&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000300001&lng=en)

(19) González N. El factor de impacto. *Rev Colomb Psiquiatr* [revista en Internet]. 2010 [acceso: 31 jul 2015];39(1):190-202. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502010000100014&lng=es&nrm=is&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502010000100014&lng=es&nrm=is&tlng=es)

- (20) Salazar AM. Tendencias internacionales del cuidado de Enfermería. *Invest Educ Enferm* [revista en Internet]. 2011 [acceso: 23 feb 2015];29(2):294-304. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072011000200014&lng=en&nr-m=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072011000200014&lng=en&nr-m=iso)
- (21) Tomasina F. Los problemas en el mundo del trabajo y su impacto en salud. Crisis financiera actual. *Rev Salud Pública* [revista en Internet]. 2012 [acceso: 31 jul 2015];14(1):56-67. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642012000700006&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000700006&lng=en)
- (22) Hernández A, Illesca M, Cabezas M. Opinión de estudiantes de la carrera de enfermería Universidad Autónoma de Chile, Temuco, sobre las prácticas clínicas. *Cienc Enferm* [revista en Internet]. 2013 [acceso: 31 jul 2015];19(1):131-144. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532013000100012&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000100012&lng=es)
- (23) Latrach-Ammar C, Febré N, Demandes I, Araneda J, González I. Importancia de las competencias en la formación de enfermería. *Aquichán* [revista en Internet]. 2011 [acceso: 31 jul 2015];11(3):305-315. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972011000300006&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972011000300006&lng=en)
- (24) Libreros L. El proceso salud enfermedad y la transdisciplinariedad. *Rev Cub Salud Pública* [revista en Internet]. 2012 [acceso: 31 jul 2015];38(4):622-628. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662012000400013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400013&lng=es)
- (25) Cardozo RI, Rojas VC, Villa TC. Visión panorámica de la situación de salud en el Perú. *Rev Latino-Am Enfermagem* [revista en Internet]. 2000 [acceso: 22 feb 2012];8(6):7-12. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/colera/RICardozo.pdf>
- (26) Marcellino G, Baggio MA, Micheloto G, Cechinel C, Lorenzini AE, Hörner B *et al.* La Teoría Fundamentada: un estudio bibliométrico de la enfermería brasileña. *Index Enferm* [revista en Internet]. 2011 [acceso: 01 ago 2015];20(3):209-214. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962011000200015&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200015&lng=es)
- (27) Cabral IE, Garcia TR. O projeto científico da Revista Brasileira de Enfermagem-REBEn [Editorial] *Rev Bras Enferm* [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 31 jul 2015];64(1):7. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000100001&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100001&lng=en)
- (28) Duque MC, Castellanos F, Buitrago C. La investigación cualitativa en enfermería en Colombia (1990-2010). *Enferm Glob* [revista en Internet]. 2014 [acceso: 1 ago 2015];13(36):208-222. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000400011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400011&lng=es)
- (29) Gálvez AM. Economía y salud en el camino hacia la eficiencia [Editorial]. *Rev Cub Salud Pública* [revista en Internet]. 2010 [acceso: 31 jul 2015];36(1):1-2. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662010000100001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000100001&lng=es)
- (30) Rodríguez y Mejías M, Moreno M. Historia de la formación del recurso humano de enfermería en Venezuela. *Enferm Glob* [revista en Internet]. 2011 [acceso: 01 ago 2015];10(24):307-314. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412011000400023&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000400023&lng=es)
- (31) Báscolo E. Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud. *Rev Salud Pública* [revista en Internet]. 2010 [acceso: 31 jul 2015];12(Supl 1):8-27. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642010000700002&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000700002&lng=en)

# Palabras de agradecimiento al recibir el título de *Honoris Causa* en Enfermería

• María Mercedes Durán de Villalobos<sup>1</sup> •

<sup>1</sup>• Doctora en Enfermería *Honoris Causa*. Profesora Titular, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. E-mail: mmduranv@unal.edu.co

Quiero en este espacio hacer una presentación que me permita señalar el papel importante que la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia ha desempeñado durante este largo camino académico. Pensar en recibir esta distinción y no mencionar a la Facultad sería más o menos imposible, y mi opinión puede ser un tanto sesgada, pero espero poder expresar un sentimiento por muchos compartido.

Conocí la Facultad de Enfermería a finales de los años 60; era la única del país. Las demás instituciones de educación universitaria de enfermería estaban justo en proceso de reconocimiento. Fue una época de consolidación administrativa y académica, en la que las directivas supieron con total lucidez sustentar la necesidad de permanecer como una facultad independiente, hecho que ha mostrado sus bondades y que espero continúe manteniendo sus aspectos positivos. Esta determinación de la Facultad de Enfermería, respaldada por las directivas de la Universidad Nacional

de Colombia, le concedió un lugar de privilegio y reconocimiento del que ha gozado sin interrupciones y que le ha asegurado su posición como una institución líder, no sólo en Colombia, sino también en América Latina.

El crecimiento de la Facultad de Enfermería —antes llamada *Escuela Superior de Enfermeras*— a partir de entonces ha sido rápido y con resultados obvios. Los programas *Básico Profesional* y *Complementario de Licenciatura*, las especializaciones, las maestrías y el doctorado han promovido la formación en pre y posgrado a incontables enfermeras nacionales y extranjeras. Estas ex alumnas llevaron consigo las semillas plantadas en la Facultad y posteriormente se constituyeron en impulsoras del desarrollo de la enfermería en sus respectivos países, regiones y lugares de trabajo.

La Facultad ha sido el motor para el desarrollo de la profesión en el país, con lo cual el personal docente ha reconocido el esfuerzo y ha hecho presencia en escenarios gubernamentales y educativos, en asociaciones académicas, en instituciones prestadoras de servicios de salud, en donde se requiere de la opinión y del compromiso permanente. En este ambiente de motivación y progreso pasaron los primeros años de la Facultad y durante ellos tuve la oportunidad de compartir y aprender de los docentes, colegas con experiencia y prospectiva.

Con estas ideas en mente, la Facultad llegó a la década de los ochenta con una clara noción de su desarrollo futuro. Éstas se centraron en impulsar el fortalecimiento continuo y creativo del programa básico, en el surgimiento y desarrollo de los posgrados y en la expansión que se enfocó en dos aspectos: en un mayor énfasis de la presencia nacional de la Facultad y en la apertura a ámbitos internacionales. Esta labor no fue fácil, debido a que requirió de la preparación de los docentes y del avance de proyectos que garantizaran financiaciones para lograr la viabilidad inicial y así institucionalizar con posterioridad las propuestas de innovación académica.

Con estos objetivos proyectados y una perspectiva de la enfermería hacia el futuro, se presentaron propuestas a organismos externos que dieron sus frutos. Por ejemplo: la Fundación wk Kellogg fue de gran ayuda económica para el impulso de proyectos, que de acuerdo con sus metas aportaron al crecimiento de la Facultad.

La consecución de estas metas se dio gracias a que las direcciones institucionales sucesivas mantuvieron el norte que derivó en el progreso de los programas académicos. De esta manera, las propuestas de semipresencialidad de los posgrados en primera instancia y de virtualización en segunda motivaron a los docentes y a la administración a dar un giro de 180 grados para responder a los requerimientos de la extensión de los programas de especializaciones y maestría a diferentes regiones de Colombia, a Centroamérica, a El Caribe y a La Patagonia. Estos programas crecieron paralelos al de los grupos de investigación y académicos, estamentos que en su momento se conformaron como un apoyo considerable para el Programa de Doctorado en Enfermería, el cual se creó en el año 2002 e inició formalmente en agosto del 2004.

A su vez, el Programa Básico evolucionó y sirvió de inspiración a muchos otros programas universitarios. Esta influencia persiste aún en la actualidad, por lo que la Facultad es un referente para la innovación y el compromiso, tanto en instituciones de servicio como académicas.

La Facultad comprendió desde sus inicios que las metas y expectativas de progreso no se lograrían individualmente. Por el contrario, se requería de un compromiso grupal para crear lo que los administradores denominan *espíritu de cuerpo* y, agregado a este valor indispensable, la planeación de los relevos generacionales que se encargarían de continuar con el legado. El fruto de esta filosofía se ha visto reflejado en las múltiples asesorías que los docentes brindan en calidad de expertos a otras universidades del país y del extranjero, así como en la participación en foros, congresos y otros escenarios de disertación.

El trabajo académico de tantos años que me ha llevado a ser propuesta para la distinción de Doctora *Honoris Causa* no es un logro individual exclusivo: es necesario saber apreciar las cualidades institucionales que permiten a un docente llegar a ser un académico universitario, pues tanto la Universidad como la Facultad han sido gestores complementarios para mi desarrollo profesional y personal. Sin duda, compartir con los colegas ha sido muy enriquecedor, pero tal vez una de las tareas más gratificantes ha sido poder compartir y contradecir ideas para llegar a acuerdos con la comunidad académica de enfermería, especialmente en seminarios durante los últimos años de docencia, como los de epistemología de enfermería e investigación.

Espero haber expresado mi agradecimiento de manera precisa a los estamentos de la Facultad que en el momento desempañaron un papel importante en mi nominación. Por lo tanto, mi gratitud va dirigida al Comité Asesor de los Programas de Posgrado de Enfermería, al Comité de Área Curricular, al Consejo Directivo de la Facultad en cabeza de la Doctora Renata Virginia González Consuegra y a las instancias académicas de la Universidad hasta culminar en mi nominación realizada por el Consejo Superior Universitario.

Para finalizar, quiero reconocer a dos enfermeras que me han apoyado, guiado, escuchado y argumentado de manera desinteresada y motivante tanto en el ámbito intelectual como en el ámbito de la amistad: a la Doctora Nelly Garzón Alarcón, quien ha sido constante motivo de emulación desde mis años de estudiante en la Facultad, persona con una visión de futuro inigualable, reconocida internacionalmente como ninguna otra enfermera colombiana, pero sobretodo un ser humano cuidador, ético e inspirador; y a la Profesora Edilma Gutiérrez de Reales, filósofa por excelencia, compañera, par incondicional y maestra para todos nosotros: no tengo cómo agradecer su amistad y su apoyo como colega.

Espero que la inspiración de estas dos maestras nos permita impulsar la enfermería como lo sugiere la filósofa de enfermería Pamela Reed: "por las rutas limítrofes del conocimiento y la ciencia de enfermería, sin perder su centro o núcleo fundamental, que es el cuidado de los seres humanos, de forma tal que seamos capaces de mirar hacia la gran variedad de posibilidades innovadoras". Entonces, el propósito será crear un futuro mejor con la ayuda de los líderes de enfermería y administradores, quienes cuentan con un conocimiento profundo de nuestra práctica, y así seremos capaces de reconocer los requerimientos de innovación y de comprender la dirección para el crecimiento del conocimiento.

# Política editorial

## Ética en la publicación científica

La revista *Avances en Enfermería* define los siguientes criterios y recomendaciones relacionados con la ética en la publicación de artículos científicos:

### 1. Criterios generales

- 1.1. Los manuscritos deben contener suficiente detalle y referencias que permitan replicar o rebatir el estudio.
- 1.2. Las declaraciones fraudulentas o deliberadamente inexactas constituyen un comportamiento anti-ético.
- 1.3. Si el estudio incluye productos químicos, procedimientos o equipos que tienen cualquier riesgo inusual inherente a su uso, el autor debe identificarlos claramente al interior del artículo.
- 1.4. Si el estudio implica el uso de animales o de seres humanos, el autor debe asegurarse de que el artículo contenga una declaración que haga explícito que se realizaron todos los procedimientos de conformidad con los lineamientos y con la normativa ética.
- 1.5. Se deben respetar los derechos de privacidad de los seres humanos.

### 2. Autoría

#### Criterios:

- 2.1. Un *autor* es la persona que ha hecho una contribución intelectual significativa al estudio. Así, todas las personas nombradas como *autores* deben reunir los requisitos de autoría y todos aquellos que los reúnan deben ser mencionados de forma explícita.

- 2.2. Se deben cumplir colectivamente tres criterios básicos para ser reconocido como autor:
  - a) Contribución sustancial a la concepción y al diseño, adquisición de datos, análisis e interpretación del estudio.
  - b) Redacción o revisión del contenido intelectual.
  - c) Aprobación de la versión final.
- 2.3. El orden de la autoría debe ser una decisión conjunta de los coautores.
- 2.4. Las personas que participen en un estudio pero que no se ajusten a los criterios de autoría deben aparecer como *colaboradores* o *personas reconocidas*.
- 2.5. Hay tres tipos de autorías que se consideran inaceptables: autores *fantasma*, que contribuyen sustancialmente pero no son reconocidos —son a menudo pagados por promotores comerciales—; autores *invitados*, que no hacen ninguna contribución discernible pero se nombran para aumentar las posibilidades de publicación; y autorías *honorarias*, que se basan únicamente en una afiliación tenue con un estudio.

#### Recomendaciones:

- 2.6. Antes de iniciar la investigación, se recomienda documentar la función y la manera como se reconocerá la autoría de cada investigador.
- 2.7. No se debe mentir sobre la participación de una persona en la investigación o en la publicación. Si su contribución se considera *sustancial*, se justifica la autoría, bien sea como *autor* o como *colaborador*.
- 2.8. No se debe asignar una autoría sin contar con el consentimiento de la persona.

- 2.9. Todas las personas nombradas como autores deben reunir los requisitos de autoría y todos aquellos que reúnan los requisitos deben aparecer como *autores* o *colaboradores*.
- 2.10. Algunos grupos colocan los autores por orden alfabético, a veces con una nota para explicar que todos los autores hicieron contribuciones iguales al estudio y la publicación.
- 4.3. Los conflictos también pueden existir como resultado de relaciones personales, la competencia académica y la pasión intelectual. Por ejemplo: un investigador que tenga
- algún tipo de interés personal en los resultados de la investigación.
  - opiniones personales que están en conflicto directo con el tema que se esté investigando.

### 3. Cambios en la autoría

#### Criterios:

- Hace referencia a la adición, supresión o reorganización de los nombres de autor en la autoría de un artículo aceptado.
- Las peticiones de añadir o eliminar un autor, o para reorganizar los nombres de los autores deben ser enviados por el autor correspondiente del artículo aceptado y deben incluir
  - la razón por la cual debe ser añadido o eliminado, o los nombres de los autores reorganizados.
  - la confirmación por escrito (por *e-mail*) de todos los autores que están de acuerdo con la adición, supresión o reorganización. En el caso de adición o eliminación de los autores, se debe incluir la confirmación de que el autor sea añadido o eliminado.

### 4. Conflicto de intereses

#### Criterios:

- Cuando un investigador o autor tenga alguna opinión o interés financiero/personal que pueda afectar su objetividad o influir de manera inapropiada en sus actos, existe un posible *conflicto de intereses*. Este tipo de conflictos pueden ser reales o potenciales.
- Los conflictos de intereses más evidentes se asocian a las relaciones financieras, que pueden ser
  - directas*: empleo, propiedad de acciones, becas, patentes.
  - indirectas*: honorarios, asesorías a organizaciones promotoras, propiedad de fondos de inversión, testimonio experto pagado.

#### Recomendaciones:

- Revelar si se está en algún conflicto real o potencial de intereses que influya de forma inapropiada en los hallazgos o resultados del trabajo presentado, dentro de los tres (3) años de haber empezado el trabajo presentado, que podría influir indebidamente —sesgar— el trabajo.
- Revelar el papel de uno o varios promotores del estudio —si los hubiere—, en el diseño del estudio, en la recopilación, análisis e interpretación de los datos, en la redacción del informe y en la decisión de presentar el documento para su publicación.
- Los investigadores no deben entrar en acuerdos que interfieran con su acceso a todos los datos y su capacidad de analizarlos de forma independiente; así como tampoco de preparar y publicar los manuscritos.
- Al presentar un documento, se debe hacer una declaración —con el encabezamiento “Papel que ha tenido la fuente de financiación”— en una sección separada del texto y colocarse antes de la sección *Referencias*.
- Algunos ejemplos de posibles conflictos de intereses que deben ser revelados incluyen empleo, consultoría, propiedad de acciones, honorarios, testimonio experto remunerado, solicitudes de patentes/registros y subvenciones u otras financiaciones.
- Todas las fuentes de apoyo financiero para el proyecto deben ser revelados.
- Se debe describir el papel del patrocinador del estudio.

## 5. Publicación duplicada

### Criterios:

- 5.1. Los autores tienen el compromiso de comprobar que su artículo sea basado en una investigación original, es decir: nunca publicada anteriormente. El envío o reenvío intencional de su trabajo a otra publicación, generando una duplicación, se considera un incumplimiento de la ética editorial.
- 5.2. Se produce una publicación duplicada o múltiple cuando dos o más artículos, sin hacerse referencias entre sí, comparten esencialmente las mismas hipótesis, datos, puntos de discusión o conclusiones. Esto puede ocurrir en diferentes grados: duplicación literal, duplicación parcial pero sustancial o incluso duplicación mediante parafraseo.
- 5.3. Uno de los principales motivos por los que la publicación duplicada de investigaciones originales se considera no ético es porque puede dar lugar a una *ponderación inadecuada o a un doble recuento involuntario* de los resultados de un estudio único, lo que distorsiona las pruebas disponibles.

### Recomendaciones:

- 5.4. Los artículos enviados para su publicación deberán ser originales y no deberán enviarse a otra revista. En el momento del envío, los autores deberán revelar los detalles de los artículos relacionados —también cuando estén en otro idioma—, artículos similares en prensa y traducciones.
- 5.5. Aunque un artículo enviado esté siendo revisado, es necesario indagar por su estado, tomar la decisión de continuar o no en el proceso y en caso de retirarlo, ponerse en contacto con otra revista sólo si la primer editorial no publicará el artículo.
- 5.6. Evite enviar un artículo previamente publicado a otra revista.
- 5.7. Evite enviar artículos que describan esencialmente la misma investigación a más de una revista.
- 5.8. Indique siempre los envíos anteriores —incluidas las presentaciones de reuniones y la inclusión de resultados en registros— que pudieran considerarse una publicación duplicada.
- 5.9. Evite escribir sobre su propia investigación en dos o más artículos desde diferentes ángulos o sobre diferentes aspectos de la investigación sin mencionar el artículo original.

5.10. Se considera una conducta no recomendable crear varias publicaciones a partir de investigaciones no multicéntricas.

5.11. Si desea enviar su artículo a una revista que se publica en un país diferente o en un idioma diferente, solicite información a la editorial y los lineamientos al respecto.

5.12. En el momento del envío, indique todos los detalles de artículos relacionados en un idioma diferente y las traducciones existentes.

## 6. Reconocimiento de las fuentes

### Criterios:

- 6.1. Los autores deben citar las publicaciones que han sido influyentes en la determinación de la naturaleza del trabajo presentado.
- 6.2. La información obtenida de forma privada no debe ser usada sin explícito permiso escrito de la fuente.
- 6.3. La reutilización de las tablas o figuras requiere del permiso del autor y de la editorial, lo cual debe mencionarse de manera adecuada en la leyenda de la tabla o de la figura.
- 6.4. La información obtenida en el transcurso de servicios confidenciales, como manuscritos arbitrados o solicitudes de subvención, no debe ser utilizada sin el permiso explícito y por escrito del autor de la obra involucrada en estos servicios.

## 7. Fraude científico

### Criterios:

- 7.1. El fraude en la publicación científica hace referencia a la presentación de datos o conclusiones falsos o bien que no fueron generados a través de un proceso riguroso de investigación.
- 7.2. Existen los siguientes tipos de fraude en la publicación de resultados de investigación:
  - a) Fabricación de datos: invención de datos y resultados de investigación para después comunicarlos.
  - b) Falsificación de datos: la manipulación de materiales de investigación, imágenes, datos, equipo o procesos. La falsificación incluye la modificación



u omisión de datos o resultados de tal forma que la investigación no se representa de manera precisa. Una persona podría falsificar datos para adecuarla al resultado final deseado de un estudio.

#### Recomendaciones:

- 7.3. Antes de realizar el primer envío de un artículo, lea cuidadosamente las políticas editoriales y de datos de la revista.
- 7.4. Nunca modifique u omita datos de forma intencional. Esto incluye materiales de investigación, métodos de análisis, procesos, equipos, tablas, citas y referencias bibliográficas.
- 7.5. Tanto la fabricación como la falsificación de datos son formas de conducta incorrecta graves, porque ambas resultan en publicaciones científicas que no reflejan con precisión la verdad observada.
- 7.6. El autor debe hacer una gestión adecuada de los datos que soportan la investigación, teniendo especial cuidado en la recopilación, producción, conservación, análisis y comunicación de los datos.
- 7.7. Mantenga registros minuciosos de los datos en bruto, los cuales deberán ser accesibles en caso de que un editor los solicite incluso después de publicado el artículo.

## 8. Plagio

#### Criterios:

- 8.1. El plagio es una de las formas más comunes de conducta incorrecta en las publicaciones. Sucede cuando uno de los autores hace pasar como propio el trabajo de otros sin permiso, mención o reconocimiento. El plagio se presenta bajo formas diferentes, desde la copia literal hasta el parafraseado del trabajo de otra persona, incluyendo datos, ideas, conceptos, palabras y frases.
- 8.2. El plagio tiene diferentes niveles de gravedad, como por ejemplo:
  - a) Qué cantidad del trabajo de otra persona se tomó —varias líneas, párrafos, páginas, todo el artículo.
  - b) Qué es lo que se copió —resultados, métodos o sección de introducción.

8.3. El plagio en todas sus formas constituye una conducta no ética en el ámbito editorial y académico, lo cual es inaceptable.

8.4. La copia literal sólo es aceptable si se indica la fuente e incluye el texto copiado con los signos de citación adecuados.

#### Recomendaciones:

- 8.5. Recuerde siempre que es esencial reconocer el trabajo de otros —incluido el trabajo de su asesor o su trabajo previo— como parte del proceso.
- 8.6. No reproduzca un trabajo palabra por palabra, en su totalidad o en parte, sin permiso y mención de la fuente original.
- 8.7. Mantenga un registro de las fuentes utilizadas al investigar y dónde las utilizó en su artículo.
- 8.8. Asegúrese de reconocer completamente y citar de forma adecuada la fuente original en su artículo.
- 8.9. Cuando haga referencia a la fuente, evite utilizar el trabajo de otras personas palabra por palabra salvo que lo haga entre comillas y sólo si es estrictamente necesario.
- 8.10. El parafraseado sólo es aceptable si se indica correctamente la fuente y se asegura de no cambiar el significado de la intención de la fuente.
- 8.11. Incluya entre comillas y cite todo el contenido que haya tomado de una fuente publicada anteriormente, incluso si lo está diciendo con sus propias palabras.

## 9. Fragmentación

#### Criterios:

La *fragmentación* consiste en dividir o segmentar un estudio grande en dos o más publicaciones.

- 9.1. Se considera una práctica inaceptable que los *fragmentos* de un estudio dividido compartan las mismas hipótesis, muestra y métodos.
- 9.2. El mismo *fragmento* no se debe publicar más de una vez. El motivo es que la fragmentación puede dar lugar a una distorsión de la literatura, haciendo creer equivocadamente a los lectores que los datos presentados en cada *fragmento* —es decir, *cada artículo*— se derivan de una muestra de sujetos diferente. Esto no solamente sesga la *base de datos científica*, sino que

también crea una repetición ambigua a los editores y revisores, que deben ocuparse de cada trabajo por separado. Además, permite que se infle el número de referencias donde aparece citado el autor.

**Recomendaciones:**

- 9.3. Evite fraccionar inapropiadamente los datos de un solo estudio en dos o más trabajos.
- 9.4. Cuando presente un trabajo, sea transparente en el proceso. Envíe copias de los manuscritos estrechamente relacionados al manuscrito en cuestión. Esto incluye manuscritos publicados, enviados recientemente o ya aceptados.

**10. Consentimiento informado**

**Criterios:**

- 10.1. Los estudios sobre pacientes o voluntarios requieren la aprobación de un comité de ética.
- 10.2. El consentimiento informado debe estar debidamente documentado.
- 10.3. Los permisos y las liberaciones deben ser obtenidos cuando un autor desea incluir detalles de caso u otra información personal o imágenes de los pacientes y cualquier otra persona.
- 10.4. Debe tenerse cuidado con la obtención del consentimiento respecto a los participantes, en particular con la población vulnerable; por ejemplo: cuando un niño tiene necesidades especiales o problemas de aprendizaje. Debe recordarse que el uso de fotografías de los participantes o declaraciones explícitas —partes de entrevista— deben contar con la autorización por escrito de los implicados o responsables legales.

**11. Corrección de artículos publicados**

**Criterio:**

- 11.1. Cuando un autor descubre un error o una inexactitud significativa en el trabajo publicado, es obligación del autor notificar de inmediato a la revista y cooperar en el proceso de corrección.

**Bibliografía**

Black, William, Rodolfo Russo y David Turton. "The supergravity fields for a D-Brane with a travelling wave from string amplitudes". *Physics Letters B* 694, n.o 3 (noviembre de 2010):246-51.

Elsevier. "Autoría. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/183394/ETHICS\\_ES\\_AUTH01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0010/183394/ETHICS_ES_AUTH01a_updatedURL.pdf).

———. "Conflicto de intereses. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/183399/ETHICS\\_ES\\_coi01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0006/183399/ETHICS_ES_coi01a_updatedURL.pdf).

———. "Envío simultáneo/múltiple, publicación duplicada. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/183403/ETHICS\\_ES\\_ssu-b01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0019/183403/ETHICS_ES_ssu-b01a_updatedURL.pdf).

———. "Ethics. Conducting research". Accedido 8 de agosto de 2014. <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#conducting-research>.

———. "Ethics. Writing an article". Accedido 8 de agosto de 2014. <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#writing-an-article>.

———. "Fragmentación. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/183402/ETHICS\\_ES\\_ss01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0018/183402/ETHICS_ES_ss01a_updatedURL.pdf).

———. "Fraude en investigación. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/183401/ETHICS\\_ES\\_rf01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0017/183401/ETHICS_ES_rf01a_updatedURL.pdf).

———. "Plagio. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0016/183400/ETHICS\\_ES\\_PLA01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0016/183400/ETHICS_ES_PLA01a_updatedURL.pdf).

## Instrucciones para los autores

La revista *Avances en Enfermería* de la Universidad Nacional de Colombia se publica cuatrimestralmente 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 publicación 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 Journal 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:

- **Certificados de Cesión de Derechos y Originalidad:** Los artículos deberán ser remitidos con una hoja de vida de los autores y una carta manifestando que los materiales para publicación son inéditos, es decir, originales, y que ceden todos los derechos patrimoniales del artículo a la Universidad Nacional de Colombia. Para esto, deben diligenciar los formatos haciendo click en los siguientes enlaces:

Formato 1:

[http://www.enfermeria.unal.edu.co/docs/journal\\_nursing/Certificado%20de%20originalidad\\_1.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/docs/journal_nursing/Certificado%20de%20originalidad_1.pdf)

Formato 2:

[http://www.enfermeria.unal.edu.co/docs/journal\\_nursing/Certificado%20de%20originalidad\\_2.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/docs/journal_nursing/Certificado%20de%20originalidad_2.pdf)

- El documento no debe excederse de las 5 000 palabras ni de 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, Metodología, Resultados y Conclusiones. Para artículos de revisión, de reflexión y traducciones, el resumen debe incluir objetivo, síntesis del contenido y 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.

## 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](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

De acuerdo a los requerimientos de indexación en cuanto a la vigencia y calidad de la bibliografía, en la lista de referencias sólo se aceptará un 20% de la denominada "Literatura Gris" (libros, capítulos de libros, tesis, disertaciones, memorias, guías, informes, reportes, manuales, datos estadísticos, leyes, auto-citas, citas de otras citas, etc.), es decir: todas aquellas referencias que no provengan de artículos de investigación publicados en revistas indexadas. Así mismo, es necesario que las referencias de revistas indexadas procedan de artículos de no más de 5 años de publicación. El manuscrito enviado deberá tener el número mínimo de referencias exigido por la revista, conforme la sección (tipo de artículo) en la que se haya incluido. El Equipo de Redacción hará un exhaustivo seguimiento de estos requerimientos, resultado que determinará si el manuscrito continúa el proceso, si es necesario realizar ajustes de referencias o incluso si debe ser rechazado.

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 de éstos la abreviatura *et al.*
- *Libros y monografías*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título. Edición. Lugar de publicación (ciudad): 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 (ciudad) : 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: (ciudad) 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 [revista en Internet]. Año [día mes (abreviado) año de consulta];volumen(número):página inicial-final. "Disponible en: (URL o DOI)"
- *Libro o monografía en Internet*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título [documento en Internet]. Volumen. Edición. (excepto la primera) Lugar de publicación (ciudad): Editorial; fecha de publicación [día mes (abreviado) año de última actualización; día mes (abreviado) año de consulta]. "Disponible en: (URL o DOI)"
- *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: (ciudad) 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 (ciudad): editorial (institución); año.
- *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.

# Política editorial

## Ética na publicação científica

A revista *Avanços em Enfermagem* define os seguintes critérios e recomendações relacionadas com a ética na publicação de artigos científicos:

### 1. Critérios gerais

- 1.1. Os manuscritos devem conter suficiente detalhe e referências que permitam replicar ou rebater o estudo.
- 1.2. As declarações fraudulentas ou deliberadamente inexatas constituem um comportamento antiético.
- 1.3. Se o estudo incluir produtos químicos, procedimentos ou aparelhos que apresentam qualquer risco inusual inerente a seu uso, o autor deve identificá-los claramente no interior do artigo.
- 1.4. Se o estudo implicar o uso de animais ou de seres humanos, o autor deve garantir que o artigo contenha uma declaração que explicita que se realizaram todos os procedimentos de conformidade com as diretrizes e com a normativa ética.
- 1.5. Devem respeitar-se os direitos de privacidade dos seres humanos.

### 2. Autoria

#### Critérios:

- 2.1. Um *autor* é a pessoa que fez uma contribuição intelectual significativa ao estudo. Desta maneira, todas as pessoas nomeadas como *autores* devem reunir os requisitos de autoria e todos aqueles que os reúnem devem ser mencionados de forma explícita.
- 2.2. Devem se cumprir coletivamente três critérios básicos para ser reconhecido como autor:

- a) Contribuição substancial à conceição e ao desenho, aquisição de dados, análises e interpretação do estudo.
  - b) Redação ou revisão do conteúdo intelectual.
  - c) Aprovação da versão final.
- 2.3. A ordem da autoria deve ser uma decisão conjunta dos coautores.
  - 2.4. As pessoas que participem em um estudo, mas que não se ajustem aos critérios de autoria, devem aparecer como *colaboradores* ou *pessoas reconhecidas*.
  - 2.5. Há três tipos de autorias que se consideram inaceitáveis: autores *fantasma*, que contribuem substancialmente, mas não são reconhecidos —são frequentemente pagos por promotores comerciais— ; autores *convidados*, que não fazem nenhuma contribuição discernível, mas que são nomeados para aumentar as possibilidades de publicação; e autorias *honorárias*, que se baseiam unicamente em uma afiliação tênue com um estudo.

#### Recomendações:

- 2.6. Antes de começar a pesquisa, recomenda-se documentar a função e a maneira como se reconhecerá a autoria de cada pesquisador.
- 2.7. Não se deve mentir acerca da participação de uma pessoa na pesquisa ou publicação. Se sua contribuição for considerada *substancial*, justifica-se a autoria, bem seja como *autor* ou como *colaborador*.
- 2.8. Não se deve atribuir uma autoria sem contar com o consentimento da pessoa.
- 2.9. Todas as pessoas nomeadas como autores devem reunir os requisitos de autoria e todos aqueles que reúnem os requisitos devem aparecer como autores ou colaboradores.
- 2.10. Alguns grupos colocam os autores por ordem alfabética, às vezes com uma nota para explicar que todos os autores fizeram contribuições iguais ao estudo e a publicação.

### 3. Mudanças na autoria

#### Critérios:

- 3.1. Faz referência à adição, supressão ou reorganização dos nomes de autor na autoria de um artigo aceito.

- 3.2. As petições de acrescentar ou eliminar um autor, ou para reorganizar os nomes dos autores, devem ser enviados pelo autor correspondente do artigo aceito e devem incluir:
- A razão pela qual deve ser adicionado ou eliminado, ou os nomes dos autores reorganizados.
  - A confirmação por escrito (via *e-mail*) de todos os autores que concordam com a adição, supressão ou reorganização. No caso de adição ou eliminação dos autores, deve se incluir a confirmação de que o autor seja adicionado ou eliminado.

#### 4. Conflito de interesses

##### Critérios:

- Quando um pesquisador ou autor tiver alguma opinião, interesse financeiro/pessoal que puder afetar sua objetividade ou influir de maneira inapropriada em seus atos existe um possível *conflito de interesses*. Este tipo de conflitos podem ser reais ou potenciais.
- Os conflitos de interesses mais evidentes se associam às relações financeiras, que podem ser
  - diretas*: emprego, propriedade de ações, bolsas, patentes.
  - indiretas*: honorários, assessorias a organizações promotoras, propriedade de fundos de investimento, testemunho como especialista pago.
- Os conflitos também podem existir como resultado de relações pessoais, a competência acadêmica e a paixão intelectual. Por exemplo, um pesquisador que tenha
  - algum tipo de interesse pessoal nos resultados da pesquisa.
  - opiniões pessoais eu estão em conflito direto com o tema que se estiver pesquisando.

##### Recomendações:

- Revelar caso estiver em algum conflito real ou potencial de interesses que influa de forma inapropriada nos achados ou resultados do trabalho apresentado, dentro dos três anos de ter começado o trabalho apresentado, que poderiam influir indevidamente —enviesar— o trabalho.

- Revelar o papel de um ou vários promotores do estudo —caso houverem—, no desenho de estudo, na recopilação, análise e interpretação dos dados, na redação do informe e na decisão de apresentar o documento para sua publicação.
- Os pesquisadores não devem chegar a acordos que interfiram com seu acesso a todos os dados e sua capacidade de analisá-los de forma independente; também não de preparar e publicar os manuscritos.
- Ao apresentar um documento, deve-se fazer uma declaração —com o cabeçalho “Papel que teve a fonte de financiamento” — em uma seção separada do texto e colocar-se antes da seção *Referências*.
- Alguns dos exemplos de possíveis conflitos de interesses que devem ser revelados incluem empregos, consultoria, propriedade de ações, honorários, testemunho de perito remunerado, solicitações de patentes/registros e subvenções ou outros financiamentos.
- Todas as fontes de apoio financeiro para o projeto devem ser reveladas.
- Deve-se descrever o papel do patrocinador do estudo.

#### 5. Publicação duplicada

##### Critérios:

- Os autores têm o compromisso de comprovar que seu artigo seja baseado em uma pesquisa original, ou seja: nunca publicada com anterioridade. O envio ou reenvio internacional de seu trabalho a outra publicação, gerando uma duplicação, é considerada um incumprimento da ética editorial.
- Produz-se uma publicação duplicada ou múltipla quando dois ou mais artigos, sem se fazer referências entre si, compartilham essencialmente as mesmas hipóteses, dados, pontos de discussão ou conclusões. Isto pode ocorrer em diferentes graus: duplicação literal, duplicação parcial, mas substancial ou inclusive duplicação mediante parafraseio.
- Um dos principais motivos pelos quais a publicação duplicada de pesquisas originais considera-se não ético é porque pode gerar uma *ponderação inadequada* ou uma *dupla recontagem involuntária* dos resultados de um estudo único, o que distorce as provas disponíveis.



### Recomendações:

- 5.4. Os artigos enviados para sua publicação deverão ser originais e não deverão enviar-se a outra revista. No momento do envio, os autores deverão revelar os detalhes dos artigos relacionados —também quando estiverem em outro idioma—, artigos similares na imprensa e traduções.
- 5.5. Ainda que um artigo enviado esteja sendo revisado, é preciso indagar por seu estado, tomar a decisão de continuar ou não com o processo e caso decidirem retirá-lo, entrar em contato com outra revista só caso a primeira editorial não publicar o artigo.
- 5.6. Evite enviar um artigo previamente publicado em outra revista.
- 5.7. Evite enviar artigos que descrevam, essencialmente, a mesma pesquisa a mais de uma revista.
- 5.8. Indique sempre os envios anteriores —incluídas as apresentações de reuniões e a inclusão de resultados em registros— que pudessem considerar-se uma publicação duplicada.
- 5.9. Evite escrever sobre sua própria pesquisa em dois ou mais artigos, desde diferentes ângulos ou sobre diferentes aspectos da pesquisa, sem mencionar o artigo original.
- 5.10. Considera-se uma conduta não recomendável criar várias publicações a partir de pesquisas não multicêntricas.
- 5.11. Deseja-se enviar seu artigo a uma revista que se publique em um país diferente ou em um idioma diferente, solicite informação à editorial e as diretrizes que ao respeito possam existir.
- 5.12. No momento do envio, indique todos os detalhes de artigos relacionados em um idioma diferente e as traduções existentes.

## 6. Reconhecimento das fontes

### Critérios:

- 6.1. Os autores devem citar as publicações que sejam influentes na determinação da natureza do trabalho apresentado.
- 6.2. A informação obtida de forma privada não deve ser usada sem permissão explícita da fonte.

- 6.3. A reutilização das tabelas e figuras requer da permissão do autor e da editorial, o que deve mencionar-se adequadamente na legenda da tabela ou da figura.
- 6.4. A informação obtida no transcurso de serviços confidenciais, como manuscritos para arbitragem ou solicitações de subvenção, não deve ser utilizada sem a permissão explícita e por escrito do autor da obra involucrada nestes serviços.

## 7. Fraude científica

### Critérios:

- 7.1. A fraude na publicação científica refere-se à apresentação de dados ou conclusões falsos ou que não foram gerados através de um processo rigoroso de pesquisa.
- 7.2. Existem os seguintes tipos de fraude na publicação de resultados de pesquisa:
  - a) Fabricação de dados: invenção de dados e resultados de pesquisa para depois comunicá-los.
  - b) Falsificação de dados: a manipulação de materiais de pesquisa, imagens, dados, equipe e processos. A falsificação inclui a modificação ou omissão de dados ou resultados de tal forma que a pesquisa não se representa de uma forma precisa. Uma pessoa poderia falsificar dados para adequá-la ao resultado final desejado de um estudo.

### Recomendações:

- 7.3. Antes de realizar o primeiro envio de um artigo, leia cuidadosamente as políticas editoriais e de dados da revista.
- 7.4. Nunca modifique ou omita dados de forma intencional. Isto inclui materiais de pesquisa, métodos de análises, processos, aparelhos, tabelas, citações e referências bibliográficas.
- 7.5. Tanto a fabricação como a falsificação de dados são formas de conduta incorreta e grave, porque as duas resultam em publicações científicas que não refletem com precisão a verdade observada.
- 7.6. O autor deve fazer uma gestão adequada dos dados que suportam a pesquisa, levando especial cuidado na recopilação, produção, conservação, análises e comunicação dos dados.

7.7 Mantenha registros minuciosos dos dados em bruto ou não tratados, os que deverão ser acessíveis, caso um editor os solicitar, inclusive depois de publicado o artigo.

## 8. Plágio

### Critérios:

- 8.1. O plágio é uma das maneiras mais comuns de conduta incorreta nas publicações. Acontece quando um dos autores faz passar como próprio o trabalho de outros sem a permissão, menção ou reconhecimento. O plágio se apresenta sob formas diferentes, desde a cópia literal até o parafraseado do trabalho de outra pessoa, incluindo dados, ideais, conceitos, palavras e frases.
- 8.2. O plágio tem diferentes graus de gravidade, por exemplo:
  - a) Que quantidade do trabalho de outra pessoa se tomou —várias linhas, parágrafos, páginas, o artigo inteiro.
  - b) Que é o que foi copiado —resultados, métodos ou seção de introdução.
- 8.3. O plágio em todas suas formas constitui uma conduta não ética no âmbito editorial e acadêmico, o que é inaceitável.
- 8.4. A cópia literal só é aceitável se indica-se a fonte e inclui o texto copiado com os signos de citação adequados.

### Recomendações:

- 8.5. Lembre-se sempre que é essencial reconhecer o trabalho de outros —incluindo o trabalho de seu assessor ou seu trabalho prévio— como parte do processo.
- 8.6. Não reproduza um trabalho palavra por palavra, em sua totalidade ou em parte, sem autorização e menção da fonte original.
- 8.7. Mantenha um registro das fontes utilizadas ao pesquisar e onde foram usadas em seu artigo.
- 8.8. Certifique-se de reconhecer completamente e citar de forma adequada a fonte original em seu artigo.

8.9 Quando faça referência à fonte, evite utilizar o trabalho de outras pessoas palavra por palavra, exceto que o faça entre aspas e só se é estritamente necessário.

8.10. O parafraseado só se aceita se indicar-se corretamente a fonte e se garante de não mudar o significado da intenção da fonte.

8.11. Inclua entre aspas e cite todo o conteúdo que tenha tomado de uma fonte publicada anteriormente, inclusive se o estiver dizendo com suas próprias palavras.

## 9. Fragmentação

### Critérios:

A *fragmentação* consiste em dividir ou segmentar um estudo grande em duas ou mais publicações.

- 9.1. Considera-se uma prática inaceitável que os *fragmentos* de um estudo dividido compartilhem as mesmas hipóteses, amostra e métodos.
- 9.2. O mesmo *fragmento* não se deve publicar mais de uma vez. O motivo é que a fragmentação pode dar lugar a uma distorção da literatura, fazendo crer, equivocadamente aos leitores que os dados apresentados em cada *fragmento* —ou seja: *cada artigo*— derivam-se de uma amostra de sujeitos diferentes. Isto não somente envia a *base de dados científica*, senão que também cria uma repetição ambígua aos editores e revisores, que devem ocupar-se de cada trabalho por separado. Além disso, permite que se infle o número de referências onde aparece citado o autor.

### Recomendações

- 9.3. Evite fracionar inapropriadamente os dados de um só estudo em dois ou mais trabalhos.
- 9.4. Quando apresentar um trabalho, seja transparente no processo. Isto inclui manuscritos publicados, enviados recentemente ou já aceitados.

## 10. Consentimento informado

- 10.1. Os estudos sobre pacientes ou voluntários requerem a aprovação de um comitê de ética.
- 10.2. O consentimento informado deve estar devidamente documentado.

- 10.3. As permissões e as liberações devem ser obtidas quando um autor deseje incluir detalhes de caso ou outra informação pessoal, ou imagens dos pacientes e qualquer outra pessoa.
- 10.4. Deve se levar cuidado com a obtenção do consentimento respeito aos participantes, em particular com a população vulnerável. Por exemplo: quando uma criança tem necessidades especiais ou problemas de aprendizagem. Deve lembrar-se que o uso de fotografias dos participantes ou declarações explícitas —partes de entrevistas— devem contar com a autorização por escrito dos envolvidos ou seus responsáveis legais.
- . “Fragmentación. Ethics in research & publication”. Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/183402/ETHICS\\_ES\\_SS01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0018/183402/ETHICS_ES_SS01a_updatedURL.pdf).
- . “Fraude en investigación. Ethics in research & publication”. Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/183401/ETHICS\\_ES\\_RF01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0017/183401/ETHICS_ES_RF01a_updatedURL.pdf).
- . “Plagio. Ethics in research & publication”. Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0016/183400/ETHICS\\_ES\\_PLA01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0016/183400/ETHICS_ES_PLA01a_updatedURL.pdf).

## 11. Correção de artigos publicados

### Critério:

- 11.1. Quando um autor descobre um erro ou uma inexactidão significativa no trabalho publicado, é obrigação do autor notificar imediatamente à revista e cooperar no processo de correção.

## Bibliografia

- Black, William, Rodolfo Russo y David Turton. “The supergravity fields for a D-Brane with a travelling wave from string amplitudes”. *Physics Letters B* 694, n.o 3 (noviembre de 2010):246-51.
- Elsevier. “Autoría. Ethics in research & publication”. Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/183394/ETHICS\\_ES\\_AUTH01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0010/183394/ETHICS_ES_AUTH01a_updatedURL.pdf).
- . “Conflicto de intereses. Ethics in research & publication”. Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/183399/ETHICS\\_ES\\_COI01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0006/183399/ETHICS_ES_COI01a_updatedURL.pdf).
- . “Envío simultáneo/múltiple, publicación duplicada. Ethics in research & publication”. Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/183403/ETHICS\\_ES\\_SSUB01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0019/183403/ETHICS_ES_SSUB01a_updatedURL.pdf).
- . “Ethics. Conducting research”. Accedido 8 de agosto de 2014. <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#conducting-research>.
- . “Ethics. Writing an article”. Accedido 8 de agosto de 2014. <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#writing-an-article>.

## Instruções para os autores

A revista *Avances en Enfermería* da Universidad Nacional de Colombia é publicada cada quatro meses e recebe artigos em espanhol, português e inglês. Se quiser enviar artigos para publicação, deve levar em conta os aspetos 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 um 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. Clareza 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 remite 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 cinco 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 Publin-dex ao Comitê Editorial.

## Requisitos para apresentação 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:

- Certificados de Atribuição de Direitos e Originalidade: Os artigos deverão ser enviados com um curriculum vitae dos autores e uma carta afirmando que os materiais são inéditos, quer dizer, originais, e

que cedem todos os direitos patrimoniais do artigo à Universidad Nacional de Colombia. Para isso devem preencher os formatos nos seguintes enlaces:

Formato 1:

[http://www.enfermeria.unal.edu.co/docs/journal\\_nursing/Certificado%20de%20originalidad\\_1.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/docs/journal_nursing/Certificado%20de%20originalidad_1.pdf)

Formato 2:

[http://www.enfermeria.unal.edu.co/docs/journal\\_nursing/Certificado%20de%20originalidad\\_2.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/docs/journal_nursing/Certificado%20de%20originalidad_2.pdf)

- O documento não excederá 5 000 palavras nem 25 páginas tamanho carta, escrito em letra Times New Roman corpo 12, espaçamento 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, Metodologia, 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.

## Diretrizes gerais para a estruturação e apresentação de artigos originais (formato IMRED)

**1. Introdução:** Nesta seção, o autor deve incluir o problema, o objetivo ou o propósito do estudo e a argumentação lógica.

**2. 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.

**3. 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 respectivo 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.).

**4. 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.

**5. Referências:** A revista *Avances en Enfermería* segue as orientações sobre referências bibliográficas do Comitê 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](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

De acordo com os requerimentos de indexação acerca da vigência e qualidade da bibliografia, na lista de referências só se aceitará 20% da denominada "Literatura Cinza" (livros, capítulos de livros, teses, dissertações, memorias, guias, informes, reportes, manuais, dados estatísticos, leis, autocitações, citações de outras citações etc.), é dizer: todas aquelas referências que não sejam de artigos de pesquisa publicados

em revistas indexadas. Outrossim, é necessário que as referências de revistas indexadas sejam de artigos de não mais de 5 anos de publicação. O manuscrito enviado deverá ter o número mínimo de referências exigido pela revista, conforme a seção (tipo de artigo) na que esteja incluído. A Equipe de Redação fará um exaustivo seguimento desses requerimentos, resultado que determinará se o manuscrito continua o processo, se é necessário realizar ajustes de referências ou inclusive, se deve ser rejeitado.

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 (ciudad): 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 (ciudad): 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 (ciudad): 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 (abreviado) ano de consulta];volume(número);páginas inicial e final. "Disponível em: (URL/DOI)"
- *Livro ou monografia on-line:* Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título [documento em Internet] Volume. Edição (exceto a primeira). Local de publicação: Editora; data de publicação (ciudad). [dia mês (abreviado) ano da última atualização; dia mês (abreviado) ano de consulta]. "Disponível em: (URL/DOI)"
- *Material audiovisual:* sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título (CD-ROM, DVD, DISCO segundo o caso) Edição (ciudad). 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 (ciudad): editora (instituição); ano.
- *Material inédito:* refere-se a artigos aceitos, mas ainda não publicados. O formato é: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título. Nome da publicação. Na imprensa. Data.

# Editorial policy

## Ethics in scientific publication

The journal *Avances en Enfermería* stipulates the following principles and recommendations concerning ethics in scientific articles publication:

### 1. General principles

- 1.1. Manuscripts should include enough details and references that the article may be replied or refuted.
- 1.2. Fraudulent or deliberately inaccurate statements constitute an anti-ethical behaviour.
- 1.3. If research includes chemical products, procedures, or equipment involving any unusual risk inherent in their use, authors must identify them clearly in the main part of the article.
- 1.4. If research implies the use of animal or human beings, authors should make sure that the article contains an explicit statement declaring that all the procedures were carried out in conformity both with the guidelines and ethical regulations.
- 1.5. Rights to privacy of human beings should be respected.

### 2. Authorship

#### Principles:

- 2.1. An *author* is the person who has made significant intellectual contribution to the investigation. Thus, anyone mentioned as *author* should fulfil all the requirements of authorship; and, in accordance, anyone who fulfils those requirements should be explicitly mentioned as author.
- 2.2. Authors should satisfy completely three basic requirements to be recognized as such:

- a) Considerable contribution to the conception and design; data collection; and the analysis and interpretation of research.
  - b) Drawing-up or checking of the intellectual content.
  - c) Approval of the final version.
- 2.3. Authorship's arrangement should be a joint decision of co-authors.
  - 2.4. Those people who, taking part in the research, do not satisfy the requirements of authorship, should be mentioned as *contributors* or *acknowledged persons*.
  - 2.5. There are three unacceptable kinds of authorship: *ghost* authors who do contribute substantially to the investigation, but are not recognized—they are usually paid by commercial developers—; *guest* authors who do not noticeably contribute to the investigation, but are mentioned in order to increase the possibilities of the article to be published; and the *ad honorem* authorships, based only in a slight affiliation to the study.

#### Recommendations:

- 2.6. Before the beginning of the investigation, it is recommended to document the functions of each investigator and how their authorship will be recognized.
- 2.7. There should be no lies about someone's participation in the investigation or publication. If his/her contribution is deemed as *substantial*, then the authorship is justified, whether as *author* or as *contributor*.
- 2.8. No authorship should be assigned without the approval of the person involved.
- 2.9. Anyone mentioned as author should fulfil all the requirements of authorship, and all who meet those requirements should be mentioned as *authors* or *contributors*.
- 2.10. A number of teams present their authors in alphabetical order, in some cases with an explanatory note declaring that all authors contributed equally both to the investigation and to the publication.



### 3. Modifications in authorship

#### Principles:

- 3.1. It refers to the addition, suppression, or rearrangement of authors' name in the authorship of an admitted article.
- 3.2. Requests demanding addition or suppression of authors, or the rearrangement of authors' names, should be sent by the respective author of the admitted article, and should include:
  - a) The causes justifying the addition or suppression, or the rearrangement of the authors' names.
  - b) Confirmation in writing (by e-mail) of all authors agreeing with the addition, suppression or rearrangement. If authors' addition or suppression is required, it must be attached same author's confirmation of his/her addition or suppression.

### 4. Conflict of interests

#### Principles:

- 4.1. There is possible conflict of interests if an investigator or author has opinions or personal/financial interests that may affect his/her objectivity, or influence inappropriately his/her actions. These conflicts may be real potential.
- 4.2. The more evident conflicts of interests are associated with financial relationships, which may be:
  - a) *Direct*: employment, stocks ownership, scholarships and patents.
  - b) *Indirect*: fees, consultancy to development companies, investment funds' ownership, paid expert witness.
- 4.3. Conflicts could also emerge as result of personal relationships, academic rivalry, and intellectual passion. For instance, an investigator who has:
  - a) Any kind of personal interest in investigation's results.
  - b) Personal opinions in direct conflict with the subject under research.

#### Recommendations:

- 4.4. Reveal if there exists any real or potential conflict of interests that may influence inappropriately (slant) the work, by influencing improperly in the findings or results of research, in a three-year period since the beginning of the submitted work.
- 4.5. Reveal the role played by one or more promoters of the study —if any—, in the design of study; in gathering, analysis and interpretation of data; in report's drawing-up; and in the decision to submit the article to be published.
- 4.6. Investigators should not agree on terms interfering with their access to all data; with their capacity to analyse them independently; or with the manuscript's preparation or publication.
- 4.7. When submitting a document, there should be an explicit statement —under the heading "Role of the funding source"— in an independent section of the text and placed before the section of references.
- 4.8. Some instances of possible conflicts of interest that must be revealed may be: employment, consultancy, stocks ownership, fees, paid expert witness, patents/registry applications, and requests to subvention or another funding source.
- 4.9. Every funding source of the project must be revealed.
- 4.10. The role of the project sponsor should be described.

### 5. Duplicate publication

#### Principles:

- 5.1. Authors are obliged to prove their article to be based in original research, i.e., to have been not previously published. Intentional sending or re-sending of your work to another journal, thereby generating duplication, is considered a breach of editorial ethics.
- 5.2. Duplicate or multiple publications occur when two or more articles, without mutually referencing each other, share essentially the same hypothesis, data, discussion points, or conclusions. This may occur in different degrees: word-for-word duplication; partial but substantial; or even duplication by paraphrase.

- 5.3. Among the principal reasons why duplicate publication of original researches is considered non-ethical, is that it may allow *inadequate weighting* or *involuntary double recount* of results of a single research, thereby distorting available evidence.

**Recommendations:**

- 5.4. Articles submitted for publication should be originals and should not be submitted to another journal. When submitting, authors should reveal details of articles relating to theirs—even in another language—, similar articles in press and translations.
- 5.5. Both authors and editors should have continual communication about the state of articles under review; if authors decide to give up the process and withdraw the article, they are obliged to notify the journal about it, before come in contact with another journal.
- 5.6. Avoid submitting articles previously published in another journal.
- 5.7. Avoid submitting to more than one journal articles that describe essentially the same research.
- 5.8. Always indicate previous submissions of the article—including presentation in meetings and inclusion of results in registries—that may be deemed as duplicate publication.
- 5.9. Avoid writing in two or more articles about your own research from different angles, or about different aspects of the research, without mentioning the original article.
- 5.10. Creating several publications about no-multicentre investigations is considered as not recommended behaviour.
- 5.11. If you wish to submit your articles to a journal published in another country or in another language, please ask for information and guidelines about it to the publishing company.
- 5.12. At the time of submission, indicate every detail about articles relating to yours in a different language, and all current translations.

## 6. Recognition of sources

**Principles:**

- 6.1. Authors should reference publications that have been influential in the determination of the nature of the submitted article.
- 6.2. Information obtained privately should not be used without explicit permission in writing of the source.
- 6.3. Reuse of tables or figures requires permission of the authors and the publishing company that should be adequately indicated in the legend of the table or figure.
- 6.4. Information obtained in the course of confidential services (e.g. manuscripts of peer review or subvention requests) should not be used without explicit permission in writing of the author of the work involved in those services.

## 7. Scientific fraud

**Principles:**

- 7.1. Fraud in scientific publication makes reference to the presentation of false data or results as well as data or results not generated through rigorous investigation process.
- 7.2. Following are the kinds of fraud in publication of investigation results:
- a) Fabrication of data: invention of data and investigation results in order to be published.
  - b) Falsification of data: manipulation of investigation materials, images, data, equipment or processes. Forgery includes modification or omission of data or results, so that the investigation is not properly represented. Someone may falsify data to adequate them to the final desired result.

**Recommendations:**

- 7.3. Before the first submission of an article, read carefully journal's editorial and data policies.
- 7.4. Never modify or omit data intentionally. This includes investigation materials, analysis methods, processes, equipment, tables, references, and bibliographic references.

- 7.5. Both fabrication and falsification of data are serious forms of misbehaviour, because both of them result in scientific publications not reflecting precisely the observed truth.
- 7.6. Authors should adequately manage data that support investigation, with special care in data collecting, production, keeping, analysis and communication.
- 7.7. Keep thorough records of raw data, which should be accessible in case editors request them even before article's publication.
- 8.7. Keep a record of sources used during investigation, and where did you use them in the article.
- 8.8. Make sure that the original source is entirely acknowledged and adequately referenced in your article.
- 8.9. When referencing the source, avoid using another people's work word-for-word unless you enclose it in quotes and only in case of strict necessity.
- 8.10. Only if the source is correctly indicated and if you make sure of not altering the significance of the source's intention would the paraphrase be acceptable.

## 8. Plagiarism

### Principles:

- 8.1. Plagiarism is one of the more common ways of misconduct in publishing. It occurs when one of authors passes other people's work off as his own, without permission, mention or acknowledgment. Plagiarism appears under different ways, from word-for-word copy to paraphrase of other people's work, including data, ideas, concepts, words or sentences.
- 8.2. Plagiarism has different levels of seriousness, for instance:
  - a) The amount of work taken from another person's work: several lines, paragraphs, pages, the entire article.
  - b) What was copied: results, methods or introductory section.
- 8.3. Plagiarism in all its forms constitutes an unacceptable non-ethical conduct in editorial and academic spheres.
- 8.4. Word-for-word copy is acceptable only if the source is indicated and the copied text included with adequate marks of citation.

### Recommendations:

- 8.5. Always remember that it is essential to recognise other people's work—including your adviser's work, or your own previous work—as part of the process.
- 8.6. Do not reproduce any work word-for-word, either partially or entirely, without permission or mention of the original source.

## 9. Fragmentation

### Principles:

- 9.1. *Fragmentation* consists in dividing or segmenting a big research in two or more publications.
- 9.2. It is considered an unacceptable conduct that *fragments* of a divided research share the same hypothesis, sample and methods.
- 9.3. The same *fragment* should not be published more than one time, since fragmentation may allow distortion in literature, and may have readers believe that data presented in each *fragment* (i.e., each *article*) are derived from a different sample of subjects.

### Recommendations:

- 9.4. Avoid fragmenting inappropriately the data of just one research in two or more works.
- 9.5. When submitting a work, be transparent during the process. Send copies of other manuscripts closely relating to the manuscript involved.

## 10. Informed consent

### Principles:

- 10.1. Research on patients or volunteers should be approved by an ethics committee.
- 10.2. Informed consent should be appropriately documented.

- 10.3. Permissions and releasing should be obtained when authors wish to include case details or any other personal images or information of patients or anyone else.
- 10.4. When obtaining informed consent, care should be taken regarding participants, especially vulnerable people. For instance, children with special needs or learning disabilities. It must be recalled that the use of photographs or explicit declarations of patients (parts of an interview) should have authorization in writing of those involved or their legal representatives.

- . "Fragmentación. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/183402/ETHICS\\_ES\\_SS01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0018/183402/ETHICS_ES_SS01a_updatedURL.pdf).
- . "Fraude en investigación. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/183401/ETHICS\\_ES\\_RF01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0017/183401/ETHICS_ES_RF01a_updatedURL.pdf).
- . "Plagio. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0016/183400/ETHICS\\_ES\\_PLA01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0016/183400/ETHICS_ES_PLA01a_updatedURL.pdf).

## 11. Correction of published articles

### Principles:

- 11.1. When authors detect mistakes or relevant inaccuracies in the published work, they are obliged to notify immediately the journal and to cooperate in the process of correction.

### Bibliography

- Black, William, Rodolfo Russo y David Turton. "The supergravity fields for a D-Brane with a travelling wave from string amplitudes". *Physics Letters B* 694, n.o 3 (noviembre de 2010):246-51.
- Elsevier. Autoría. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/183394/ETHICS\\_ES\\_AUTH01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0010/183394/ETHICS_ES_AUTH01a_updatedURL.pdf).
- . "Conflicto de intereses. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/183399/ETHICS\\_ES\\_COI01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0006/183399/ETHICS_ES_COI01a_updatedURL.pdf).
- . "Envío simultáneo/múltiple, publicación duplicada. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/183403/ETHICS\\_ES\\_SSUB01a\\_updatedURL.pdf](http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0019/183403/ETHICS_ES_SSUB01a_updatedURL.pdf).
- . "Ethics. Conducting research". Accedido 8 de agosto de 2014. <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#conducting-research>.
- . "Ethics. Writing an article". Accedido 8 de agosto de 2014. <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#writing-an-article>.

## Instructions to authors

The journal *Avances en Enfermería*, of the Universidad Nacional de Colombia, is published thrice 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 Journal 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 researchers 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-reviewers 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-reviewers, 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 copy-editor and/or proofreader. Once corresponding edition is completed, manuscript is returned to the author for his/her approval in a term no longer than 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:

— Certifications of Transfer Of Rights and Originality: Manuscripts should be submitted with an authors' letter, stating that materials are unpublished. A curriculum vitae must be attached by authors. Click here to download formats:

Format 1:  
[http://www.enfermeria.unal.edu.co/docs/journal\\_nursing/Certificado%20de%20originalidad\\_1.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/docs/journal_nursing/Certificado%20de%20originalidad_1.pdf)

Format 2:  
[http://www.enfermeria.unal.edu.co/docs/journal\\_nursing/Certificado%20de%20originalidad\\_2.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/docs/journal_nursing/Certificado%20de%20originalidad_2.pdf)

— Document shall not exceed 5 000 words neither 25 letter-size pages. It is typed in Times New Roman font size 12, double space/writing (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, accurate, and include no more than 80 characters, and translate from native language into English, Spanish and Portuguese. Within the text it should not be described the presentation of author/s, but it should be included in a separate file and consists of: full names, educational background, current position and Work 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, should have no more 250 words that should capture the article's objective, key points and conclusions of research. In original articles, abstract structure must present the Objective, Methodology, 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/homepagee.htm>

**Note:** Document does not mention any commercial names of drugs, equipment or material, unless 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.

## 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](http://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. Instances 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 al 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, oficial 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.
- *Unpublished material*: It refers articles already approved but still not published. The format is: Author. Title. Name of publication. "In press". Date.



