

ae



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

Martha Lucio Álvarez
DIRECTORA (E) DE CARRERA

Luz Mery Hernández
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

Jeniffer Paola Cardona Malaver
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.
Queen's University, Canadá

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

COMITÉ CIENTÍFICO

Marie-Luise Friedemann, Ph.D.
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 produtos científicos derivados da pesquisa, revisões bibliográficas, experiências e reflexões das diferentes comunidades acadêmicas 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

Mg. JUDY XIMENA RAMOS GARZÓN Universidad Nacional de Colombia	Mg. MARÍA CARMEN BERNAL ROLDÁN Universidad Nacional de Colombia
Mg. DENISE ALBIERI JODAS SALVAGIONI Instituto Federal do Paraná	DRA. (C) BIANCA POZZA DOS SANTOS Universidade Federal de Pelotas
Mg. CARLOS ALFONSO OSORIO TORRES Universidad del Valle	Mg. XIMENA SÁENZ MONTOYA Universidad Nacional de Colombia
Dr. FREDY ANDRÉS SEGUEL PALMA Universidad Austral de Chile	DRA. CARMEN OFELIA NARVÁEZ ERASO Universidad Mariana
DRA. ANGELA MARIA ALVES E SOUZA Universidade Federal do Ceará	DRA. CLAUDIA PATRICIA BONILLA IBAÑEZ Universidad del Tolima
DRA. MARIA ISABEL SAMPAIO CARMAGNANI Escola Paulista de Enfermagem	Mg. FANNY RINCÓN OSORIO Universidad Nacional de Colombia
DRA. LUZ PATRICIA DÍAZ HEREDIA Universidad Nacional de Colombia	DRA. LORENA MARTÍNEZ DELGADO Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales
DRA. MARIA GABY RIVERO DE GUTIÉRREZ Universidade Federal de São Paulo	DRA. LUZ STELLA BUENO ROBLES Universidad Nacional de Colombia
Mg. VANESSA ALVES DA SILVA Cruz Vermelha Brasileira	DRA. YARIELA GONZÁLEZ ORTEGA Universidad de Panamá

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

Volumen xxxiii N.º 3 septiembre-diciembre 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

341 95 años recorridos hacia el centenario

Renata Virginia González Consuegra

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

343 Educación en salud y seguridad para los comités paritarios de seguridad y salud en el trabajo

Educação em saúde e segurança para os comitês paritários de segurança e saúde no trabalho

Health and safety education for joint occupational health and safety committees

Myriam Mahecha Angulo, Evelyn María Vásquez Mendoza, Magda Leonilde Galindo Mahecha

352 Custos com antimicrobianos no tratamento de pacientes com infecção

Costos del tratamiento antimicrobiano en pacientes con infección

Costs of antimicrobial treatment in patients with infection

Adriana Cristina de Oliveira, Adriana Oliveira de Paula, Rodrigo Farnetano Rocha

362 Intercorrências em hemodiálise e avaliação da saúde de pacientes renais crônicos

Complicaciones en la hemodiálisis y evaluación de la salud de los pacientes renales crónicos

Complications in hemodialysis and health assessment of chronic renal patients

Daiana Coitinho, Eliane Raquel Rieth Benetti, Liamara Denise Ubessi, Dulce Aparecida Barbosa, Rosane Maria Kirchner, Laura de Azevedo Guido, Eniva Miladi Fernandes Stumm

372 Uso de terapias integrativas e complementares por pacientes em quimioterapia

Uso de terapias integrativas y complementarias por pacientes sometidos a la quimioterapia

Use of complementary and integrative therapies by oncology chemotherapy patients

Julyane Felipette Lima, Silvana Ceolin, Bruna Knob Pinto, Juliana Graciela Vestena Zilmer, Rosani Manfrin Muniz, Eda Schwartz

381 Experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo coronario de Barranquilla

Experiência de estar internado em uma unidade de terapia intensiva coronariana de Barranquilla

Experience of being hospitalized in a coronary intensive care unit of Barranquilla

Ernestina Santiago de Castro, Elizabeth Vargas Rosero

391 Instrumento para la valoración de síntomas coronarios en la mujer

Instrumento de avaliação de sintomas coronarianos nas mulheres

Instrument for assessing coronary symptoms in women

Cándida Rosa Castañeda Valencia

ARTÍCULO DE REVISIÓN

401 O crescimento e desenvolvimento frente à prematuridade e baixo peso ao nascer

El crecimiento y desarrollo ante la prematuridad y el bajo peso al nacer

The growth and development against the prematurity and low birth weight

Tiara Aida Oliveira Pessoa, Christine Baccarat de Godoy Martins, Fernanda Cristina Aguiar Lima, Maria Aparecida Munhoz Gaíva

DOCUMENTO DE REFLEXIÓN NO DERIVADO DE INVESTIGACIÓN

412 El acto de cuidado de enfermería como fundamentación del quehacer profesional e investigativo

O ato de cuidado de enfermagem como uma base de trabalho profissional e de pesquisa

The act of nursing care as a foundation of professional and research work

Adriana Isabel Delgado Bravo, Miguel Edmundo Naranjo Toro

DOCUMENTOS HISTÓRICOS

420 **Enfermería UN: a un lustro del centenario**

Renata Virginia González Consuegra

434 **Galería de Directoras y Decanas de la Escuela/Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia 1937-2015**

Renata Virginia González Consuegra

RESEÑA

461 **El laboratorio de simulación de la Facultad de Enfermería: un espacio para el desarrollo académico**

Ximena Sáenz Montoya

463 **Política editorial**

Política editorial

Editorial policy

490 **Anexos**



95 años recorridos hacia el centenario

• Renata Virginia González Consuegra¹ •

• 1 • Nr. MSc. PhD. Profesora Titular, Teniente del Cargo. Decana, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. E-mail: rvgonzalezc@unal.edu.co

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n3.53694>

El éxito de las instituciones está en comprender la importancia del cambio permanente en busca de transformarse y responder a los nuevos y diversos desafíos. Así lo han entendido quienes por espacio de 95 años han integrado el cuerpo directivo y de profesores de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Han pasado nueve décadas y un lustro desde cuando el Diario Oficial del Congreso de Colombia promulgara la Ley 39 del 22 de octubre de 1920, firmada por el Presidente de la República de Colombia Marco Fidel Suárez, estableciendo la enseñanza de Comadronas y Enfermeras, para cuyos gastos se asignó la suma de hasta \$3 000 anuales. De esta manera, se hace realidad su ejecución desde el 14 de abril de 1925 en el Hospital San Juan de Dios. Luego, la enseñanza se traslada al Hospital San José de Bogotá, en virtud de reorganizar la *Escuela Superior de Enfermeras* decretada en 1937 por el Consejo Directivo de la Universidad Nacional de Colombia mediante el Artículo 004. Con esto se obtienen mayores espacios para impartir conocimientos teóricos complementados con actividades académicas prácticas, bajo la dependencia directa de la Universidad Nacional de Colombia, cuyo plan de estudio consistía en tres años, una tesis y un examen de grado.

Posteriormente, el Consejo Directivo de la Universidad Nacional de Colombia —hoy Consejo Superior Universitario—, mediante el Artículo 001 del 16 de enero de 1958, le da vida a la Facultad de Enfermería, orientando sus objetivos hacia la investigación y la docencia. Desde entonces, junto con la proyección social, éstas han sido las funciones misionales que tanto para la Facultad como para la Universidad se han constituido en el quehacer cotidiano para contribuir a la construcción de nación.

A partir de la década de los 50, la Facultad y sus programas han fortalecido la educación de la enfermería local, nacional e internacional. Profundizando en la conceptualización y en la epistemología del cuidado, se han generado evidentes aportes tendientes a la formación interdisciplinar y a mejorar las condiciones de salud y de calidad de vida de la población colombiana y latinoamericana. Esto hace a la Facultad merecedora de la *Orden del Comendador* que, mediante la Resolución 090 de 2013, le confiere la Mesa Directiva del Honorable Senado de la República de Colombia, destacando la gestión visionaria y los desarrollos docentes e investigativos.

El programa de Pregrado de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia es garante de la formación integral, fortalece la identidad y la investigación en un proceso de consolidación del conocimiento de enfermería, es flexible y posibilita la internacionalización e interdisciplinariedad en el marco de la excelencia académica. En el año 2014 el programa de pregrado recibió la Reacreditación de Alta Calidad por ocho años, al igual que el de Maestría en Enfermería, mientras que el programa de Doctorado en Enfermería obtuvo la Acreditación de Alta Calidad por seis años. Estos reconocimientos fueron otorgados por el Ministerio de Educación Superior, que, luego de la visita de los pares asignados por el Consejo Nacional de Acreditación, resaltó las fortalezas de los programas de pregrado y postgrado unidisciplinarios de la Facultad de Enfermería.

Hoy, los retos siguen siendo abundantes y variados, entre los que se destaca el proceso de autoevaluación con fines de acreditación de la Maestría en Salud y Seguridad en el Trabajo y los programas de especialización unidisciplinarios e interdisciplinarios de la Facultad.

Adicionalmente, se viene trabajando en la construcción y puesta en marcha de un modelo pedagógico de enseñanza de la Enfermería, que, articulado con un innovador modelo de atención centrado en la persona, se hará realidad en el recién creado Hospital Universitario Nacional de Colombia, administrado por la Corporación Salud Universidad Nacional. En este lugar, la Facultad construye un nicho de conocimiento, generador de investigación y profundas transformaciones que respondan a las necesidades de la salud desde la cotidianidad, la innovación y la tecnología en el cuidado.

Para lo anterior, la Facultad cuenta con un cuerpo profesoral altamente calificado que integra los 13 grupos de investigación, en los que también participan estudiantes en los diferentes semilleros de investigación. Cuatro de los grupos están clasificados por Colciencias en la Categoría A, cinco, en B y dos, en C, los cuales seguramente mostrarán, junto con el Grupo de Cuidado, que una forma diferente de abordar e intervenir el cuidado de la salud es posible.

Entonces, la invitación es a considerar la oportunidad que tenemos hoy de liderar esta propuesta, de manera que permita ser ejemplo de cuidado y nos motive a participar con toda nuestra experiencia y

trayectoria, con el ánimo de optimizar la calidad de vida de los pacientes en uno de los tantos escenarios del ejercicio profesional como es el institucional. Además, se debe contemplar el amplio abanico de posibilidades que tiene la Enfermería en su actuar, las cuales han sido divulgadas mediante los diferentes medios con que cuenta la Facultad: los Seminarios Internacionales de Cuidado —que este año pasa por su versión XIX bajo el título *Visibilidad del Cuidado y su Impacto en la Calidad de la Atención en Salud*—, la revista *Avances en Enfermería*, clasificada en Categoría A2 por Colciencias, así como simposios, cursos de educación continua, talleres y foros que periódicamente se ofrecen.

Finalmente, la celebración de este nuevo aniversario de la Facultad se constituye como preámbulo a los cinco años de la conmemoración de la presencia centenaria del programa de Enfermería en la Universidad Nacional de Colombia, a nivel del país y de América Latina. Este evento tendrá como marco el novedoso, dinámico y hermoso espacio del nuevo Edificio de Enfermería, diseñado a partir de los requerimientos y necesidades de la comunidad académica de la Facultad, que por años soñamos y luchamos tener, y hoy lo vemos como una realidad, gracias al apoyo de los Directivos de la Universidad y de la Sede. Producto de una gestión que, fiel a la propuesta de candidata hacia la Decanatura por la que en el 2012 se obtuvieron los recursos financieros para la construcción y equipamiento sin comprometer el presupuesto ni las finanzas de la Facultad, la edificación será entregada el próximo 30 de noviembre e inaugurado el 8 de febrero de 2016, acto para el cual extendemos una cordial invitación a toda la comunidad académica de la Facultad: ex decanos/as, pensionados/as, profesores/as, estudiantes, egresados/as, administrativos y padres de familia.

Al tiempo de regocijarnos con el logro de este maravilloso espacio, lo acompañaremos con el firme propósito de proteger —por parte de todos y cada uno de nosotros— nuestro escenario de formación como bien lo sabemos hacer, para no volver a sentir el desplazamiento doloroso que por tanto tiempo sufrimos.

Educación en salud y seguridad para los comités paritarios de seguridad y salud en el trabajo¹

Educação em saúde e segurança para os comitês paritários de segurança e saúde no trabalho

Health and safety education for joint occupational health and safety committees

• Myriam Mahecha Angulo² • Evelyn María Vásquez Mendoza³ • Magda Leonilde Galindo⁴ •

•1• Este artículo corresponde a la investigación *Educación para la salud y la seguridad y los comités paritarios del sector servicios de la ciudad de Tunja-Boyacá, 2009-2011*.

•3• Magíster en Educación. Coordinadora de los Posgrados en Salud y Seguridad de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

•2• Magíster en Educación. Magíster en Salud y Seguridad en el Trabajo. Docente, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Bogotá, Colombia. E-mail: myriam.mahecha@uptc.edu.co

•4• Magíster en Prevención de Riesgos Laborales con Énfasis en Ergonomía y Psicosociología. Docente, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Bogotá, Colombia.

Recibido: 28/01/2013 Aprobado: 19/10/2015

doi:<http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n3.36596>



Resumen

Objetivo: Construir una propuesta para desarrollar el proceso educativo en salud y seguridad dirigida a los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST).

Metodología: Estudio cualitativo, descriptivo, en el que se aplicó una entrevista en profundidad a 32 COPASST activos. Cada entrevista se transcribió e interpretó a partir de la verificación con los participantes, la búsqueda de enunciados significativos, la organización en grupos de temas, la descripción en forma exhaustiva y la validación con los participantes. La información se ubicó en las categorías *planeación, organización, desarrollo, evaluación y retroalimentación*, obteniéndose las siguientes categorías emergentes: *responsables de la gestión de los procesos; planeación, sitio y frecuencia de las sesiones educativas; temas tratados; modalidad de las sesiones; participación/ desarrollo de las sesiones; comprensión de los temas; aplicabilidad a la cotidianidad y al entorno laboral, aplicabilidad para la vida personal/ laboral y para la organización*.

Resultados: A partir de las categorías emergentes y de acuerdo al marco conceptual sobre educación en salud de adultos y en salud y seguridad para los trabajadores, se construyó una propuesta metodológica participativa para el desarrollo de los procesos educativos con los COPASST.

Conclusiones: De acuerdo con lo manifestado por los integrantes de los COPASST, los procesos educativos en salud y seguridad, tal como se desarrollan en la actualidad, no les permiten alcanzar las competencias necesarias para cumplir sus funciones, por lo que carecen de importancia.

Descriptores: Educación en Salud; Salud Laboral; Grupo Paritario (fuente: DECS BIREME).

Resumo

Objetivo: Criar uma proposta para desenvolver o processo educativo em comitês paritários de saúde e segurança destinados à segurança e saúde no trabalho (COPASST).

Metodologia: Estudo qualitativo, descritivo, em que a informação foi obtida através da aplicação da entrevista em profundidade a 32 COPASST ativos. Cada entrevista foi transcrita e interpretada a partir da verificação com os participantes, a busca de afirmações significativas, a organização em grupos de temas, a descrição exhaustiva e validação com os participantes. A informação foi localizada nas categorias *planejamento, organização, desenvolvimento, avaliação e feedback*, produzindo as seguintes categorias emergentes: *gerentes de processos; planejamento, local e frequência de realização das sessões educativas; tópicos; modalidade das sessões; participação/desenvolvimento das sessões; compreensão das questões; aplicabilidade à vida diária e ambiente de trabalho; aplicabilidade para a vida pessoal/profissional e para a organização*.

Resultados: A partir das categorias emergentes e de acordo com o quadro conceptual de educação em saúde do adulto e saúde e segurança para os trabalhadores, uma metodologia participativa para o desenvolvimento de processos educativos com COPASST foi construída.

Conclusões: De acordo com a declaração dos membros dos COPASST, os processos educativos em saúde e segurança, tal como desenvolvida no presente, excluí-los de alcançar as competências necessária para desempenhar as suas funções, por tanto são irrelevantes.

Descritores: Educação em Saúde; Saúde do Trabalhador; Grupo Associado (fonte: DECS BIREME).

Abstract

Objective: To build a proposal to develop the educational process in health and safety joint committees aimed at safety and health at work (COPASST).

Methodology: Qualitative, descriptive study in which an in-depth interview to 32 COPASST assets was made. Each interview was transcribed and interpreted by applying check with participants, finding meaningful statements, organizing groups of subjects, exhaustive description and validation with participants. The information was placed in the categories *planning, organization, development, evaluation and feedback*, emerging the following categories: *responsible for processes management; planning, place and frequency of educational sessions; topics; format of sessions; involving/ development of sessions; understanding of the issues; applicability to daily life and work environment; applicability to personal/professional life and to the organization*.

Results: From emerging categories and according to the conceptual framework on adult health education and health and safety for workers, a participatory methodology for the development of educational processes with COPASST was built.

Conclusions: According to the statement by the members of the COPASST, educational processes in health and safety, as they are developed at present, preclude them from achieving necessary competences to perform its functions, thus they are irrelevant.

Descriptors: Health Education; Occupational Health; Peer Group (source: DECS BIREME).

Introducción

El Decreto 1072 de 2015 establece la organización del Sistema General de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), en el que se incluye la participación de los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST), que requieren capacitación, acorde con sus necesidades y las de la organización. También decreta que las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) deben capacitar a los COPASST en lo relacionado con el SGSST (1).

La experiencia de las autoras sobre los procesos educativos en salud y seguridad dirigidos a los trabajadores permite inferir que éstos no han tenido impacto en el mejoramiento de las condiciones laborales debido a que no se aplica una metodología que incluya los principios de la educación para la salud de adultos y en salud y seguridad para los trabajadores. Además, la escasa bibliografía existente sobre este tema y la inexistencia de indicadores de evaluación justificaron esta investigación, que incluyó como referentes teórico-conceptuales la educación para la salud de adultos y de salud y seguridad para los trabajadores y antecedentes de los COPASST en Colombia.

Educación para la salud dirigida a los adultos

Para conceptualizar esta temática, se retomaron algunas reflexiones sobre la educación como un proceso de construcción de conocimientos, hábitos y actitudes frente a la sociedad en la que los medios de comunicación, los valores, las clases sociales y la experiencia cotidiana educan mucho más que el proceso informal o casuístico de interacción con los participantes en los procesos educativos. Su contenido histórico permite ir y volver en el tiempo, reconocer su proceso protagónico en la construcción de la humanidad y considerar los conocimientos cotidianos y científicos, para establecer un diálogo de saberes entre los actores de los procesos educativos (2).

La educación para la salud es un proceso permanente que incentiva el desarrollo de las potencialidades humanas: la conciencia de lo que se es, de

lo que se hace y de la capacidad para vivir, crear, indagar, conocer, comprender, trascender, participar, evaluar, tomar decisiones y asumir responsablemente las consecuencias para contribuir al bienestar y al sano disfrute de la existencia (3). Además, prepara al individuo para tomar las mejores decisiones en la vida, saber analizar y discriminar la información a fin de recorrer un camino de crecimiento personal, que genere satisfacción y aplicación de los valores éticos (4).

Para sistematizar los procesos educativos, la *pedagogía* como ciencia estudia leyes, principios y categorías sobre los cuales se estructura desde la óptica científico-metodológica (5). La *didáctica* se ocupa de los métodos, medios y procedimientos sobre los que se organiza la actividad docente educativa para lograr el aprendizaje (6).

En coherencia con los conceptos anteriores, la educación en la salud es un proceso planificado y sistemático de comunicación, de enseñanza-aprendizaje, orientado a facilitar la adquisición, elección y mantenimiento de conductas saludables, para reducir las prácticas de riesgo para la salud. De igual manera, requiere de la aplicación de didácticas que garanticen la prevención mediante la obtención de conocimientos y la generación/aplicación de comportamientos saludables (7).

En este estudio se enfatizó en la educación para la salud dirigida a los adultos trabajadores, fundamentada en la *teoría educativa constructivista* postulada por Vygotsky, el *aprendizaje significativo* de Ausubel y la *pedagogía liberadora* de Paulo Freire.

La *teoría constructivista* de Vygotsky considera que el contexto social determina el aprendizaje y que el conocimiento se va transformando durante la interacción social. La función del orientador debe ser activa, mientras que los participantes responden a medida que van recibiendo estímulos para construir conocimiento y transformar el entorno. De esta manera, se potencializan las competencias cognoscitivas, emocionales y psicomotoras para lograr nuevos comportamientos, resultado de la readecuación de las estructuras mentales (8).

La *teoría del aprendizaje significativo* fue expuesta en la década de los setenta por David Ausubel. El teórico consideró que el aprendizaje se logra por

descubrimiento a medida que los nuevos conocimientos se incorporan en la estructura cognitiva del aprendiente, estableciéndose nuevas estructuras conceptuales, generadoras de mayor retención de la información y fácil adquisición de nuevos conocimientos, que se entrelazan con los antiguos (9).

Paulo Freire propuso la *teoría liberadora* dirigida a los hombres y mujeres analfabetas que no podían construir un mundo de signos escritos ni abrirse al mundo del conocimiento y la conciencia. Reconoció que el conocimiento no se transmite, sino que se construye, para vencer la opresión y generar un ser humano nuevo, libre, que supere la contradicción opresor/oprimido, formado mediante una educación problematizadora, que permita una comunicación de ida y vuelta y elimine la contradicción entre educadores y educandos (10).

Educación en salud y seguridad para los trabajadores

Está determinada por las concepciones de trabajo en los diferentes momentos históricos: en el *esclavismo* se asume como tortura; en la *sociedad burguesa*, el trabajador se siente libre para ejercer la labor que la sociedad le permite; en el *modelo capitalista*, neoliberal, en el marco de la globalización en la que la ciencia y la tecnología han alcanzado avances, la inequidad, la flexibilización laboral y la informalidad han aumentado. En ésta el trabajo se concibe como una forma de vida que interrelaciona las clases sociales de producción y de poder que perpetúa el modelo económico. Cada concepción se legitima a través de los modelos educativos de cada época (11).

La Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo (*European Network for Workplace Health Promotion, ENWHP*) considera la educación en salud laboral como un proceso transformador que promueve la adquisición de conocimientos, el cambio de actitudes y la generación de prácticas saludables que incluya la formación y la capacitación para la salud y seguridad en el trabajo, teniendo en cuenta las necesidades de los individuos y la organización (12).

Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)

Son organizaciones conformadas por el mismo número de representantes de los trabajadores y de los empleadores. Se reúnen cada mes y el secretario

elabora el acta en donde se registran los acuerdos (13). Fueron creados mediante la Resolución 2013 de 1986, reglamentaria de los artículos 24 y 25 del Decreto 614 de 1984.

El Artículo 26 de la Resolución establece tres responsabilidades fundamentales: a) participar en las actividades de promoción, divulgación e información sobre seguridad y salud entre empleadores y trabajadores; b) actuar como organismo de vigilancia para el cumplimiento del sistema de seguridad y salud en la empresa; c) informar a las autoridades competentes y recibir copias de las investigaciones realizadas.

El Decreto 1295 de 1999 estableció que el empleador debe facilitar la capacitación de los trabajadores en seguridad y salud en el trabajo; y que ellos deben participar en la prevención de los riesgos laborales y en los COPASST. El Artículo 63 les cambió la denominación de *Comité de Medicina, Higiene y Seguridad Industrial* por el de *Comité de Salud Ocupacional*; les aumentó el periodo de actividad a dos años y estableció que el empleador debe proporcionar mínimo cuatro horas semanales dentro de la jornada laboral para su funcionamiento (14). Finalmente, el Decreto 1072 de 2015 lo denominó *COPASST* (1).

Materiales y Métodos

Estudio cualitativo, descriptivo, en el que se obtuvo la información mediante la aplicación de entrevistas en profundidad a grupos focales (15), constituidos por 17 COPASST del Sector Servicios, 12 del Sector Privado y 5 del Sector Público. En total se entrevistaron 56 personas: 31 mujeres y 25 hombres entre los 18 y 50 años, que ejercían las siguientes actividades económicas: salud, vigilancia, educación, hotelería, servicios públicos, cuidado infantil, ventas e insumos del sector eléctrico y construcción, prevención y control de incendios, telecomunicaciones, control de recursos públicos y transporte. 4 de las 17 organizaciones visitadas contaban con un especialista en Salud Ocupacional.

Las entrevistas focales (16) se realizaron a partir de preguntas abiertas orientadas hacia las siguientes categorías: *actores involucrados en los procesos educativos, proceso seguido, sitio de reunión, frecuencia, asistentes, contenidos, utilidad para el trabajo, modalidad, utilidad para la vida como personas y trabajadores, utilidad para la organización y participación*.

La recolección y el análisis de datos se realizaron de forma simultánea, aplicando la lógica inductiva (17). El procedimiento seguido para recolectar la información fue el siguiente: solicitud del permiso ante el Ministerio de Trabajo Regional Boyacá; selección de los COPASST del Sector Servicios; invitación escrita a los presidentes; coordinación con los que aceptaron participar; presentación del proyecto; realización de reuniones con cada COPASST; y recolección de datos, previa firma del consentimiento informado por cada participante. Al llegar al COPASST 17 se saturó la información, motivo por el cual no se realizaron más contactos.

Para el análisis de la información, se partió de las siguientes categorías deductivas propuestas por Rolf (18): *planeación, organización, desarrollo, evaluación y retroalimentación*. La información fue transcrita en matrices correspondientes a cada uno de los grupos focales. Luego, se obtuvieron las categorías emergentes de acuerdo a las más repetidas, se ubicaron en las categorías deductivas correspondientes y se codificaron. Una vez transcrita la información, se procedió a realizar la retroalimentación con los COPASST, quienes manifestaron aprobar en su totalidad el contenido.

La validez de la información se logró mediante los componentes de credibilidad, confiabilidad y confirmabilidad. La credibilidad de la información en esta investigación incluyó la exactitud, la integridad y la veracidad en la descripción de los datos de las entrevistas realizadas, lo cual se corroboró mediante la verificación con los participantes (19). Para obtener la confiabilidad, se realizaron entrevistas de prueba, se plantearon conclusiones una vez analizados todos los datos y se analizaron e interpretaron (20). La confirmabilidad se realizó a través de los registros que permitieron rastrear el proceso que ha llevado a las conclusiones para verificar si se había mantenido suficiente distinción entre las propias ideas y las de los participantes (21).

Las consideraciones éticas incluyeron la aplicación de la Resolución 8430 de 1993 (22), que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Según el Artículo 11, este trabajo se clasificó como *investigación sin riesgo*, porque no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes.

De acuerdo con la Declaración de Helsinki, se tuvo en cuenta que los participantes fueran voluntarios y estuvieran informados sobre la investigación y sobre el derecho de participar o no, así como de retirar su consentimiento en cualquier momento sin exponerse a represalias (23). Asimismo se consideraron las pautas para investigaciones biomédicas en seres humanos establecidas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), especialmente la No. 5, que habla del consentimiento informado, y la 18, sobre la protección de la confidencialidad (24). El desarrollo del proyecto se inició con aprobación previa por parte del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia (25).

Resultados

Con base en los planteamientos anteriores y la articulación de las categorías y subcategorías deductivas/inductivas se obtuvieron los siguientes resultados:

Categoría deductiva: planeación

¿Quiénes planean la educación en salud y seguridad para los COPASST?

Los COPASST perciben las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) como las responsables de la capacitación que realizan la coordinación con la organización para que las actividades educativas se ejecuten. Además, determinan el sitio de desarrollo de acuerdo con el número de asistentes, es decir, todo un COPASST o algunos miembros.

Por su parte, las ARL han definido los temas tratados: incidentes, accidentes, enfermedad laboral, primeros auxilios, plan y brigadas de emergencia, riesgos profesionales, normativa COPASST, manejo del estrés laboral e higiene postural. Las temáticas no se adaptan a las necesidades de las organizaciones que son de diferente naturaleza y la periodicidad de las capacitaciones es irregular, pues se realiza de acuerdo con la programación de las ARL.

No obstante, se observa falta de liderazgo de los empleadores, quienes deben coordinar con las ARL los procesos educativos y realizarlos conforme las

necesidades de los trabajadores y de la organización. Lo anterior se deduce de lo establecido en la Resolución 2013, Artículo 12, Literal f, que establece en las Funciones del Presidente del Comité su participación en la planeación de los procesos educativos que proponga el comité y en las actividades de capacitación en Salud Ocupacional.

¿Quién programa las capacitaciones en salud y seguridad?

Las ARL preestablecen la programación o plantean temas sin ningún proceso. Aprovechan las situaciones que se presenten en la organización: conflictos u obstáculos en el ambiente laboral, el reporte de accidentalidad, la disponibilidad de la ARL, bomberos u otras entidades para emplearlos en el desarrollo de los temas de capacitación. En otras oportunidades, las ARL organizan, programan y desarrollan las actividades educativas en salud y seguridad en coordinación con el área administrativa, la cual le informa al Comité. Esto demuestra que no se realiza un proceso participativo con el COPASST.

Categoría deductiva: organización

¿Cuál es la metodología utilizada?

De acuerdo con lo manifestado por los participantes del estudio, la metodología en los COPASST ha sido teórica en un 90% y teórico-práctica en un 10% en el tema correspondiente a evacuación en casos de emergencia. Los participantes consideraron que los conocimientos se han comprendido, pero que han sido difíciles de aplicar por ser muy teóricos o poco relacionados con la labor desarrollada, debido a que en las capacitaciones las ARL reúnen a empresas de diferentes actividades económicas, lo que complica la aplicación de los conocimientos impartidos en los diferentes entornos laborales. Así mismo, no se realiza una caracterización previa de los COPASST, tampoco de las organizaciones, ni un diagnóstico previo de las necesidades.

¿En dónde se realizan?

Suelen realizarse en la organización, casos en los que pueden asistir todos los miembros del COPASST. En otras ocasiones, se realizan fuera de ésta, en auditorios contratados por las ARL, donde asisten delegados de varias organizaciones. Al respecto, algunos de los integrantes comentaron

que la información que reciben no se adapta a las necesidades de las organizaciones. Un integrante de un COPASST del sector hotelero señaló: "En una de esas capacitaciones insistieron en el uso de los cascos, botas, guantes y protectores auditivos como elementos de protección. Pero aquí en el hotel, ¿cómo les voy a poner esos elementos a mis trabajadores?"

Cuando asiste un solo representante del COPASST, él debe compartir la información con los demás miembros del Comité, lo que a veces se dificulta por finalización del contrato o por traslado del funcionario. Del mismo modo, la asistencia está determinada por el tema a tratar.

¿Cada cuánto se realizan los eventos educativos en salud y seguridad y cómo es la participación de los integrantes de los COPASST?

La periodicidad de los eventos educativos es irregular: puede ser semestral, anual o incluso no realizarse. No obstante, los integrantes de los COPASST consideraron que participaron de forma activa, poniendo en práctica algunas indicaciones, tratando de solucionar inquietudes, "aportando ideas y soluciones". Otros calificaron la participación como *pasiva*, porque asistieron a las capacitaciones, mas no las aplicaron en su organización.

Los datos aportados corroboraron la carencia de retroalimentación en los procesos educativos, lo que dificulta el aprendizaje y hace que éstos se conviertan en simples momentos en los que los asistentes escuchan, pero no aprenden. Con esto se demuestra otra carencia en la aplicación del siguiente principio: "El aprendizaje se hace evidente a través de una evaluación, en relación con los objetivos planteados: cognoscitivos, psico-afectivos y psicomotores" (26).

Categoría deductiva: desarrollo

La información aportada por los participantes permitió deducir que en los procesos educativos no se aplican los principios de la educación de adultos ni de la educación en salud, porque no se fundamentan en las necesidades, intereses y características sociodemográficas y culturales de los trabajadores, sus valores y creencias. Por esta razón, no se logra incentivar el desarrollo de las capacidades esenciales para lograr aprendizajes significativos, que se manifiesten en comportamientos de

compromiso y responsabilidad con su salud y la de los compañeros de trabajo, así como en el mejoramiento de las condiciones de trabajo en la organización.

¿Se comprenden y se aplican los temas a nivel personal y laboral?

Los logros manifestados por algunos integrantes con en este ítem fueron: a nivel personal, conocimientos adquiridos sobre riesgos, normas, condiciones que deben reunir los sitios de trabajo, generalidades de seguridad y salud en el trabajo y de los COPASST; a nivel laboral, en las organizaciones se han adquirido conocimientos sobre legislación en salud en seguridad y salud en el trabajo, la organización del sistema y la importancia de los elementos de protección personal.

¿Qué temas se han tratado?

Incidente, accidente de trabajo y enfermedad profesional, primeros auxilios, plan y brigadas de emergencias, normativa COPASST, manejo del estrés e higiene postural, de manera aislada. Aun así, se observó que no se ha actualizado la temática.

Categoría deductiva: evaluación

La educación para los integrantes de los COPASST debe ser integral, debe articular las dimensiones de la vida, para que el ciudadano participe activamente en la vida democrática y para que el sujeto individual y colectivo sea constructor del universo, de la sociedad y de sí mismo. El ciudadano ha de ser participante de un proceso educativo capaz de armonizar y brindar autenticidad para construir su propia vida como trabajador, actor principal del proceso productivo. En este sentido, los procesos que se desarrollan en la actualidad no lo permiten.

¿La educación en salud recibida capacita al COPASST para cumplir sus funciones?

De acuerdo con la Resolución 2013 de 1986, en la organización se deben proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que mantengan la salud en el trabajo; participar en actividades de capacitación en salud y seguridad; colaborar con los funcionarios de salud en las actividades que realicen en la organización y recibir informes; vigilar el desarrollo del sistema

de gestión de salud y seguridad en el trabajo y el cumplimiento del reglamento interno de trabajo; participar en la investigación de accidentes y proponer medidas correctivas; estudiar las sugerencias presentadas por los trabajadores y ser organismo coordinador entre ellos y el empleador para la solución de los problemas de salud laboral.

Al analizar estas funciones, se concluye que los comités requieren de una educación en salud y seguridad que les permita asumir un rol decisivo en la transformación de la realidad que viven los trabajadores para mantener y mejorar sus condiciones de salud.

Conclusiones

Los integrantes de los COPASST describieron los procesos de educación en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) como actividades teóricas, dirigidas y realizadas por las ARL con procesos de coordinación disímiles, en donde participa la administración o el responsable de seguridad y salud en el trabajo.

Los conocimientos no han sido aplicables a la vida cotidiana y a nivel laboral se les brinda información sobre factores de riesgo, brigadas de emergencia y normativa alusiva a los COPASST. A las organizaciones los comités les han sido útiles para identificar factores de riesgo e incrementar el uso de elementos de protección personal.

La educación en salud y seguridad para los trabajadores se reduce a la aplicación de técnicas e instrumentos para transmitir información, actividad que no logra cambio en la actitud de los trabajadores para transformar sus condiciones de trabajo.

La educación para la salud y la seguridad dirigida a los COPASST ha sido considerada como un elemento de poca importancia, que requiere alto costo económico para las organizaciones y las ARL. Esta inversión no se ve reflejada en el mejoramiento de condiciones de trabajo, por la carencia de programas preventivos y de mejoramiento de la salud, monitoreados y evaluados.

Los principios de la educación para la salud y de adultos no se aplican, falta participación de los COPASST, no se parte de sus necesidades, no se favorece el aprender haciendo ni la solución de los problemas reales. En el desarrollo de las sesiones educativas no se tienen en cuenta los momentos de motivación, desarrollo, evaluación y señalamiento de tareas.

Por lo tanto, es necesario plantear una propuesta para realizar el proceso educativo en salud y seguridad dirigido a los COPASST, que contemple las características de los trabajadores y de las organizaciones participantes, el marco conceptual de la educación para la salud, de la educación de adultos y de la salud y la seguridad para los trabajadores.

Los pasos de esta propuesta son los siguientes:

1. Abordaje organizacional. Es el momento de inserción en la organización para conocer el ambiente laboral, el proceso y el flujo de producción, las tareas que realizan los trabajadores, los procesos de interacción entre los trabajadores y sus jefes. Se realiza mediante la coordinación de la ARL con la Gerencia, el responsable de seguridad y salud laboral y los integrantes de los COPASST. Para esto se sugiere utilizar entrevistas semiestructuradas.
2. Identificación de necesidades educativas en forma conjunta, ARL, organización y COPASST. Su función es priorizar las necesidades y seleccionar las susceptibles de ser resueltas mediante los procesos educativos en salud y seguridad a corto y mediano plazo.
3. Identificación de los recursos disponibles. Incluye recursos humanos de la organización y de las ARL, materiales, centros de reunión, recursos financieros para el apoyo logístico y gastos de bienestar.
4. Planeación del Proyecto Educativo. Este proceso implica las siguientes fases: caracterización sociodemográfica de los participantes; planeación de los objetivos que se espera que alcancen los participantes; metodología inductiva/deductiva y siempre participativa; estrategia metodológica con énfasis en el taller participativo; elaboración de un cronograma flexible y que se pueda cumplir; y diseño de las sesiones educativas con tiempo, lugar objetivos y participantes.

5. Socialización del proyecto con la organización y los COPASST. El objetivo de este paso es recibir las sugerencias y firmar el acta de compromiso por la organización COPASST y ARL.

6. Desarrollo del proyecto educativo. Se realiza junto a de cada sesión para mejorar las siguientes.

7. Evaluación del proyecto. Este paso requiere establecer indicadores de cobertura e impacto para mejorar el proceso.

8. Elaboración del informe final por la ARP. Éste es presentado a las directivas de la organización y a los COPASST.

Referencias

- (1) República de Colombia. Ministerio del Trabajo. Decreto 1072 de 2015, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo. Diario Oficial n.º 49.523 (26/05/2015).
- (2) Vargas CA. Acerca de las posibilidades de incidencia de la investigación educativa en las políticas públicas: el caso de la educación básica con personas jóvenes y adultas en México. Sinéctica [revista en Internet]. 2009 [acceso: 02 oct 2015];(33):1-18. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sine/n33/n33a2.pdf>
- (3) Dris M. Educación para la salud en infantil y primaria. Innov Exp Educ. 2010 oct;(35):1-8.
- (4) Ruiz M. ¿Qué es educación? La educación y sus rasgos característicos en la sociedad del conocimiento. En: López-Jurado M (coord.). Educación para el siglo XXI. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2011. pp. 37-60.
- (5) Bastidas M, Pérez FN, Torres JN, Escobar G, Arango A, Peñaranda F. El diálogo de saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación para la salud. Invest Educ Enferm. 2009;27(1):104-111.
- (6) Tamayo O. Teorías pedagógicas: relaciones entre la pedagogía y la didáctica [tesis de maestría]. Manizales: Universidad de Caldas; 2008.

- (7) Salas RS. Educación en la salud: competencia y desempeño profesionales. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1999.
- (8) Chaves AL. Implicaciones educativas de la teoría sociocultural de Vigotsky. Educación. 2001;25(2):59-65.
- (9) Rodríguez ML. La teoría del Aprendizaje Significativo. En: Rodríguez ML (org.). La teoría del aprendizaje significativo en la perspectiva de la psicología cognitiva. Barcelona: Ediciones Octaedro; 2008. pp. 7-44.
- (10) Santos M. Ideas filosóficas que fundamentan la pedagogía de Paulo Freire. Revista Iberoamericana de Educación. 2008;(46):155-173.
- (11) Santana vs. Empleo, condiciones de trabajo y salud. Salud Colectiva [Editorial]. 2012;8(2):101-106.
- (12) Marqués FM. La promoción de la salud: un elemento de competitividad empresarial [Editorial]. Archivo Prevención Riesgos Laborales. 2014 oct;17(4):185.
- (13) Restrepo R, Pérez P, Escobar ML. Evolución del sistema general de riesgos profesionales, Colombia 1994-2004. Rev Fac Nac Salud Pública. 2009;27(2):226-238.
- (14) República de Colombia. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Decreto 1295 de 1994, por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales. Diario Oficial n.º 41.405 (24/06/1994).
- (15) Pérez, Z. Los diseños de método mixto en la investigación en educación: una experiencia concreta. Rev Electr Educare. 2011;15(1):15-29.
- (16) Alarcón AM, Muñoz S. Medición en salud: algunas consideraciones metodológicas. Rev Méd Chile. 2008 ene;136(1):125-130.
- (17) Rocha PK, DoPrado ML. Modelo de cuidado: ¿qué es y cómo elaborarlo? Index Enferm. 2008;17(2):128-132.
- (18) Rolf A. Contribución a la desaparición de los estudios a distancia en la sociedad del conocimiento globalizada. Diálogos: Educ Form Pers Adultas. 2013;2(74):23-30.
- (19) Villaescusa V, Sáez L. Búsqueda de información sobre salud a través de Internet. Enferm Glob. 2013;12(31):197-205.
- (20) García R. Utilidad de la integración y convergencia de los métodos cualitativos y cuantitativos en las investigaciones en salud. Rev Cubana Salud Pública. 2010;36(1):19-29.
- (21) Sánchez S, Salamanca AB. Lectura crítica de estudios cualitativos (I): valoración del rigor. Nure Inv. 2013;10(65):1-2.
- (22) Muñoz IF, Londoño BE, Higuera Y, Sarasti DA, Molina G. La legislación que regula el sistema de salud colombiano: formulación, aplicación e implicaciones sobre sus actores. Rev Fac Nac Salud Pública. 2009;27(2):142-155.
- (23) World Medical Association [sede web]. Ferney-Voltaire: World Medical Association; 2013 [actualizada: 05 may 2015; acceso: 19 feb 2014]. Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones éticas en seres humanos [aprox. 10 pantallas]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
- (24) León F. Reseña de "Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos" del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Acta Bioet. 2004;10(1):105-106.
- (25) Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Consejo de Facultad de la Facultad de Enfermería. Resolución 77 de 2006, por la cual se reglamenta el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia (13/06/2006).
- (26) Schmal R, Ruiz-Tagle A. Un modelo para la gestión de una escuela universitaria orientada a la formación basada en competencias. Cuad Adm. 2009;22(39):287-305.

Custos com antimicrobianos no tratamento de pacientes com infecção

Costos del tratamiento antimicrobiano en pacientes con infección

Costs of antimicrobial treatment in patients with infection

• Adriana Cristina de Oliveira¹ • Adriana Oliveira de Paula² • Rodrigo Farnetano Rocha³

•1• Professora Associada, Departamento de Enfermagem Básica, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Bolsista Produtividade em Pesquisa pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Minas Gerais, Brasil. E-mail: adrianacoliveira@gmail.com

•2• Doutoranda em Enfermagem. Bolsista da Fundação de Apoio à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG). Minas Gerais, Brasil.

•3• Médico. Infectologista. Minas Gerais, Brasil.

Recibido: 05/03/2013 Aprobado: 19/10/2015

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n3.37356>



Resumo

Introdução: Os custos relacionados ao tratamento antimicrobiano de pacientes com infecções da corrente sanguínea causadas por microrganismos resistentes têm sido pouco explorados.

Objetivo: Comparar os custos diretos do tratamento antimicrobiano de pacientes com infecção da corrente sanguínea causada por *Staphylococcus aureus* resistente e sensível à oxacilina (MRSA e MSSA, respectivamente).

Metodologia: Tratou-se de uma coorte histórica, realizada em uma unidade de terapia intensiva. Foram incluídos pacientes com infecção da corrente sanguínea por *Staphylococcus aureus*, entre março de 2007 e março de 2011. Utilizaram-se os registros dos prontuários, da comissão de controle de infecção hospitalar e do sistema de finanças do hospital, sendo realizada análise univariada.

Resultados: Fizeram parte do estudo 31 pacientes tanto no grupo infectado por MRSA, quanto naquele infectado por MSSA. De acordo com a análise univariada, o direcionamento do tratamento reduziu o espectro de ação dos antibióticos utilizados e os custos ($p < 0,001$) e a resistência bacteriana esteve relacionada a um maior gasto com o tratamento antimicrobiano empírico ($p = 0,05$), não sendo encontrada associação para tratamentos direcionado e total.

Conclusão: A resistência bacteriana pode influenciar os custos com tratamento antimicrobiano, sendo necessários mais estudos sobre o tema, avaliando especificamente tratamento antimicrobiano.

Descritores: Resistência a Medicamentos; Custos de Medicamentos; Infecções Bacterianas; Enfermagem (fonte: DECS BIREME).

Resumen

Introducción: Los costos relacionados con el tratamiento antimicrobiano de los pacientes con infecciones del torrente sanguíneo causados por microorganismos resistentes han sido poco explorados.

Objetivo: Comparar los costos directos del tratamiento antimicrobiano de los pacientes con infección del torrente sanguíneo causada por *Staphylococcus aureus* resistente y sensible a la oxacilina (MSSA y MRSA, respectivamente).

Metodología: Se realizó un estudio de cohorte histórico en una Unidad de Cuidados Intensivos. Se incluyeron los pacientes con infección del torrente sanguíneo por *Staphylococcus aureus*, entre marzo del 2007 y marzo del 2011. Se utilizó la historia clínica, la comisión de control de la infección hospitalaria, las finanzas del sistema de hospital y se realizó un análisis univariado.

Resultados: El estudio investigó 31 pacientes en ambos grupos (MRSA y MSSA). Según el análisis univariado, el direccionamiento del tratamiento redujo el espectro de acción de los antibióticos y los costos ($p < 0,001$), la resistencia bacteriana se relacionó con un mayor gasto en el tratamiento antimicrobiano empírico ($p = 0,05$) y no se encontró ninguna asociación para tratamientos en total o direccionados.

Conclusión: La resistencia bacteriana puede influir en el costo del tratamiento antimicrobiano, por lo que se necesita más investigación sobre el tema, específicamente, en la evaluación del tratamiento antimicrobiano.

Descriptores: Resistencia a Medicamentos; Costos de los Medicamentos; Infecciones Bacterianas; Enfermería (fuente: DECS BIREME).

Abstract

Introduction: Costs related to antimicrobial treatment of patients with bloodstream infections caused by resistant microorganisms have been little explored.

Objective: Compare the cost of treatment in patients with oxacillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) and oxacillin-susceptible *Staphylococcus aureus* (MSSA) bloodstream infection (BSI).

Methodology: It is a historic cohort study performed in an intensive care unit with patients with *Staphylococcus aureus* BSI between March/2007 and March/2011. Patients' medical records, records of the hospital infection control committee and of the hospital financial system were used. Univariate analysis were performed.

Results: 31 patients with MRSA and MSSA infection took part in the study. According to the univariate analysis, directed therapy lowered the spectrum of antibiotics activity and the costs ($p = 0,000$), bacterial resistance was linked to a bigger expenditure in empiric antimicrobial therapy ($p = 0,013$), not being found any association for directed or total therapy.

Conclusion: Bacterial resistance may influence the costs of antimicrobial therapy. More studies are needed, specifically, evaluating antibacterial therapy.

Descriptors: Drug Resistance; Drug Costs; Bacterial Infections; Nursing (source: DECS BIREME).

Introdução

A Infecção da Corrente Sanguínea (ICS) é uma das Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde (IRAS) de maior relevância, devido sua alta prevalência, morbi-mortalidade e custos associados (1-4). Dessa forma, várias ações de prevenção têm sido incentivadas pelas agências e sociedades internacionais e nacionais de saúde, tais como Centers for Disease Control and Prevention, Organização Mundial de Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com o intuito de conter as ICS (2, 5, 6).

No Brasil, desde 2010, os indicadores de infecção da corrente sanguínea em pacientes em uso de cateter venoso central em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são de notificação obrigatória, com o objetivo de atingir uma meta nacional de redução dessas infecções em 30% ao longo de três anos, o que comprova a importância de tal topografia de infecção (5).

Os agentes etiológicos mais prevalentes associados à ocorrência de ICS em pacientes internados em unidade de terapia intensiva são as bactérias, mais especificamente os *Staphylococcus coagulase* negativos, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterococcus spp* e *Pseudomonas aeruginosa*, sendo que as consequências das IRAS se tornam mais acentuadas quando tais microrganismos apresentam um perfil de resistência aos antimicrobianos (MR) (2-4).

A resistência dos microrganismos aos antimicrobianos tem se tornado um desafio crescente, à medida que as opções terapêuticas para o tratamento de algumas infecções causadas por estes têm sido cada vez mais restritas. Adicionalmente, a constatação de que cerca de 70% dos patógenos isolados em hospitais americanos são resistentes a, pelo menos, um antibiótico (ATB) corrobora a preocupação com tal cenário (2).

Neste contexto, estudos sobre as diferentes repercussões das infecções relacionadas à resistência bacteriana têm sido incentivados pela Organização Mundial de Saúde, buscando uma maior aproximação com o problema, com vistas a melhorar o conhecimento e fornecer subsídios

para a implementação de medidas que possam influenciar na melhoria da qualidade assistencial, redução de complicações e consequentemente maior segurança do paciente.

Dentre estas repercussões, destacam-se aquelas relacionadas aos custos associados ao tratamento de pacientes portadores de infecção. Os estudos existentes sobre custos são controversos e possuem metodologias variadas, uma vez que geralmente abordam diversos custos diretos, tais como tratamento antimicrobiano, tempo de permanência extra, necessidade de isolamento do paciente, uso de equipamento de proteção individual (EPI), realização de exames laboratoriais, cuidados médicos e de enfermagem, dentre outros (7-9).

Dessa forma, nota-se que o custo atribuível à resistência bacteriana é complexo, multidimensional e difícil de ser estimado. Estudos voltados para o tema demonstram o impacto dos microrganismos resistentes no aumento dos custos hospitalares globais, não avaliando especificamente os custos extras com o uso dos antimicrobianos, especialmente no cenário nacional (7-9).

Assim sendo, considerando a relevância do tema, objetivou-se comparar os custos diretos do tratamento antimicrobiano de pacientes com infecção da corrente sanguínea tendo como agente causal o *Staphylococcus aureus* resistentes à oxacilina (MRSA) e *Staphylococcus aureus* sensíveis à oxacilina (MSSA) em pacientes de uma unidade de terapia intensiva, por meio de um levantamento do perfil clínico-epidemiológico dos pacientes acometidos por ICS em uma UTI, assim como os antibióticos mais utilizados e a duração do tratamento.

Metodologia

Tratou-se de um estudo epidemiológico do tipo coorte histórica realizado em uma unidade de terapia intensiva de um hospital de grande porte e privado de Belo Horizonte, Brasil.

A população do estudo foi composta por todos os pacientes que receberam o diagnóstico de ICS por *Staphylococcus aureus*, durante o período de março de 2007 a março de 2011, de acordo com os critérios estabelecidos pelo National Healthcare Safety Network (NHSN) — Sinais e sintomas + Exame laboratorial —, com confirmação do microrganismo causador e perfil de resistência destes e que completaram o tratamento

com antimicrobiano para infecção da corrente sanguínea associada ao cuidar em saúde durante a internação hospitalar. Foram excluídos os pacientes que apresentaram infecções da corrente sanguínea causadas concomitantemente por microrganismos sensíveis e resistentes. Para preservar a suposição de independência das observações, apenas a primeira infecção da corrente sanguínea devidamente tratada de cada paciente foi incluída no estudo. O grupo de pacientes infectado por *Staphylococcus aureus* resistente à oxacilina foi comparado ao grupo de pacientes com infecção por *Staphylococcus aureus* sensível à oxacilina.

Para a coleta dos dados relacionada aos custos diretos com o tratamento antimicrobiano recebido pelos pacientes, as informações sobre a ocorrência da ICS e o número de doses antimicrobianos utilizadas no tratamento foram obtidas por meio dos registros de prontuários dos pacientes e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, calculando-se assim, inicialmente, o número de doses de antibióticos consumidas cada dia por paciente. Aquelas informações referentes aos custos dos antimicrobianos foram coletadas de acordo com dados fornecidos pelo sistema de finanças da instituição, calculando-se o custo por dia de tratamento e, finalmente, o custo total com o tratamento de cada paciente.

Os custos foram agrupados de acordo com o tipo de tratamento recebido pelo paciente, em custo com o tratamento empírico —ocorrido antes do resultado de cultura— ou direcionado —de acordo com o agente causal da ICS—. Estas informações foram levantadas mediante o valor anual de cada dose de antimicrobiano e apresentadas em dólares.

Os dados foram analisados no programa de estatístico SPSS (19.0). Realizou-se análise descritiva, com apresentação dos valores das medianas e intervalo interquartil —valor percentil 25% e valor percentil 75%— para variáveis contínuas e valores absolutos e porcentagens para variáveis categóricas. Posteriormente, para identificar diferenças entre as variáveis, relacionadas à ocorrência de infecção por MR ou MS, foram realizados os testes qui-quadrado ou exato de Fisher em caso de variáveis categóricas, e o teste Mann-Whitney em caso de variáveis contínuas.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição e foram respeitados os preceitos da Resolução 196/96, no que diz respeito à pesquisa com seres humanos (ETIC n° 658/2011).

Resultados

Foram identificados 78 pacientes com diagnóstico de infecção da corrente sanguínea associada a *Staphylococcus aureus* entre março de 2007 e março de 2011. Destes, oito foram excluídos por apresentarem infecções relacionadas a microrganismos resistentes e sensíveis concomitantemente e outros oito por terem evoluído a óbito antes de finalizar o tratamento. Dos 62 pacientes restantes, 31 pertenciam ao grupo de pacientes com microrganismos resistentes e 31 ao grupo de pacientes com microrganismos sensíveis.

A Tabela 1 apresenta as características clínico-epidemiológicas dos pacientes de acordo com o perfil de resistência do agente causal da infecção da corrente sanguínea —*Staphylococcus aureus* sensível ou resistente à oxacilina.

Tabela 1. Características dos pacientes, de acordo com o perfil de sensibilidade do agente causal da ICS (MRSA ou MSSA). Belo Horizonte, 2011

Variáveis	MRSA % (n = 31)	MSSA % (n = 31)	Valor-p
Sexo			
Feminino	48,4	38,7	0,442
Masculino	51,6	61,3	
Idade (anos) mediana	76 (53-86)	72 (56-81)	0,540
Diagnóstico à Admissão			
Doenças do Sistema circulatório	35,5	35,5	1,000
Doenças do Sistema Respiratório	29,0	25,8	0,776
Doenças do Sistema Digestivo	12,9	16,1	0,718
Doenças infecciosas	9,7	3,2	0,612
Causas externas	3,2	16,1	0,195
Outros	25,8	9,7	0,096
Severidade Clínica			
APACHE II	15 (12-24)	15 (11-28)	0,617

Variáveis	MRSA % (n = 31)	MSSA % (n = 31)	Valor-p
Tipo de paciente			
Clínico	71	71	1,000
Cirúrgico	29	29	
Procedimentos invasivos			
Ventilação mecânica	87,1	93,5	0,671
Cateter Venoso Central	90,3	87,1	1,000
Sondagem Vesical de Demora	90,3	87,1	1,000
Cateter de Pressão Intra-Arterial	90,3	83,9	0,707
Colonização por microrganismo resistente	80,6	45,2	0,004
Enterococcus sp	3,2	3,2	1,000
Staphylococcus aureus	54,8	16,1	0,001
Klebsiella pneumoniae	25,8	22,6	0,767
Acinetobacter baumannii	58,1	32,3	0,041
Pseudomonas aeruginosa netobacter	32,3	16,1	0,041
Enterobacter sp	38,7	6,5	0,002
Tempo de Permanência			
Hospital (dias)	88 (33-116)	51 (21-94)	0,118
UTI (dias)	33 (18-70)	35 (13-57)	0,307
Desfecho			
Óbito	67,7	51,6	0,196
Alta hospitalar	32,3	48,4	0,196

Fonte: Dados da pesquisa.

Dentre os fatores de risco para ocorrência de ICS por MRSA, a colonização por microrganismos resistentes mereceu destaque ($p < 0,05$).

No que diz respeito ao tratamento antimicrobiano dos pacientes, notou-se que a maior parte dos pacientes utilizou antibiótico empírico (77,4%), sendo que do grupo de pacientes infectados por microrganismo resistentes 67,7% receberam tratamento empírico e do grupo de pacientes com microrganismo sensível 87,1% ($p = 0,068$). O não recebimento do tratamento empírico se deu por ausência do diagnóstico de infecção antes dos resultados de cultura.

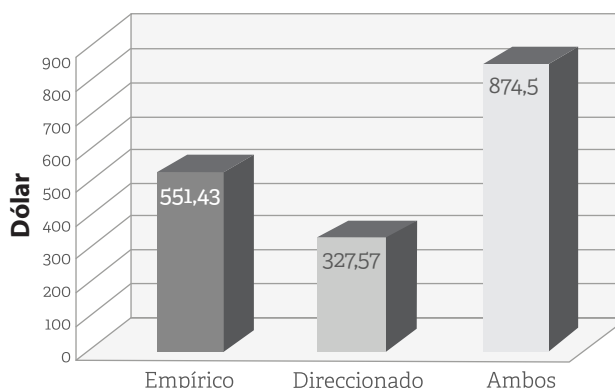
Os antibióticos prescritos com maior frequência nesta etapa foram vancomicina (69,4%), polimixina (46,8%), ertapenem (29,0%), meropenem (24,2%), cefepima (3,2%), cefotaxime, tazocin, oxacilina e ampicilina (1,6% cada). Ressalta-se que não houve diferença significativa entre os grupos analisados para nenhuma classe de antimicrobianos prescrita empiricamente ($p > 0,05$).

Após os resultados de cultura, ressalta-se que 90,3% do total de pacientes receberam tratamento direcionado, sendo 93,5% para os pacientes infectados por MRSA e 87,1% para aqueles com MSSA ($p = 0,671$). O não ajuste do tratamento antimicrobiano provavelmente ocorreu pela demora do resultado da cultura, sendo que, em alguns momentos, o tratamento empírico já estava chegando ao fim ou o paciente não apresentava mais os sintomas da infecção, optando-se por não realizar o direcionamento.

Os antibióticos prescritos com maior frequência durante o tratamento direcionado, para ambos os grupos foram vancomicina (45,2%) e oxacilina (40,3%), seguidos de ampicilina (3,2%), linezolida, teicoplanina, cefotaxima e ciprofloxacina (1,6% cada). O grupo de pacientes com infecção por *Staphylococcus aureus* resistente a oxacilina utilizou significativamente mais vancomicina, quando comparado ao grupo de pacientes com infecção por *Staphylococcus aureus* sensível à oxacilina ($p = 0,000$). Em contrapartida este grupo (MSSA) utilizou mais oxacilina após o resultado da cultura do que o primeiro grupo (MRSA), como recomendado, devido ao perfil de resistência destes microrganismos ($p = 0,000$).

No que diz respeito aos custos para o tratamento dos pacientes, o Gráfico 1 apresenta os custos diretos totais com o tratamento antimicrobiano empírico, direcionado e total. Para esta análise, avaliou-se apenas os pacientes que foram efetivamente tratados em cada momento.

Gráfico 1. Mediana dos custos do tratamento antimicrobiano por paciente, de acordo com o momento empírico, direcionado ou ambos. Belo Horizonte, 2011



Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme observado no Gráfico 1, o direcionamento do antibiótico utilizado no tratamento influenciou fortemente uma queda nos gastos com antimicrobianos ($p = 0,000$). Este direcionamento, conhecido como *desescalamento*, caracteriza-se pela adequação da terapia empírica de acordo com o perfil do microrganismo isolado. Destaca-se que o desescalamento de antimicrobianos após o resultado de cultura diminuiu os custos com antimicrobianos —de us \$551,43 para us \$327,57 ($p = 0,001$)—, sendo que o uso de antibiótico empírico também foi um fator determinante para elevar os custos do tratamento total ($p = 0,000$).

A Tabela 2 apresenta as diferenças das medianas dos custos diretos com tratamento antimicrobiano empírico, direcionado e total, de acordo com o grupo de pacientes —MRSA ou MSSA.

Tabela 2. Medianas dos custos diretos com tratamento antimicrobiano, de acordo com o perfil de sensibilidade do agente causal da ICS (MRSA ou MSSA). Belo Horizonte, 2011

Variáveis	MRSA US\$	MSSA US\$	Valor-p
Custo do tratamento empírico	1.110,22	506,34	0,005
	(121,73-5.315,12)	(50,79-4.428,80)	
Custo do tratamento direcionado	304,74	432,96	0,251
	(33,86-2.336,99)	(74,08-966,72)	
Custo total do tratamento antimicrobiano	1.061,01	829,40	0,540
	(173,90-5.937,29)	(195,11-4.279,92)	

Fonte: Dados da pesquisa.

Verificou-se ausência de significância estatística, na análise univariada, entre os custos do tratamento antimicrobiano direcionado e total de pacientes com *Staphylococcus aureus* resistente e sensível ($p > 0,05$), sendo tal diferença encontrada apenas para custos com o tratamento empírico. Esta diferença justifica-se pelo maior número de doses de meropenem utilizados pelos pacientes com MRSA nesse momento do tratamento.

O custo do tratamento direcionado para pacientes com MSSA foi mais elevado —apesar de não ter sido estatisticamente significativo— em virtude ao maior número de doses administradas para o tratamento com oxacilina (96 doses), quando comparado ao tratamento por vancomicina (17,5 doses).

Discussão

No presente estudo, observou-se que o perfil de resistência do microrganismo permaneceu estatisticamente significativo apenas para tratamento empírico, revelando que pacientes infectados por MRSA demandaram maiores custos com o tratamento empírico.

Em relação aos ATB mais utilizados, tanto no tratamento empírico quanto no direcionado dos pacientes com infecção da corrente sanguínea —ertapenem, meropenem, oxacilina, polimixina B e vancomicina—, a literatura relata que a vancomicina e a oxacilina são os agentes antimicrobianos que habitualmente são usados quando o agente das infecções são bactérias gram-positivas, como o *Staphylococcus aureus* (2, 10). O uso de polimixina B, ertapenem e meropenem como antimicrobianos para o tratamento empírico na instituição analisada se justifica pela alta prevalência de bactérias gram-negativas multirresistente, tais como *Pseudomonas aeruginosa* e *Acinetobacter baumannii*.

No que diz respeito ao tratamento antimicrobiano, ressalta-se que o uso de ATB de amplo espectro de ação na terapia empírica está relacionado a menores taxas de mortalidade entre pacientes criticamente enfermos (11-14, 22, 24, 25). Por este motivo, os guidelines para tratamento de IRAS recomendam que pacientes que possuam fatores de risco para infecções por microrganismos resistentes recebam terapia empírica com pelo menos dois antimicrobianos de amplo espectro de ação, o que foi observado neste trabalho (11, 15).

Entretanto, o uso indiscriminado de antibióticos de amplo espectro pode favorecer a ocorrência de resistência bacteriana, além de elevar os custos (12, 16, 17). Nesta pesquisa, o tratamento empírico dos pacientes foi mais oneroso que o tratamento direcionado (ver Gráfico 1), ressaltando-se a importância do ajuste dos ATB de acordo com os resultados das culturas ser realizado o mais rápido possível, com o intuito de diminuir a emergência de resistência bacteriana e, consequentemente, reduzir os custos no tratamento antimicrobiano dos pacientes. Além disso, o redirecionamento da terapêutica favorece a revisão das prescrições dos pacientes, diminuindo os possíveis equívocos cometidos inicialmente.

A maior parte dos estudos sobre custos com tratamento de pacientes com infecção relacionada à assistência em saúde encontrados na literatura faz uma análise global dos gastos com tratamento de pacientes com infecção por microrganismos resistentes. Uma justificativa destes trabalhos para a maior abrangência dos custos com o tratamento das IRAS se dá pela multifatorialidade da infecção e a consequente complexidade para o tratamento. Isto porque quando se avalia pacientes que desenvolvem IRAS, se observa uma correlação de algumas variáveis que repercutem nas complicações dos mesmos, como na maior permanência do paciente na instituição, gravidade clínica deste, uso de procedimentos invasivos, de ATB, probabilidade de colonização e, consequentemente, maior ocorrência de infecção associada à MR e mortalidade. Assim, deve-se levar em consideração que as IRAS trazem uma elevação dos custos não só com antimicrobianos, mas com uma série de outros fatores.

Entretanto, o foco do presente estudo, em destacar apenas custos diretos com ATB, deve-se à inquietação dos pesquisadores da área de controle e infecção, não especificamente sobre os custos, mas sobre crescente ocorrência de infecções por MR, elevação da taxa de morbimortalidade destes pacientes e, principalmente, a redução do arsenal terapêutico para o tratamento destas IRAS. Verifica-se ainda, a necessidade de instigar reflexões por parte dos profissionais assistenciais acerca da importância do descalonamento de antimicrobianos, da adoção de medidas de prevenção, com repercussão direta na qualidade assistencial, menor índice de complicações do paciente e, sobretudo, redução da mortalidade decorrente destes casos.

Dentre os trabalhos que realizaram uma análise global dos gastos com o tratamento de pacientes com infecções, alguns incluíram como parte dos custos diretos o uso de antibióticos. Contudo, alguns utilizaram como grupo de pacientes sem infecção relacionada à assistência à saúde (18, 19) e outros pacientes com infecção por microrganismo sensível (7-9).

Os estudos que abordaram o tratamento antimicrobiano dos pacientes com infecção por microrganismos multirresistentes, encontraram resultados que corroboram os achados desta pesquisa. Entretanto, estes trabalhos tiveram como parâmetro o custo diário do tratamento, baseado apenas

nos antimicrobianos administrados no primeiro dia de tratamento direcionado, multiplicados pelos valores das doses, não levando em consideração o tempo de tratamento. O primeiro destes estudos não encontrou diferença no custo do tratamento diário de pacientes com MRSA quando comparados a MSSA (20). O segundo reportou que bactérias gram-positivas apresentam custos mais elevados com antimicrobianos, quando comparadas a bactérias gram-negativas, assim como o tratamento de microrganismos multirresistentes também estiveram associados a maiores custos (21).

Além disso, observou-se que a identificação precoce de infecções da corrente sanguínea por microrganismos resistentes tem demonstrado resultado eficaz na redução do tempo para adequação da antibiótico terapia, tempo de permanência e custos gerais com a internação (23).

A relevância deste estudo pode ser evidenciada principalmente por preencher lacunas na literatura, trazendo subsídios para pesquisas nesta temática e por permitir reflexões a cerca de que os custos podem variar em virtude do agente causal, perfil de resistência do mesmo, tempo de tratamento, dose utilizada, dentre outros.

Entretanto, vale destacar que este estudo teve como foco o tratamento de pacientes com infecções por microrganismos gram-positivos. Caso tivesse sido realizada uma avaliação dos pacientes com ICS por microrganismos gram-negativos, o que não foi feito devido a maior prevalência de pacientes infectados por *Staphylococcus aureus* na instituição em questão, destaca-se que as diferenças entre os custos das doses poderiam ser maiores.

Por exemplo, como estimativa de projeção, o tratamento de um paciente com *Klebsiella pneumoniae* sensível poderia ser iniciado com ceftriaxona, na dosagem de 2 g ao dia, durante o período de dez dias. Levando-se em consideração o preço médio deste medicamento de us \$25,21, o valor total do tratamento antimicrobiano destes pacientes seria us \$504,19. Comparado a um paciente com *Klebsiella pneumoniae* multirresistente, o tratamento se daria através do uso de ciprofloxacina, cujo valor médio da dose é de us \$60,52, sendo necessárias quatro doses diárias (400 mg/12 h), pelo mesmo período de dez dias, totalizando assim us \$2.421,08 gastos apenas com antimicrobianos no tratamento deste paciente. O custo do

tratamento para o segundo caso seria aproximadamente 79,2% maior do que o encontrado para o tratamento do mesmo microrganismo sensível.

Dessa forma, destaca-se que estudos avaliando custos com tratamento antimicrobianos de apenas uma espécie de microrganismo não podem ser generalizados, devendo-se levar em consideração que as drogas utilizadas para o tratamento e seus respectivos custos podem variar.

Contudo, ao se analisar que o custo com antimicrobianos em uma instituição, especialmente nas UTI, representa de 30 a 50% do total gasto com medicamentos, sendo que no mínimo 50% dos pacientes fazem uso de antibióticos em algum momento da internação, o presente estudo abre espaços para reflexões nas instituições, sobretudo da CCHI e dos auditores para rever os protocolos adotados. Estes, quando inadequados, podem levar a uma elevação dos gastos com antibióticos, principalmente quando alguns princípios não são considerados, como perfil microbiológico da instituição, possibilidade de descalonamento, tempo necessário para terapêutica, etc.

Assim, sugere-se que outras pesquisas sobre custos avaliem ainda a adequação da terapia antimicrobiana, uma vez que variáveis como antibióticos prescritos, posologia e tempo de tratamento empregado podem influenciar nos custos com o tratamento dos pacientes.

Conclusão

O presente trabalho evidenciou como a colonização por microrganismos resistentes representa um importante fator de risco para a ocorrência de infecções, ainda encontrou que os antibióticos mais utilizados para o tratamento empírico dos pacientes foram aqueles de amplo espectro de ação, como vancomicina, polimixina, ertapenem e meropenem, justificados pelo perfil microbiológico da instituição e de gravidade dos pacientes. No tratamento direcionado, para os pacientes com MRSA, a vancomicina foi a droga de primeira escolha, enquanto para os pacientes com MSSA, a oxacilina foi a droga mais utilizada, em consonância com as recomendações nacionais e internacionais.

Além disso, verificou-se diferença estatisticamente significativa entre os custos no tratamento antimicrobiano empírico de pacientes com

infecção da corrente sanguínea por *Staphylococcus aureus* resistente à oxacilina, quando comparados àqueles com infecção da corrente sanguínea por *Staphylococcus aureus* sensíveis. Observou-se que o descalonamento de antimicrobianos após o resultado de culturas, indispensável para a contenção da emergência bacteriana, pode atuar diminuindo os custos com antimicrobianos.

A análise específica dos custos com antimicrobianos para o tratamento de pacientes com IRAS é de extrema relevância, no sentido de despertar os profissionais de saúde sobre a crescente preocupação com as infecções relacionadas à assistência à saúde e os novos mecanismos de resistência bacteriana, gerando reflexões sobre suas práticas assistenciais. As evidências sobre a redução do arsenal terapêutico vivenciada nos dias atuais, os custos associados ao uso de ATB alternativos, além das elevadas taxas de morbimortalidade dos pacientes com IRAS causadas por MR devem favorecer o uso racional dos ATB disponíveis e, sobretudo, a adesão às medidas de prevenção e controle das IRAS.

Referências

- (1) Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Infecção de Corrente Sanguínea: Orientações para Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea/ Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- (2) O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger P, Garland J, Heard SO *et al.* Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-related Infections. Clin Infectious Dis. 2011;52:1-32.
- (3) Salomão R, Rosenthal VD, Grimberg G, Nouer S, Blecher S, Ferreira SB *et al.* Device-associated infection rates in intensive care units of Brazilian hospitals: findings of the International Nosocomial Infection Control Consortium. Rev Panam Salud Publica. 2008;24(3):195-202.
- (4) Vallés J, Ferrer R. Bloodstream infection in the ICU. Infect Dis Clin North Am. 2009 Sep;23(3):557-569.

- (5) Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Indicadores Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- (6) World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. The second Global Patient Safety Challenge: Safe surgery saves lives. Geneva: WHO; 2008.
- (7) Alam MF, Cohen D, Butler C, Dunstan F, Roberts Z, Hiller S et al. The additional costs of antibiotics and re-consultations for antibiotic-resistant *Escherichia coli* urinary tract infections managed in general practice. *Int J Antimicrob Agents*. 2009 Mar;33(3):255-257.
- (8) Filice GA, Nyman JA, Lexau C, Lees CH, Bockstedt LA, Como-Sabetti K et al. Excess costs and utilization associated with methicillin resistance for patients with *Staphylococcus aureus* infection. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2010 Apr;31(4):365-373.
- (9) Song X, Perencevich E, Campos J, Short B, Singh N. Clinical and economic impact of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* colonization or infection on neonates in intensive care units. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2010 Feb;31(2):177-182.
- (10) Rehm SJ, Tice A. *Staphylococcus aureus*: Methicillin-Susceptible *S. aureus* to Methicillin-Resistant *S. aureus* and Vancomycin-Resistant *S. aureus*. *Clin Infectious Dis*. 2010;51(2):176-182.
- (11) Gudiol F, Aguado JM, Almirante B, Bouza E, Cercenado E, Domínguez MÁ et al. Executive summary of the diagnosis and treatment of bacteremia and endocarditis due to *Staphylococcus aureus*. A clinical guideline from the Spanish Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (SEIMC). *Enferm Infecc Microbiol Clin* [serial on the Internet]. 2015 Nov [access: 2015 Jun 16];33(9):626-632 [Epub 2015 Apr 30]. Available from: doi: 10.1016/j.eimc.2015.03.014
- (12) Marra AR, Almeida SM, Correa L, Junior MS, Martino MD, Silva CV et al. The effect of limiting antimicrobial therapy duration on antimicrobial resistance in the critical care setting. *Am J Infect Control*. 2009;37(3):204-209.
- (13) Marquet K, Liesenborgs A, Bergs J, Vleugels A, Claes N. Incidence and outcome of inappropriate in-hospital empiric antibiotics for severe infection: A systematic review and meta-analysis. *Crit Care*. 2015 Feb;19(1):1-12.
- (14) Fortuin-de Smidt MC, Singh AM, Badat R, Govender NP, Quana V, Kularatne R et al. *Staphylococcus aureus* bacteraemia in Gauteng academic hospitals, South Africa. *Int J Infect Dis*. 2015 Jan;30:41-48.
- (15) Dryden M, Andrasevic AT, Bassetti M, Bouza E, Chastre J, Baguneid M et al. Managing skin and soft-tissue infection and nosocomial pneumonia caused by MRSA: a 2014 follow-up survey. *Int J Antimicrob Agents*. 2015 Apr;45(Suppl 1):1-14.
- (16) Box MJ, Sullivan EL, Ortwine KN, Parmenter MA, Quigley MM, Aguilar-Higgins LM et al. Outcomes of rapid identification for gram-positive bacteremia in combination with antibiotic stewardship at a community-based hospital system. *Pharmacotherapy*. 2015;35(3):269-276.
- (17) Berild D, Mohseni A, Diep LM, Jensenius M, Ringertz SH. Adjustment of antibiotic treatment according to the results of blood cultures leads to decreased antibiotic use and costs. *J Antimicrob Chemother*. 2006;57(2):326-330.
- (18) Niven DJ, Laupland KB, Gregson DB, Church DL. Epidemiology of *Staphylococcus aureus* nasal colonization and influence on outcome in the critically ill. *J Crit Care*. 2009 Dec;24:583-589.
- (19) Kothari A, Sagar V, Ahluwalia V, Pillai BS, Madan M. Costs associated with hospital-acquired bacteraemia in an Indian hospital: a case-control study. *J Hosp Infect*. 2009;71(2):143-148.
- (20) Inan D, Saba R, Gunseren F, Ongut G, Turhan O, Yalcin AN, Mamikoglu L. Daily antibiotic cost of nosocomial infections in a Turkish university hospital. *BMC Infect Dis*. 2005 Jan;3(5):5.
- (21) Vandijck DM, Depaemelaere M, Labeau SO, Depuydt PO, Annemans L, Buyle FM et al. Daily cost of antimicrobial therapy in patients with Intensive Care Unit-acquired, laboratory-confirmed bloodstream infection. *Int J Antimicrob Agents*. 2008 Feb;31(2):161-165.

(22) Micek ST, Wunderink RG, Kollef MH, Chen C, Rello J, Chastre J *et al.* An international multicenter retrospective study of *Pseudomonas aeruginosa* nosocomial pneumonia: impact of multidrug resistance. *Crit Care*. 2015 May;6(19):219-227.

(23) Kleinschmidt S, Huygens F, Faoagali J, Rathnayake IU, Hafner LM. *Staphylococcus epidermidis* as a cause of bacteremia. *Future Microbiol*. 2015 Oct;[Epub ahead of print].

(24) Muscedere JG, Shorr AF, Jiang X, Day A, Heyland DK. The adequacy of timely empiric antibiotic therapy for ventilator-associated pneumonia: an important determinant of outcome. *J Crit Care*. 2012 Jun;27(3):322-329.

(25) Dantas RC, Ferreira ML, Gontijo-Filho PP, Ribas RM. *Pseudomonas aeruginosa* bacteremia: independent risk factors for mortality and impact of resistance on outcome. *J Med Microbiol*. 2014 Dec;63(12):1679-1687.

Intercorrências em hemodiálise e avaliação da saúde de pacientes renais crônicos

Complicaciones en la hemodiálisis y evaluación de la salud de los pacientes renales crónicos

Complications in hemodialysis and health assessment of chronic renal patients

• Daiana Coitinho¹ • Eliane Raquel Rieth Benetti² • Liamara Denise Ubessi³ • Dulce Aparecida Barbosa⁴ •
• Rosane Maria Kirchner⁵ • Laura de Azevedo Guido⁶ • Eniva Miladi Fernandes Stumm⁷ •

•1• Enfermeira, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: daia.coitinho@hotmail.com

•2• Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem. Professora, Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Rio Grande do Sul, Brasil.

•3• Mestre em Educação nas Ciências. Doutoranda em Enfermagem. Rio Grande do Sul, Brasil.

•4• Mestre em Biologia Molecular. Doutora em Medicina. Pós-Doutora em Nefrologia. Professora Adjunta, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, Brasil.

•5• Doutora em Engenharia Elétrica. Professora, Centro de Educação Superior Norte, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Rio Grande do Sul, Brasil.

•6• Doutora em Enfermagem. Professora, Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Rio Grande do Sul, Brasil.

•7• Doutora em Ciências. Docente, Departamento do Curso de Enfermagem e Mestrado em Atenção Integral à Saúde. Rio Grande do Sul, Brasil.

Recibido: 01/05/2013 Aprobado: 19/10/2015

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n3.38016>



Resumo

Objetivo: Identificar as intercorrências clínicas e avaliar a percepção de saúde geral de pacientes renais crônicos em hemodiálise.

Metodologia: Estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa realizado com 77 pacientes em hemodiálise em uma Unidade Nefrológica do noroeste do Rio Grande do Sul. A coleta de dados ocorreu nos meses de maio, junho e julho de 2010, por meio de formulário de caracterização sociodemográfica/clínica o *Kidney Disease and Quality of Life-Short Form* (KDQOL-SFTM). Os dados foram analisados pela estatística descritiva. Projeto de pesquisa aprovado por Comitê de Ética sob parecer nº 02780243000-09.

Resultados: A maioria dos pacientes eram homens (70,1%), idosos (45,4%), casados (59,7%). As intercorrências que ocorreram com mais frequência durante a hemodiálise foram: fraqueza, câimbra e hipotensão arterial. Quanto a avaliação da saúde geral comparada a de um ano atrás, 39% avaliou com *muito melhor agora* e 33,8% como *um pouco melhor agora*.

Conclusões: Mesmo com as intercorrências, os pacientes avaliam sua saúde melhor atualmente.

Descritores: Insuficiência Renal; Diálise Renal; Continuidade da Assistência ao Paciente; Assistência ao Paciente; Enfermagem (fonte: DECS BIREME).

Resumen

Objetivo: Identificar las complicaciones clínicas y evaluar la percepción de salud general de los pacientes renales crónicos en hemodiálisis.

Metodología: Estudio transversal, con enfoque cuantitativo-descriptivo, realizado en 77 pacientes en hemodiálisis en una Unidad Nefrológica del noroeste de Rio Grande do Sul. La recolección de datos se realizó durante los meses de mayo, junio y julio de 2010 con un formulario de características sociodemográficas/clínicas, también denominado *Kidney Disease and Quality of Life-Short Form* (KDQOL-SFTM). Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en el Consejo nº 02780243000-09.

Resultados: La mayoría de los pacientes eran varones (70,1%), adultos mayores (45,4%), casados (59,7%). Los eventos que se produjeron con mayor frecuencia durante la hemodiálisis fueron: debilidad, calambres e hipotensión. En cuanto a la evaluación de la salud general en comparación con la de hace un año, el 39% lo calificó como *mucho mejor ahora* y el 33,8% como *un poco mejor ahora*.

Conclusiones: A pesar de las complicaciones, actualmente los pacientes valoran mejor su salud.

Descriptores: Insuficiencia Renal; Diálisis Renal; Continuidad de la Atención al Paciente; Atención al Paciente; Enfermería (fuente: DECS BIREME).

Abstract

Objective: To identify the clinical complications and to evaluate the perception of general health of chronic renal patients on hemodialysis.

Methodology: Cross-sectional study, with quantitative, descriptive, approach, conducted with 77 patients on hemodialysis in a northwestern Nephrological Unit of Rio Grande do Sul. Data collection occurred during the months of May, June, and July of 2010, using a form of sociodemographic characteristics/clinics or *Kidney Disease and Quality of Life-Short Form* (KDQOL-SFTM). Data were analyzed using descriptive statistics. Research project was approved by the Ethics Committee on the advice nº 02780243000-09.

Results: The majority of the patients were males (70.1%), older (45.4%), married (59.7%). The events that occurred more frequently during hemodialysis were: weakness, cramps, and hypotension. As evaluating the overall health compared to a year ago, 39% rated it *much better now* and 33.8% a *little better now*.

Conclusions: Even with the complications, patients rate their health better now.

Descriptors: Renal Insufficiency; Renal Dialysis; Continuity of Patient Care; Patient Care; Nursing (source: DECS BIREME).

Introdução

As doenças crônicas têm recebido cada vez mais atenção de profissionais de saúde e instigado pesquisadores no sentido de analisar o impacto das mesmas na vida da população (1). No Brasil, segundo dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (2), ocorreu aumento no número de usuários em tratamento dialítico; no ano de 2000 havia 42 695 pacientes em diálise, 65 121 em 2005, 91 314 em 2011 e 100 397 no ano de 2013. Dados da mesma fonte mostram que a maioria dos pacientes (84%) é usuário no Sistema Único de Saúde (SUS).

A Doença Renal Crônica (DRC) é uma doença de instalação gradual na qual o indivíduo se torna dependente de uma modalidade de tratamento dialítico, caracterizada por anormalidades estruturais do rim que podem levar à redução da função renal, diagnosticada por uma filtração glomerular menor que 60 ml/min/1,73 m² durante um período de três meses ou mais (3). Essa doença é considerada mundialmente um problema de saúde pública, acomete milhões de pessoas de todos os grupos raciais e étnicos, apresenta elevada incidência, bem como altas taxas de morbidade e mortalidade (3).

Quanto às modalidades de tratamento dialítico, os procedimentos para manejo da Doença Renal Crônica Terminal (DRCT) substituem a função renal, minimizam os sintomas e prolongam a vida das pessoas, porém não curam. Atualmente, existem três modalidades de terapias substitutivas para a doença renal: Hemodiálise (HD), Diálise Peritoneal (DP) e Transplante Renal (4). Destas, a HD é a mais utilizada e realizada por uma máquina responsável pela filtração extracorpórea do sangue. O referido tratamento corresponde à retirada de um a quatro litros de líquido no decorrer de um período de quatro horas, na periodicidade de três vezes por semana.

No que tange às intercorrências em hemodiálise, uma revisão integrativa aponta que em 30% das sessões de hemodiálise podem ocorrer complicações, dentre as quais infecção em cateter duplo lúmen, hipotensão arterial ou hipertensão arterial,

hipotermia, câimbras musculares, arritmias cardíacas, cefaléia, hipoxemia, prurido, reações alérgicas, dor torácica e lombar, náuseas e vômitos, embolia gasosa, febre e calafrios (5). Estas intercorrências são decorrentes do processo de circulação extracorpórea e da retirada de grande volume de líquidos, em pouco tempo.

Os usuários em hemodiálise sofrem várias alterações no seu cotidiano, as quais demandam adaptação e enfrentamento por parte deles e de seus familiares. Nesse contexto, a hemodiálise aliada ao avanço da doença renal conduz a limitações e danos na saúde psíquica, física, funcional, no bem estar, na interação social e satisfação dos indivíduos que dependem deste tratamento dialítico para se manterem vivos (6).

Diante disso, considera-se que a enfermagem desempenha um papel importante no acompanhamento destes usuários. A proximidade com eles, de três vezes por semana, favorece compartilhar informações, orientações, esclarecimentos de dúvidas, dentre outros aspectos, que resultam em uma assistência holística e personalizada. Para que essa relação ocorra, o enfermeiro, inicialmente, necessita conhecer os usuários, desde a avaliação inicial até o acompanhamento dos usuários nas sessões de hemodiálise, daí a relevância desse estudo.

Neste prisma, compete à enfermagem desenvolver atividades educativas, a partir das necessidades individuais, com o objetivo de orientar os usuários sobre sua doença, intercorrências clínicas, alterações no estilo de vida, tratamento, cuidados com acesso venoso, dentre outras. Com base nessas considerações, este estudo objetiva identificar as intercorrências clínicas e avaliar a percepção de saúde geral de pacientes renais crônicos em hemodiálise.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal descritivo, de abordagem quantitativa, realizado em uma Unidade Nefrológica de um hospital de porte IV do noroeste do Rio Grande do Sul/Brasil. Dentre os usuários (102) que hemodialisavam, no período da coleta de dados compreendido entre maio e julho de 2010, 77 participaram do estudo. Foram incluídos no estudo pacientes com diagnóstico de DRC, que estavam em tratamento hemodialítico há no mínimo seis meses e concordaram

assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos aqueles que apresentavam dificuldade de compreensão do protocolo de pesquisa.

Os usuários que integraram a pesquisa foram contatados na Unidade Nefrológica e, após explanação referente aos objetivos e finalidades da pesquisa foram convidados a integrar o estudo. A coleta de dados foi realizada nos meses de maio, junho e julho de 2010, por meio de um protocolo de pesquisa composto de: Formulário de caracterização sociodemográfica e clínica elaborado pelas pesquisadoras, o qual contemplava além desses dados, intercorrências clínicas associadas à hemodiálise —arritmia cardíaca, infecções repetitivas, ganho de peso, constipação intestinal, dor, hipertensão arterial, dor de cabeça, coceira, perda de peso, hipotensão arterial, fraqueza e câimbra— e o *Kidney Disease and Quality of Life-Short Form (KDQOL-SFTM)* (7).

Para este estudo, foram analisados os itens 1 e 2 do referido instrumento, porque esses dois se relacionavam ao objeto de estudo e contemplavam o objetivo. O item 1 possibilita avaliação da saúde geral atualmente —momento de coleta de dados—, com cinco opções de resposta em uma escala Likert (1 = *excelente*; 2 = *muito boa*; 3 = *boa*; 4 = *regular*; e 5 = *ruim*). Já o item 2 avalia a saúde geral quando comparada a um ano atrás, com cinco opções de resposta (1 = *muito melhor agora*; 2 = *um pouco melhor agora*; 3 = *aproximadamente igual*; 4 = *um pouco pior agora*; e 5 = *muito pior agora*).

Após a coleta, os dados foram digitados e armazenados no Microsoft Excel® e analisados pela estatística descritiva, com utilização do *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*.

Em consonância às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, Resolução Conselho Nacional de Saúde 196/96 (8), foi disponibilizado aos participantes da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi assinado em duas vias. Este estudo integra a pesquisa interinstitucional “Perfil, fatores de risco e avaliação da qualidade de vida de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico em uma unidade de nefrologia da região noroeste do Rio Grande do Sul”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Rio Grande do Sul/Brasil, sob Parecer Consubstanciado nº 02780243000-09.

Resultados

Dentre os participantes, a maioria era do sexo masculino (70,1%). Quanto a idade, 45,4% tinham 60 anos ou mais, 37,7% de 50 a 59 anos, 9,1% de 40 a 49 anos e 7,8% menos de 39 anos. Evidencia-se que a maioria dos participantes da pesquisa (79,2%) possuía baixa escolaridade e que somente 5,2% cursaram o ensino superior e 15,6% o ensino médio.

Quanto ao estado civil dos participantes, constatou-se que 59,7% eram casados, 18,2% viúvos, 11,7% solteiros e 10,4% separados/divorciados. A maioria (87%) possuía filhos, 42,9% residiam com companheiro(a)/esposo(a), 16,9% com esposa e filhos, 11,7% com filhos, 10,4% moravam sozinhos, 6,5% com os pais e os demais com outras pessoas. Quanto ao local da residência, evidenciou-se que 57,2% residiam no município em que a pesquisa foi realizada e 42,9% em cidades vizinhas.

Na Tabela 1 estão apresentadas as intercorrências referidas pelos renais crônicos no seu cotidiano e associados à hemodiálise. Verificou-se que dentre essas, as com percentuais mais elevados foram, respectivamente: fraqueza, câimbra, hipotensão arterial, dor de cabeça, perda de peso, prurido, anemia, hipertensão arterial e dor.

Tabela 1. Intercorrências clínicas cotidianas apontadas pelos renais crônicos em tratamento hemodialítico

Intercorrências clínicas	n	%
Fraqueza	43	55,8
Câimbra	41	53,2
Hipotensão arterial	31	40,3
Dor de cabeça	27	35,1
Perda de Peso	25	32,5
Prurido (coceira)	23	29,9
Anemia	20	26,0
Hipertensão Arterial	16	20,8
Dor	15	19,5
Ganho de Peso	10	13,0
Constipação intestinal	9	11,7
Infecções repetitivas	7	9,1
Arritmia Cardíaca	2	2,6

Fonte: Dados da pesquisa.

Sequencialmente, na Tabela 2 estão apresentadas as intercorrências interdialíticas, conforme apontamento dos participantes do estudo. Constatou-se que a maioria deles (85,7%) apresentou ganho de peso entre uma sessão e, quanto ao edema, verificou-se que ele é mais incidente nas pernas (20,8%) e nos pés (14,3%).

Tabela 2. Intercorrências interdialíticas apontadas pelos renais crônicos em tratamento hemodialítico

Intercorrências	n	%
Ganho de peso		
Sim	66	85,7
Não	10	13,0
Edema		
Pernas	16	20,8
Pés	11	14,3
Tornozelos	7	9,1
Mão	7	9,1
Outras*	3	3,9
*Vômitos, dor estômago, dor de cabeça, sono/sonolência.		

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 3 apresenta as intercorrências clínicas cotidianas —durante e após sessões de hemodiálise— apontadas pelos participantes, conforme sua avaliação da saúde atualmente —momento da coleta de dados—. Durante a hemodiálise constatou-se que dos 37,7% dos renais crônicos que apresentaram hipotensão, apenas 2,6% avaliaram sua saúde como *ruim*, os demais a consideraram *muito boa*, *boa* ou *regular*. De forma semelhante, nas intercorrências câimbra (36,4%) e sensação de frio (32,5%) os participantes que avaliaram sua saúde em geral como *ruim* foram 1,3% e 2,6%, respectivamente.

Quando relacionado a avaliação que o participante fez de sua saúde atualmente, com as intercorrências após a sessão de hemodiálise, dos 50,6% que relataram sentir fraqueza, 46,8% consideraram sua saúde *boa* ou *regular*. Também nas intercorrências hipotensão (26%) e náuseas (26%), em ambas, apenas 1,3% deles avaliaram sua saúde como *ruim*.

Tabela 3. Medidas descritivas das intercorrências clínicas cotidianas e avaliação da saúde atualmente (momento de coleta de dados)

Avaliação da saúde em geral atualmente					
Intercorrências	Muito boa n(%)	Boa n(%)	Regular n(%)	Ruim n(%)	Total n(%)
Durante a hemodiálise					
Câimbra	1(1,3)	11(14,3)	15(19,5)	1(1,3)	28(36,4)
Hipotensão	1(1,3)	10(13,0)	16(20,8)	2(2,6)	29(37,7)
Sensação de frio	1(1,3)	8(10,4)	14(18,2)	2(2,6)	25(32,5)
Dor	-	2(2,6)	5(6,5)	1(1,3)	8(10,4)
Outras*	1(1,3)	2(2,7)	5(6,7)	1(1,3)	9(12,0)
Após a sessão de hemodiálise					
Hipotensão	-	5(6,5)	14(18,2)	1(1,3)	20(26,0)
Fraqueza	-	14(18,2)	22(28,6)	3(3,9)	39(50,6)
Náuseas	1(1,3)	8(10,4)	10(13,0)	1(1,3)	20(26,0)
Não sente nada	-	4(5,2)	1(1,3)	1(1,3)	6(7,8)
Outras*	-	4(5,2)	2(2,6)	-	6(7,8)
* Vômitos, dor no estômago, dor de cabeça, sono/sonolência.					

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Tabela 4 estão apresentadas as medidas descritivas das intercorrências clínicas cotidianas —durante e após sessão— apontadas pelos participantes e a avaliação da saúde em geral atualmente —momento de coleta de dados— quando comparada a de um ano atrás. Observou-se que 37,7% apresentaram hipotensão durante a sessão de hemodiálise e destes 26% avaliaram sua saúde como melhor agora, se comparada a de um ano atrás. Constatou-se que dentre os 36,4% que apresentaram câimbra, 24,7% avaliaram sua saúde como melhor agora e 7,8% a considera pior atualmente. Quando solicitados para avaliar sua saúde segundo as intercorrências ocorridas após a sessão, constatou-se que o maior percentual dos participantes (50,6%) referiu fraqueza e avaliou sua saúde como *melhor agora* (33,8%). Destaca-se que 11,7% dos pesquisados avaliaram sua saúde pior agora do que à de um ano atrás.

Tabela 4. Medidas descritivas das intercorrências clínicas cotidianas e avaliação da saúde atualmente quando comparada a de um ano atrás

Avaliação da saúde em geral comparada a de um ano atrás						
Intercorrências	Muito melhor agora n(%)	Um pouco melhor agora n(%)	Aproximadamente igual n(%)	Um pouco pior agora n(%)	Muito pior agora n(%)	Total n(%)
Durante a hemodiálise						
Câimbra	10(13,0)	9(11,7)	3(3,9)	5(6,5)	1(1,3)	28(36,4)
Hipotensão	12(15,6)	8(10,4)	3(3,9)	5(6,5)	1(1,3)	29(37,7)
Sensação de frio	10(13,0)	7(9,1)	2(2,6)	4(5,2)	2(2,6)	25(32,5)
Dor	3(3,9)	2(2,6)	2(2,6)	1(1,3)	-	8(10,4)
Outras*	2(2,7)	3(4,0)	1(1,3)	2(2,7)	1(1,3)	9(12,0)
Após a sessão de hemodiálise						
Hipotensão	7(9,1)	9(11,7)	3(3,9)	1(1,3)	-	20(26,0)
Fraqueza	13(16,9)	13(16,9)	4(5,2)	6(7,8)	3(3,9)	39(50,6)
Enjôo	9(11,7)	6(7,8)	2(2,6)	2(2,6)	1(1,3)	20(26,0)
Não sente nada	4(5,2)	1(1,3)	1(1,3)	-	-	6(7,8)
Outras*	2(2,6)	1(1,3)	1(1,3)	2(2,6)	-	6(7,8)
*Vômitos, dor estômago, dor de cabeça, sono/sonolência.						

Fonte: Dados da pesquisa.

A seguir, na Tabela 5 está explicitada a avaliação dos participantes da saúde em geral atualmente comparada a de um ano atrás. Dos que responderam *muito melhor agora* (39%), apenas 3,9% avalia sua saúde como *ruim* atualmente, os demais (35,1%) como *muito boa*, *boa* ou *regular*.

Tabela 5. Medidas descritivas da avaliação da saúde atualmente comparada a de um ano atrás

Avaliação da saúde em geral atualmente					
Avaliação da sua saúde em geral comparada a de um ano atrás	Muito boa n(%)	Boa n(%)	Regular n(%)	Ruim n(%)	Total n(%)
Muito melhor agora	3(3,9)	16(20,8)	8(10,4)	3(3,9)	30(39,0)
Um pouco melhor agora	0(0)	11(14,3)	15(19,5)	0(0)	26(33,8)
Aproximadamente igual	0(0)	4(5,2)	4(5,2)	0(0)	8(10,4)
Um pouco pior agora	0(0)	2(2,6)	8(10,4)	0(0)	10(13,0)
Muito pior agora	0(0)	1(1,3)	1(1,3)	1(1,3)	3(3,9)

Fonte: Dados da pesquisa.

De forma semelhante, 33,8% dos participantes avaliou sua saúde em geral como *um pouco melhor agora* e nenhum a avaliou como *ruim* atualmente.

Discussão

Em relação ao predomínio do sexo masculino entre os participantes, constatou-se que esse dado vai ao encontro dos resultados de um estudo realizado com 223 pacientes, em Belo Horizonte (MG), no qual foi verificado 56,5% eram homens, 55,2% com idade entre 60 e 70 anos, 59,2% casados, 91,9% possuíam filhos, 89,3% moravam com familiares e 47,5% estudaram de um a quatro anos (9).

Quanto aos idosos em tratamento hemodialítico, considera-se que o envelhecimento populacional é um dos fatores que explicam esse aumento gradativo do número de pessoas idosas em hemodiálise. Isto ocorre porque paralelamente ao avanço da expectativa de vida e ao aumento do número de idosos, ocorre uma maior incidência de agravos à saúde, dentre os quais o Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) que contribuem para o aumento da prevalência da DRC (10) e consequentemente ao aumento de idosos em tratamento hemodialítico (11).

No que tange à escolaridade dos usuários participantes da pesquisa, constata-se que ela é baixa e vai ao encontro da realidade do Brasil. Nesse sentido, pesquisa (10) realizada em quatro serviços de Diálise de Ribeirão Preto/SP, na qual foram caracterizados os usuários adultos e idosos em hemodiálise, avaliadas e descritas as diferenças da qualidade de vida relacionada à saúde, encontraram resultado semelhante em relação à escolaridade, ou seja, de que os participantes estudaram de um a oito anos.

Identificou-se que 89,6% dos participantes deste estudo moravam com familiares ou companheiros. Infere-se que este fato é positivo, visto que o renal crônico, na maioria das vezes e, em especial quando idoso, necessita de alguém para auxiliá-lo em atividades cotidianas, que incluem o cuidado de si, como higiene, alimentação, medicação, dentre outras. Nesse contexto, destaca-se que o processo saúde e doença envolve todo o contexto social, político e cultural do indivíduo, incluindo sua família. Assim, as limitações e alterações da DRC e do tratamento hemodialítico impactam na vida dos renais crônicos e também de seus familiares, os quais precisam se reorganizar e também se adaptar, pois o paciente necessita de cuidados (12).

Dessa forma, compete ao enfermeiro instrumentalizar os familiares para auxiliarem no cuidado ao renal crônico, tendo em vista que o cuidador tem que estar preparado para acompanhar nas sessões de hemodiálise, ajudar os pacientes nas atividades da vida diária, controlar o uso de medicamentos além de ser um suporte emocional. O enfermeiro pode desenvolver atividades de educação em saúde, tanto com pacientes quanto com familiares, que proporcionem maior conhecimento relacionado à doença, ao tratamento e controle emocional a fim de desenvolver estratégias para a solução de problemas (13).

Dentre as intercorrências clínicas cotidianas apontadas pelos participantes deste estudo, destaca-se que as mais frequentes foram fraqueza (55,8%), cãimbra (53,2%), hipotensão arterial (40,3%), dor de cabeça (35,1%) e perda de peso (32,5%). Salienta-se que essas intercorrências podem interferir na avaliação da saúde no geral e consequentemente na qualidade de vida desses pacientes, portanto demandam assistência adequada da equipe de enfermagem, com objetivo de preveni-las ou minimizá-las.

Em pesquisa que teve por objeto de estudo as complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise, foi identificado que as principais foram hipotensão arterial (62,07%), vômitos (44,83%) e tontura (41,38%) (14), resultados semelhantes aos encontrados no presente estudo, porém com percentuais diferentes. Isso implica, diante da especificidade do paciente e complexidade do tratamento, na importância de individualizar o cuidado, a fim de prestar uma assistência holística para os renais crônicos, muitas vezes fragilizados e inseguros perante a modalidade terapêutica.

Infere-se que as intercorrências apresentadas durante ou após a sessão de diálise relacionam-se às condições clínicas do paciente, ao desequilíbrio hidroeletrólítico, à qualidade e controles da diálise. Nesse sentido, o enfermeiro deve gerenciar o cuidado prestado, a partir da identificação das necessidades individuais de cada paciente, por meio do processo de enfermagem (15). Os cuidados de enfermagem envolvem a sistematização, a monitorização, detecção e intervenção diante de intercorrências, para garantir uma assistência de enfermagem técnica, segura e de qualidade.

Nesse contexto, emerge como possibilidade a sistematização da assistência de enfermagem, que possibilita a individualização do cuidado a partir da identificação dos diagnósticos de enfermagem. Em estudo realizado com 178 renais crônicos submetidos à hemodiálise foram identificados os diagnósticos de enfermagem, sendo os mais frequentes volume de líquidos excessivo (99,4%), hipotermia (61,8%), autocontrole ineficaz da saúde (42,7%), fadiga (42,7%), dentição prejudicada (38,2%) e mobilidade física prejudicada (35,4%) (16).

Os diagnósticos de enfermagem também foram objeto de um estudo realizado em São Paulo/Brasil com 50 pacientes em hemodiálise (17). Nesse, os autores identificaram em 100% da amostra estudada os seguintes diagnósticos: eliminação urinária prejudicada, integridade da pele prejudicada, risco de infecção, risco de perfusão renal ineficaz, mobilidade física prejudicada e risco de desequilíbrio eletrolítico (17). Os resultados desses estudos balizam que os renais crônicos apresentam diversos diagnósticos de enfermagem em comum, os quais embasam o enfermeiro para o planejamento e a implementação de ações para atender as necessidades de cuidado sistematizado.

Quanto a alteração no volume de líquidos, evidenciada pelo ganho de peso interdialítico e edema, na maioria das vezes, ela ocorre pelo seguimento inadequado da restrição hídrica e alimentar à qual o paciente está submetido. Autores ainda pontuam que a realização inadequada do tratamento dialítico pode ser justificada pela baixa renda e escolaridade, dificultando assim a continuidade da terapêutica adequada, bem como o acesso aos serviços de saúde (16). Salienta-se que esse comportamento, indicativo de falta de adesão ao tratamento, pode contribuir para a ocorrência frequente de intercorrências clínicas, inclusive fatais, daí a importância da educação em saúde permanente para esses pacientes.

Entende-se que a dificuldade em controlar sua própria saúde perpassa pela complexidade do tratamento. Além disso, estudo associa esta dificuldade aos fatores socioeconômicos e ao desconhecimento do processo patológico, sendo estes os principais responsáveis por acelerar o curso da doença (18). Ademais, a fragilidade do suporte do paciente para a vivência em sociedade e em família também pode contribuir para a não aderência ao regime terapêutico (18). Tais condições condizem com o encontrado na amostra investigada, pois além da baixa escolaridade e renda, 37,1% destes não possuíam um companheiro.

Verificou-se nos participantes do estudo que a fraqueza foi apontada por mais da metade deles e que esta intercorrência interfere na avaliação da saúde. Essa intercorrência, relacionada ao domínio Atividade/Repouso, pode estar presente nos pacientes renais que apresentam o quadro clínico de anemia, sendo a fadiga uma das consequências mais adversas no paciente em hemodiálise (19). Diante dessa assertiva, pontua-se a necessidade de controles de exames laboratoriais e do uso de medicamentos que contribuem para níveis séricos desejáveis de hemoglobina e hematócrito.

Quanto à avaliação da saúde em geral, estudo que avaliou a qualidade de vida de 72 portadores de doença renal em hemodiálise, identificou que 27,8% consideraram que sua saúde estava *aproximadamente igual e muito melhor agora* do que há um ano, respectivamente (1). Esses resultados corroboram os do presente estudo, pois a hemodiálise possibilita uma avaliação positiva da saúde em geral, especialmente por reduzir alguns sintomas que podem ocorrer antes das sessões de hemodiálise, como por exemplo, mal-estar, astenia, inapetência, indisposição e, na maioria das vezes, o medo da morte.

Ainda, autores salientam que apesar de a doença e de sua forma de tratamento causarem limitações no cotidiano, há fatores mais importantes que motivam e estimulam esses pacientes a enfrentar essa fase de sua vida (20). Nesse interim, pontua-se que a hemodiálise contribui positivamente para que o doente renal avalie sua saúde em geral, mesmo com a ocorrência de intercorrências eventuais.

Estudo realizado com 100 pacientes do Centro de Nefrologia do Maranhão, no que tange a avaliação da saúde comparada a de um ano atrás, revelou que 39% avaliaram sua saúde *um pouco melhor agora*, 22% *um pouco pior*, 18% *muito melhor agora*, 13% *aproximadamente igual* e 8% *muito pior agora* (21). Esses dados reforçam que para a grande maioria dos pacientes, a percepção de sua saúde melhora com o passar do tempo em hemodiálise, o que reflete a efetividade da terapêutica e instiga os profissionais a qualificarem cada vez mais a assistência prestada.

Nesse sentido, infere-se que a sala de diálise deve ser um ambiente de educação em saúde e educação em serviço. Entretanto, o compartilhamento de informações deve ser acompanhado da comunicação efetiva, a qual é facilitada pela presença do vínculo entre profissionais e paciente (22). Independente do cenário de atuação, o

cuidado restrito ao conhecimento técnico e científico pode dificultar a educação em saúde, uma vez que o estabelecimento da relação interpessoal auxilia na identificação das necessidades (23).

Assim, considera-se que o estabelecimento de relações interpessoais durante o ato de cuidar pode interferir significativamente para o bem-estar do paciente e conseqüentemente, sobre a capacidade dele perceber, de maneira positiva ou negativa, sua experiência. Por estar em contato direto com o paciente e familiares, o enfermeiro é responsável por orientar sobre a doença, suas implicações, intercorrências e limitações, assim como informar sobre o plano terapêutico, aspectos técnicos da hemodiálise e os possíveis problemas que o paciente possa vir a apresentar (24). Além disso, as unidades de diálise bem como os profissionais que ali atuam têm potencial para intervir e planejar estrategicamente ações multiprofissionais para promover a melhoria da atenção ao paciente em tratamento hemodialítico (25).

Dada a complexidade da atenção ao paciente em tratamento hemodialítico, as intercorrências clínicas decorrentes do procedimento demandam cuidados específicos da enfermagem. Porém, destaca-se que o trabalho em equipe multidisciplinar é indispensável para que os pacientes possam ser acolhidos e assistidos com segurança, qualidade e humanização.

Conclusão

As intercorrências mais frequentes apontadas pelos participantes do estudo foram fraqueza e câimbras, resultados que corroboram com a literatura. Essas intercorrências estão associadas às condições clínicas do paciente, desequilíbrio hidroeletrólítico e qualidade da diálise e, portanto demandam cuidados individualizados e qualificados da equipe que o assiste a fim de preveni-las ou minimizá-las.

Com base nos resultados da avaliação de saúde, infere-se que embora durante o tratamento hemodialítico o paciente apresente intercorrências clínicas, o método dialítico interfere positivamente na percepção da saúde, em especial por reduzir os sintomas relacionados a DRC.

Nesse contexto, a equipe de enfermagem assume um papel importante, privilegiada por permanecer o tempo todo ao lado do paciente, em uma periodicidade de três vezes por semana, a qual favorece e

possibilita conhecê-lo, observá-lo e detectar alterações no seu estado geral. Além disso, essa aproximação favorece o vínculo e relação de confiança entre profissionais e pacientes, o que pode contribuir para melhorar a adesão ao tratamento e consequentemente diminuir as intercorrências, por meio de ações educativas e prevenção de danos, resultantes das intercorrências e da própria evolução da doença.

Esses resultados remetem a reflexões e ações de profissionais de saúde que atuam em Unidades Nefrológicas, responsáveis pelo cuidado desses usuários, no sentido de prevenir intercorrências, bem como de atuar precocemente com vistas a minimizar os efeitos indesejáveis das mesmas e com repercussões positivas no bem estar do paciente e nas percepções sobre sua saúde.

Referências

- (1) Cordeiro JA, Brasil VV, Silva AM, Oliveira LM, Zatta LT, Silva AC. Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica. *Rev Eletr Enf [periódico na Internet]*. 2009 [acesso: 29 Dez 2012];11(4):785-793. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a03.pdf>
- (2) Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo de Diálise SBN 2013 [relatório na Internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Nefrologia; 2013 [acesso: 17 Jul 2015]. Disponível em: http://www.sbn.org.br/pdf/censo_2013-14-05.pdf
- (3) National Kidney Foundation. KDOQI clinical practice guideline for diabetes and CKD: 2012 update. *Am J Kidney Dis*. 2012 Nov;60(5):850-886.
- (4) Jacobi CS, Beuter M, Girardon-Perlini NM, Leite MT, Maldaner CR, Silva MS. Percepções do idoso em tratamento pré-dialítico sobre o cuidado da família. *Ciênc Cuid Saúde*. 2015;14(3):1354-1361.
- (5) Oliveira AP, Sousa AS, Mendonça AE, Silva RA. Intradialytic complications in patients with chronic renal failure submitted to hemodialysis: integrative review. *Rev Enferm UFPE Online*. 2013;7(11):6639-6645.
- (6) Pilger C, Rampari EM, Waidman MA, Carreira L. Hemodiálise: seu significado e impacto para a vida do idoso. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010;14(4):677-683.
- (7) Duarte PS, Miyazaki MC, Ciconelli RM, Sesso R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SFTM). *Rev Assoc Med Bras*. 2003;49(4):375-381.
- (8) República Federativa do Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvam seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde [norma na Internet]. 1996 [acesso: 13 Mar 2012]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html
- (9) Braga SF, Peixoto SV, Gomes IC, Acúrcio FA, Andrade EI, Cherchiglia ML. Factors associated with health-related quality of life in elderly patients on hemodialysis. *Rev Saúde Pública*. 2011 Dec;45(6):1127-1136.
- (10) Santos AM, Lucena NM, Vale AM. Caracterização sociodemográfica de idosos com doença renal crônica submetidos a tratamento dialítico em um hospital filantrópico. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2010;14(4):7-12.
- (11) Kusumoto L, Marques S, Haas VJ, Rodrigues RA. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(Esp):152-159.
- (12) Centenaro GA. A intervenção do serviço social ao paciente renal crônico e sua família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(Supl 1):1881-1885.
- (13) Quintana JM, Hammerschmidt KS, Santos SS. Percepções de idosos que vivem o cuidado de enfermagem durante a hemodiálise. *Rev Eletr Enf*. 2014;16(3):662-670.
- (14) Terra FS, Costa AM, Figueiredo ET, Moraes AM, Costa MD, Costa RD. As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. *Rev Soc Bras Clín Méd*. 2010;8(3):187-192.

(15) Sancho PO, Tavares RP, Lago CC. Assistência de enfermagem frente às principais complicações do tratamento hemodialítico em pacientes renais crônicos. *Rev Enferm Contemporânea*. 2013 Dez;2(2):169-183.

(16) Frazão CM, Araújo MG, Tinoco JD, Delgado MF, Lúcio KD, Lira AL. Características definidoras dos diagnósticos de enfermagem identificados nos indivíduos em hemodiálise. *Cienc Cuid Saúde*. 2015;14(2):1157-64.

(17) Poveda VB, Alves JS, Santos EF, Moreira AG. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à hemodiálise. *Enferm Glob*. 2014;34:70-81.

(18) Rudinick T. Doença renal crônica: vivência do paciente em tratamento de hemodiálise. *Contextos Clínic*. 2014;7(1):105-116.

(19) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 226 de 10 de maio de 2010 [norma na Internet]. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde; 2010 [acesso: 16 Jul 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0226_10_05_2010.html

(20) Grasselli CS, Chaves EC, Simão TP, Botelho PB, Silva RR. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise. *Rev Bras Clin Med*. 2012;10(6):503-507.

(21) Coutinho NP, Vasconcelos GM, Lopes ML, Wadie WC, Tavares MC. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. *Rev Pesq Saúde*. 2010;11(1):13-17.

(22) Pessoa NR, Linhares FM. Pacientes em hemodiálise com fístula arteriovenosa: conhecimento, atitude e prática. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2015;19(1):73-79.

(23) Moreira AG, Araújo ST, Torchi TS. Preservação da fístula arteriovenosa: ações conjuntas entre enfermagem e cliente. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2013;17(2):256-262.

(24) Frazão CM, Delgado MF, Araújo MG, Silva FB, Sá JD, Lira AL. Cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise. *Rev Rene*. 2014;15(4):701-709.

(25) Coutinho NP, Tavares MC. Atenção ao paciente renal crônico, em hemodiálise, sob a ótica do usuário. *Cad Saúde Colet*. 2011;19(2):232-239.

Uso de terapias integrativas e complementares por pacientes em quimioterapia

Uso de terapias integrativas y complementarias por pacientes sometidos a la quimioterapia

Use of complementary and integrative therapies by oncology chemotherapy patients

• Julyane Felipette Lima¹ • Silvana Ceolin² • Bruna Knob Pinto³ •
• Juliana Graciela Vestena Zilmmer⁴ • Rosani Manfrin Muniz⁵ • Eda Schwartz⁶ •

•1• Doutoranda em Enfermagem. Docente Assistente, Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFRS), Santa Catarina, Brasil. E-mail: julyane_felipette@hotmail.com

•2• Doutoranda em Enfermagem. Rio Grande do Sul, Brasil.

•3• Doutoranda em Enfermagem. Rio Grande do Sul, Brasil.

•4• Professora Adjunta, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas. Rio Grande do Sul, Brasil.

•5• Doutora em Enfermagem. Docente, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas. Rio Grande do Sul, Brasil.

•6• Doutora em Enfermagem. Docente, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas. Rio Grande do Sul, Brasil.

Recibido: 08/07/2012 Aprobado: 19/10/2015

doi: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n3.53363>



Resumo

Objetivo: Conhecer as terapias integrativas e complementares utilizadas pelos pacientes em quimioterapia oncológica.

Metodologia: Estudo qualitativo, realizado com seis pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico, em um serviço de oncologia do sul do Rio Grande do Sul, Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevista, em junho de 2010, sendo a análise de conteúdo tipo temática.

Resultados: As terapias abordadas neste estudo foram a homeopatia, a fitoterapia e as plantas medicinais e percebeu-se que elas aumentam a sensação de bem-estar, possibilitam o estabelecimento de vínculos positivos com profissionais da saúde, e fazem parte do saber popular e estão interligadas ao conhecimento científico.

Conclusões: Apreende-se que uso de terapias integrativas e complementares em oncologia permite a aproximação do profissional enfermeiro com o paciente em quimioterapia, conhecendo-o em sua complexidade.

Descritores: Plantas Medicinais; Terapias Complementares; Neoplasias; Fitoterapia; Enfermagem (fonte: DECS BIREME).

Resumen

Objetivo: Conocer las terapias integrativas y complementarias utilizadas por los pacientes sometidos a la quimioterapia oncológica.

Metodología: Estudio cualitativo llevado a cabo con seis pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico en un Servicio de Oncología en el sur de Rio Grande do Sul, Brasil. Los datos fueron recolectados por medio de una entrevista en junio de 2010; el análisis de contenido fue de tipo temático.

Resultados: Las terapias evaluadas en este estudio fueron la homeopatía, la fitoterapia y las plantas medicinales. Se encontró que éstas aumentan la sensación de bienestar, permiten el establecimiento de vínculos positivos con los profesionales de la salud, son parte del conocimiento popular y están interconectadas con el conocimiento científico.

Conclusiones: Se puede observar que el uso de terapias integrativas y complementarias en oncología permite una aproximación del profesional de enfermería con el paciente en quimioterapia, conociéndolo en su complejidad.

Descriptores: Plantas Medicinales; Terapias Complementarias; Neoplasias; Fitoterapia; Enfermería (fuente: DECS BIREME).

Abstract

Objective: To know about the complementary and integrative therapies used by patients undergoing oncology chemotherapy.

Methodology: This is a qualitative study carried out with six cancer patients undergoing chemotherapy treatment in an Oncology Service in the southern Rio Grande do Sul, Brazil. Data were collected through interview in June, 2010, and the content analysis was of thematic type.

Results: The therapies approached in this study were homeopathy, phitotherapy, and medicinal plants. It was perceived that they increase the feeling of well-being, allow the establishment of positive bonds with health professionals, are part of popular knowledge, and are interconnected to scientific knowledge.

Conclusions: It is apprehended that the use of integrative and complementary therapies on oncology allows the approximation of the professional nurse to the patient undergoing chemotherapy, knowing him/her in his complexity.

Descriptors: Plants, Medicinal; Complementary Therapies; Neoplasms; Phitotherapy; Nursing (source: DECS BIREME).

Introdução

A partir do momento em que a pessoa tem o diagnóstico de câncer e passa a realizar tratamento quimioterápico, muitos sentimentos negativos são associadas a esta experiência. O câncer é uma doença estigmatizada, na qual os significados atribuídos a este acometimento estão relacionados a vivências negativas. Alguns autores consideram “que seu estigma esteja além do ser temido pela representação social de morte, sofrimento, etc.”, denominando o câncer como *doença transformadora*, sendo que estas mudanças nem sempre são perpassadas por momentos felizes (1).

Neste contexto, as terapias complementares (TC), por incorporarem práticas humanizadas em sua aplicação, são utilizadas conjuntamente com o tratamento alopático, sendo em muitos casos prescritas pelos profissionais da saúde, como se observa em estudos com pessoas que utilizam terapias complementares/espirituais (2). Sob este olhar, as TC adquirem forte significado cultural e psicológico ao paciente oncológico, talvez por se constituírem em alternativa de cura a uma patologia associada ao sofrimento e morte.

De encontro aos sentimentos e vivências negativas relacionadas ao diagnóstico do câncer, as TC tem potencial para propiciarem “senso de autocontrole e conforto psicológico”, conforme evidenciou um estudo realizado com mulheres acometidas por câncer de colo de útero (3). Há também, no contexto da oncologia, a utilização de práticas terapêuticas não farmacológicas que comprovadamente resultam em melhoras dos sinais e sintomas decorrentes da doença e tratamento, como o uso de terapia comportamental para o alívio da dor (4).

Diante do reconhecimento dos pontos nevrálgicos da medicina alopática e considerando que grande parte da população faz uso de TC como forma de tratamento, a Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir da década de 1980, vem estimulando o uso desta prática, incentivando a integração da Medicina Tradicional (MT) aos sistemas nacionais de saúde. Em consonância com essas recomendações, a partir de 2006, o Brasil passou a integrar o conjunto de países que possuem políticas nacionais de

MT, com a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as terapias contempladas nesta política estão medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, termalismo social/crenoterapia, medicina antroposófica, plantas medicinais e fitoterapia (5).

Diante do enfoque integral que o paciente oncológico anseia em sua terapêutica, compreende-se a utilização das TC como um recurso positivo, pois a literatura aponta que há significativa melhoria na qualidade de vida e diminuição do estresse causado pela doença e tratamento (6). Tais recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase no desenvolvimento do vínculo terapêutico, escuta acolhedora e integração do ser humano com o ambiente e a sociedade (7).

A partir do exposto, o presente estudo tem como questão de pesquisa: *Quais as terapias integrativas e complementares utilizadas por pacientes com câncer em tratamento quimioterápico?* Portanto, o objetivo deste artigo é conhecer as terapias integrativas e complementares utilizadas pelos pacientes em quimioterapia oncológica.

Metodologia

Estudo qualitativo vinculado ao subprojeto da pesquisa *Os clientes oncológicos e suas famílias e os sistemas de cuidados nas condições crônicas*, de caráter quantitativo e qualitativo, realizada em um Serviço de Quimioterapia de um hospital de ensino do sul do Rio Grande do Sul, com aprovação no Comitê de Ética da Universidade Católica de Pelotas sob parecer número 2008/23 em 19 de maio de 2008.

Participaram deste estudo seis pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico, selecionados a partir da participação na etapa quantitativa da referida pesquisa, escolhidos segundo o critério de responder afirmativamente quanto à utilização de terapias complementares aliadas ao tratamento convencional. Para manutenção do anonimato dos pacientes, estes foram identificados pelo número da entrevista, atribuindo-se a letra “E” seguida do número em ordem crescente de participação na pesquisa.

A coleta de dados ocorreu no mês de Junho de 2010 no Serviço de Oncologia de um hospital de ensino no sul do Rio Grande do Sul, exceto com um dos entrevistados que foi realizada no domicílio do mesmo. No dia da entrevista, previamente agendada, os participantes do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após os esclarecimentos devidos, em duas vias, e a coleta de dados procedeu-se por meio de um roteiro de entrevista, gravada, com duração média de 40 minutos. Na entrevista, questionaram-se os motivos que levaram a utilização das terapias complementares e uma descrição destas.

A análise dos dados foi desenvolvida conforme o que preconiza a Análise de Conteúdo modalidade temática descrita por Bardin, a qual versa sobre a descoberta dos “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e que tem importância para o objetivo analítico pretendido. Este tipo de análise é desenvolvido em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos dados obtidos e interpretação (8). Cabe ressaltar que este artigo versa sobre a discussão do tema *As práticas não convencionais utilizadas pelos pacientes oncológicos* que emergiu do trabalho de conclusão de curso de graduação intitulado *As terapias complementares no cotidiano de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico*.

Resultados e Discussão

Participaram do estudo seis pessoas, cinco do sexo masculino e um do sexo feminino, com idades variando de 41 a 74 anos. Com relação à escolaridade, um possuía o ensino fundamental incompleto, um ensino fundamental completo, dois ensino médio completo e dois ensino superior completo.

Dentre as terapias integrativas e complementares citadas pelos participantes deste estudo encontram-se aquelas baseadas em plantas medicinais que são a homeopatia, a fitoterapia e as plantas medicinais.

Homeopatia

A homeopatia, introduzida no Brasil por volta de 1840 por Benoit Muree, pode ser conceituada como “um sistema médico complexo”, uma vez que age conforme um ponto de vista próprio sobre a morfologia humana, dinâmica da vida e doutrina médica, diferenciando-se da Biomedicina Ocidental por seu sistema de diagnóstico e intervenção terapêutica (9).

Apesar de ser uma prática oficial do Conselho Federal de Medicina desde 1980, a homeopatia ainda enfrenta diversas dificuldades aliadas à falta de credibilidade no meio médico e social, o que torna seu uso pelo SUS reduzido (10). Entretanto, muitos pacientes consideram este tipo de prática como uma alternativa no cardápio de serviços, capaz de diminuir custos. Também acreditam na eficácia deste tratamento, inclusive para doenças crônicas, mesmo reconhecendo que em patologias como o câncer, esta terapia, algumas vezes, não é indicada (9). Um dos participantes do estudo refere utilizar esta terapêutica:

Homeopatia, eu usei e ainda uso muito, desde o momento que eu descobri que tinha câncer [E2].

Me senti bem melhor —com o uso da homeopatia—, inclusive agora eu não tenho tomado e não ando muito bem [E6].

É importante ressaltar que, segundo os participantes deste estudo, a utilização deste tipo de prática tem aumentado sua sensação de bem estar, fato que pode refletir consideravelmente em sua qualidade de vida.

Por valorizar os múltiplos aspectos individuais no processo de adoecimento, a homeopatia propicia uma relação especial entre médico e paciente, uma vez que se propõe a interpretar a doença dentro do contexto específico de cada um, não restringindo-se apenas à patologia (11). Para tal, o homeopata busca conhecer a maneira particular de vivenciar a experiência da doença, conforme relato:

O médico homeopata foi muito importante. [...] porque além de dar a homeopatia ele funcionava como um psicólogo sabe, eu ficava horas lá conversando

com ele. E foi muito importante essa parte, logo depois da cirurgia, logo depois que eu descobri a doença. Hoje eu consigo lidar melhor com a situação [E2].

Nesse cenário, considera-se importante que os profissionais de saúde, ao assistirem estes pacientes, tenham conhecimento de quais medicamentos homeopáticos estão sendo utilizados, seus possíveis efeitos adversos, interações medicamentosas e sua influência na própria doença crônica. Tais conhecimentos podem ser direcionados ao planejamento e intervenções educativas dirigidas aos pacientes, buscando oferecer maior segurança quanto à utilização de qualquer terapêutica (12).

A perspectiva da Oncologia Integrativa vem ganhando espaço e reconhecimento entre os profissionais da saúde que assistem às pessoas com câncer. A Oncologia Integrativa é um ramo da Medicina Integrativa que contempla a integração das práticas alternativas e complementares aos tratamentos realizados para o câncer como a quimioterapia, radioterapia, cirurgia e terapia molecular. Esta forma de cuidado busca constantemente o protagonismo do paciente oncológico em seus processos assistenciais, bem como resgatar os princípios da bioética estimulando a autonomia do ser cuidado (13).

As práticas integrativas e complementares, combinadas à práticas alopáticas de cuidar, propiciaram um aumento na efetividade dos tratamentos e diminuição nos efeitos adversos destes (13). Neste sentido, pesquisas realizadas em universidades brasileiras vêm estudando um medicamento homeopático composto, produzido no Brasil, conhecido como *Canova*, indicado para patologias em que o sistema imunológico encontra-se comprometido. Resultados de um estudo clínico indicam que o *Canova* atua na ativação dos macrófagos, portanto, auxilia no aumento da imunidade adaptativa e na indução de resposta imunitária contra várias condições patológicas (14).

Um dos componentes desse método *Canova* é a *Tuya*, que um dos entrevistados referiu ter feito uso com orientação médica, conforme descrito na fala a seguir:

[...]. Ele é um médico homeopata. Ai ele me passou *Tuya* que eu mandava manipular [...] [E2].

A homeopatia é considerada por algumas pessoas um tratamento livre de efeitos colaterais. Porém, esta terapia possa causar efeitos, tanto benéficos quanto maléficos à saúde. Deste modo, é necessário que os profissionais da saúde se aproximem da comunidade para conhecer o uso destas práticas, buscando produzir, de modo compartilhado, novas opções de manejar as necessidades de saúde do indivíduo, com utilização de tecnologias leves e criação de encontros que acarretem em protagonismo dos usuários (15).

Fitoterapia

A fitoterapia compreende uma parte dos vastos estudos com plantas medicinais que descreve os limites e potencialidades do tratamento com medicamentos fitoterápicos indicados aos seres humanos. O termo fitoterapia designa a profilaxia bem como o tratamento de condições de saúde por meio de plantas e por partes delas, tais como: folhas, flores, raízes, frutos ou sementes e pelos seus preparados (16). É necessária a comprovação da sua eficácia e dos riscos potenciais que podem oferecer, sendo que há uma legislação que norteia os registros dos medicamentos fitoterápicos junto à ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) (17).

Mundialmente tem havido um incremento no interesse pelo conhecimento sobre os medicamentos fitoterápicos, que possuem raízes culturais de saberes e práticas de cuidado. Neste panorama, o Brasil destaca-se em âmbito internacional por possuir uma vasta biodiversidade e plantas com potencial medicinal (18).

Esta forma de tratamento valoriza saberes e práticas populares de cuidado, uso consciente dos recursos naturais, proximidade da população com os profissionais de saúde e aumento das opções terapêuticas (19). Neste sentido, um entrevistado refere fazer uso de um preparado:

[...] aquela babosa que o pessoal costuma fazer com mel e cachaça pra conservar né. Um metro de babosa, meio quilo de mel [E2].

A utilização da babosa (*Aloe Vera*) vem sendo descrita em inúmeros estudos, tanto *in vitro* quanto *in vivo*. Na revisão destes estudos muitas propriedades foram enumeradas, com suas devidas comprovações de ações terapêuticas, inclusive sua ação antineoplásica. Entretanto, este mesmo estudo aponta que houveram relatos de toxicidades, principalmente gastrointestinais, associadas ao consumo de preparados orais que continham a babosa. Recomenda-se então, cautela na utilização e diálogo sobre o consumo de preparados com babosa, pois ainda não há consenso científico e também não padronização para sua utilização (20).

Um estudo de revisão destaca que a babosa é muito utilizada para o tratamento do câncer, tanto em sua forma *in natura*, quanto em preparações. A pesquisa alerta que muitos pacientes utilizam a fitoterapia conjuntamente com o tratamento convencional mas não repassam essa informação aos profissionais de saúde. Nisso reside a necessidade de diálogo entre usuários, profissionais, academia e gestores, tanto para prevenir possíveis efeitos adversos, quanto para descobrir novas formas de tratamento do câncer, tendo em vista a grande biodiversidade brasileira (21).

Neste estudo também se evidencia que a manipulação de plantas medicinais e fitoterápicos na forma de cápsulas ou outros compostos, disponibilizados por farmácias, somado à divulgação destes preparados pelos meios de comunicação, favorece a maior utilização dos mesmos por parte da população, o que tem contribuído para que este tipo de prática ganhe destaque na atualidade:

[...] o ipê roxo é em capsulas, nós compramos na Internet [...] desde então eu tô tomando, desde que comecei o tratamento [E3].

Corroborando com este resultado, um estudo sobre o uso de plantas medicinais como terapêutica anticâncer revelou os principais fatores associados ao crescimento do emprego desta prática. Acrescido ao conhecimento popular repassado por familiares, amigos e vizinhos, muitos afirmam ter influências dos meios de comunicação, como livros, televisão, jornais, revistas e Internet (22).

Plantas medicinais

As plantas medicinais compreendem uma forma de cuidar empírica, oriunda do saber popular construído ao longo do tempo, conformando-se em uma incorporação cultural ao cuidado oficial em saúde. Seu uso baseia-se em uma visão integral, ou seja, a ação terapêutica faz parte do ambiente no qual o ser humano está inserido (23).

Como terapia de baixo custo, natural e de fácil acesso, sua importância vem crescendo consideravelmente, inclusive no combate ao câncer, doença que atinge o mundo todo e, no Brasil, é a segunda maior causa de mortes em adultos (21).

Ao serem indagados sobre o uso de plantas medicinais diante do diagnóstico de câncer, os sujeitos declararam:

Ditados antigos: ah que a babosa cura o câncer. Apesar de ter indícios que falem que a babosa tem substâncias que regridem as células cancerígenas e tal [E5].

Este relato evidencia o uso e conhecimento popular sobre os benefícios da babosa na saúde, adquirido pelas gerações familiares. Visualiza-se a proximidade deste conhecimento com o saber científico, tendo em vista que diversas pesquisas vêm percebendo os efeitos antitumorais desta planta, a exemplo da realizada por Lissoni, o qual desenvolveu um estudo randomizado com pacientes em tratamento quimioterápico. Neste, percebeu-se importantes atividades anticancerígenas da planta, pois a regressão do câncer foi

significativamente mais elevada em pacientes que a utilizaram de forma concomitante com a quimioterapia, se comparado aos que somente fizeram tratamento quimioterápico (24).

Diante desta constatação, percebe-se a necessidade dos profissionais conhecerem as práticas populares de cuidado em saúde utilizadas pela população que assistem, como uma forma de complementar o tratamento convencional. Bem como incentivar a realização de mais estudos que comprovem as propriedades das plantas medicinais utilizadas em âmbito mundial, estabelecendo parcerias entre diversas áreas do conhecimento como a saúde, agronomia e antropologia.

Um sujeito do estudo revelou certo receio quanto ao uso das plantas, conforme descrito na fala que segue:

[...] Não sei se eu tava usando da forma correta, [...]. O avelós não é um chá, é uma plantinha. É um caulezinho, não tem flores, não tem nada, é só um caule que quando tu quebra sai um líquido branco, aí eu abandonei [E3].

O avelós (*Euphorbia tirucalli*) é uma planta muito utilizada na medicina popular no tratamento do câncer, no entanto, seu látex pode causar irritação quando em contato com a pele e mucosas. Um estudo laboratorial que avaliou o efeito anticarcinogênico do látex do avelós demonstrou que diminuiu a concentração de células tumorais, mas alerta a necessidade de cautela para utilizar o produto, visto que possui alta toxicidade e poucas evidências científicas quanto a posologia segura para a melhoria dos efeitos (25).

O relato deste entrevistado demonstra a consciência sobre os riscos do uso indiscriminado de plantas medicinais, que, devido ao receio quanto aos efeitos adversos, optou por descontinuar o tratamento com a planta.

Para que as plantas medicinais sejam empregadas de forma segura, é imprescindível saber reconhecer a espécie, a forma apropriada de preparo, além

da dosagem, indicação, efeitos adversos, dentre outras informações, como nos indica um estudo realizado sobre as plantas medicinais tóxicas do domicílio de escolares (26). Nisso reside a necessidade de os profissionais da saúde capacitarem-se acerca do tema e dialogarem com a população, a fim de minimizar ou impedir a ocorrência de casos de intoxicação ou de agravos à saúde decorrentes do uso indevido das plantas.

Esse estudo evidenciou que o uso de infusões também ocorre mediante apropriação de informações da mídia, como pode ser observado no relato a seguir:

Outra coisa que eu também tô usando é o chá verde, eu compro nessas farmácias de natura, de produtos naturais. [...]. Esse negócio do chá tá aí divulgado na televisão. Em tudo se vê essa história do chá verde [E3].

Acredita-se que com a ampliação do acesso aos meios de comunicação como Internet (27), televisão e outros, as informações sobre saúde, incluindo plantas medicinais, tornam-se mais facilmente disponíveis à população. Nesta perspectiva, destaca-se a importância dos enfermeiros aproximarem-se do conhecimento e prática dos usuários para sugerirem meios de informações seguros, como também compartilharem deste saber. Tais instrumentos podem colaborar para que o paciente oncológico tenha maior diversidade de escolhas quanto ao seu tratamento contribuindo como sujeito ativo em seu cuidado.

Considerações finais

Este estudo objetivou conhecer as terapias integrativas e complementares utilizadas pelos pacientes em quimioterapia oncológica. Compreende-se que as fragilidades deste estudo repousam sobre: o número reduzido de participantes, impossibilidade do alcance da saturação teórica dos dados —apesar destes serem suficientes para a contemplação do objetivo proposto—; e no fato de não haver a

adoção de um referencial teórico para a análise dos dados, por se tratar de um estudo de graduação. Entretanto, para este manuscrito, utilizou-se os conceitos estruturantes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

Observa-se que diante dos pontos nevrálgicos apresentados pela medicina alopática frente à assistência integral ao paciente oncológico em tratamento quimioterápico, estes vêm buscando nas terapias complementares uma perspectiva diferenciada que os auxilie no enfrentamento desta patologia. Observa-se que este estudo encontra-se em conformidade com o que a literatura vem apontando no que tange aos benefícios e aos receios que permeiam o uso das terapias alternativas e complementares.

De modo geral, as terapias integrativas e complementares nominadas neste estudo propiciaram aos pacientes oncológicos maior bem-estar, acrescido do senso de autonomia quanto aos processos decisórios sobre seu plano de cuidados. Identificou-se ainda que o enfoque na singularidade do ser traz consigo um maior estreitamento de laços entre pacientes e profissionais da saúde.

Outro ponto relevante dos achados foi o reconhecimento de que os saberes populares adquiridos em comunidade aproximavam-se dos conhecimentos científicos. Além disso, a disponibilização de fitoterápicos em cápsulas possibilitou que os entrevistados passassem a utilizar este tipo de terapia em virtude da facilidade de administração.

Os sujeitos do estudo relataram ter consciência quanto aos riscos do uso inadequado de plantas medicinais, pois conseguiram refletir quanto ao que é exposto pela mídia. É imprescindível ressaltar que cada vez mais informações e sugestões de tratamentos são disponibilizadas pelos meios de comunicação, fato que acarreta aos profissionais de saúde a necessidade de atualização e aprofundamento teórico frente à temática relativa às terapias complementares.

Esta pesquisa possibilitou perceber que o saber popular vem alicerçando o conhecimento científico e as iniciativas governamentais, permitindo a aliança de saberes. Assim, apreende-se que uso de terapias integrativas e complementares em oncologia permite a aproximação do profissional com o paciente em tratamento quimioterápico,

de forma a conhecer este na sua complexidade, possibilitando estimular maior participação do usuário no seu cuidado.

No que tange a nosso compromisso enquanto academia/pesquisadores, acredita-se ser imprescindível fortalecer pesquisas relacionadas ao uso de práticas integrativas e complementares, pois é uma modalidade de cuidado que apresenta-se em expansão. Somado a isso, é vital direcionar um olhar apurado para questões quanto ao cuidado integral à pessoa acometida por câncer. Estamos em um momento em que a construção do conhecimento deve ser transdisciplinar, pois as necessidades em saúde das pessoas com câncer transcendem os muros das disciplinas.

Referências

- (1) Salik AG. O paciente oncológico e suas relações de encontro. *Rev SBPH*. 2013;16(2):89-102.
- (2) Aureliano WA. Terapias espirituais e complementares no tratamento do câncer: a experiência de pacientes oncológicos em Florianópolis (sc). *Cad Saúde Colet*. 2013;21(1):18-24.
- (3) Melo MC, Moura RG, Bezerra MW, Barros AG, Salum RD, Gomes LM. Talking about cervical cancer: contributions of complementary therapies. *Rev Pesqu Cuid Fundam*. 2012;4(4):2909-2919.
- (4) Costa AI, Reis PE. Técnicas complementares para controle de sintomas oncológicos. *Rev Dor*. 2014;15(1):61-64.
- (5) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS-PNPIC-SUS [norma na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [acesso: 30 Set 2015]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>
- (6) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica [relatório na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso:

30 set 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_integrativas_complementares_plantas_medicinais_cab31.pdf

(7) Spadacio C, Barros NF. Uso de medicações alternativas e complementares por pacientes com câncer: revisão sistemática. Rev Saúde Pública. 2008;42(1):158-164.

(8) Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.

(9) Salles SA, Schraiber LB. Gestores do SUS: apoio e resistência à Homeopatia. Cad Saúde Pública. 2009;25(1):195-202.

(10) Dias JS, Melo AC, Silva, ES. Homeopatia: percepção da população sobre significado, acesso, utilização e implantação no SUS. Espaço Saúde. 2014;15(2):58-67.

(11) Nielson SE, Freitas JG. Homeopatia e obesidade: uma prática alternativa na saúde. Estudos. 2013;40(1):199-207.

(12) Brum LF, Pereira P, Felicetti LL, Silveira RD. Utilização de medicamentos por gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Santa Rosa (RS, Brasil). Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(5):2435-2442.

(13) Siegel P, Barros NF. O que é a Oncologia Integrativa? Cad Saúde Colet. 2013;21(3):348-354.

(14) Feio DC, Muniz JA, Montenegro RC, Burbano RR, DeBrito LC, DeLima PD. Evaluation of the immunological cellular response of *Cebus apella* exposed to the carcinogen N-methyl-N-nitrosourea and treated with CANOVA®. In Vivo. 2014;28(5):837-841.

(15) Slomp HS, Feuerwerker LC, Merhy EE. Histórias de vida, homeopatia e educação permanente: construindo o cuidado compartilhado. Ciênc Saúde Coletiva. 2015;20(6):1795-1803.

(16) Fintelmann V, Weiss RF. Manual de fitoterapia. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogen; 2010.

(17) Moura CM, Carvalho AC, Falcão DP. Rotulagem de medicamentos fitoterápicos industrializados: está adequada às diretrizes legais? Vig Sanit Debate;2014;2(2):60-66.

(18) Gadelha CS, Junior VM, Bezerra KK, Maracajá PB, Martins DS. Utilização de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais em diferentes segmentos da sociedade. Rev Verde Agroecologia Desenvol Sustent.2015;10(3):01-15.

(19) Antonio GD, Tesser CD, Moretti-Pires RO. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária. Interface (Botucatu). 2013;17(46):615-33.

(20) Freitas VS, Rodrigues RA, Gaspi FO. Propriedades farmacológicas da *Aloe vera* (L.) Burm. f. Rev Bras Plantas Med. 2014;16(2):299-307.

(21) Moraes LG, Alonso AM, Oliveira-Filho EC. Plantas medicinais no tratamento do câncer: uma breve revisão de literatura. Univ Ciênc Saúde. 2011;9(1):77-99.

(22) Oliveira LA, Machado RD, Rodrigues AJ. Levantamento sobre o uso de plantas medicinais com a terapêutica anticâncer por pacientes da Unidade Oncológica de Anápolis. Rev Bras Plantas Med. 2014;16(1):32-40.

(23) Feitosa MH, Soares LL, Ferreira IR, Andrade MM, Dias GP. Plantas medicinais como recurso terapêutico entre funcionários do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Unimontes Cient. 2015;17(1):50-59.

(24) Lissoni P, Rovelli F, Brivio F, Zago R, Colciago M, Messina G et al. A randomized study of chemotherapy versus biochemotherapy with chemotherapy plus *Aloe arborescens* in patients with metastatic cancer. In Vivo. 2009;23(1):171-175.

(25) Alves EM, Neupomuceno JC. Avaliação do efeito anticarcinogênico do látex do avelós (*Euphorbia tirucalli*), por meio do teste para detecção de clones de tumor (warts) em *Drosophila melanogaster*. Perquirere. 2012;9(2):125-140.

(26) Moreira RF, Rodrigues ES, Rezende AA, Rodrigues VE. Ocorrência de plantas medicinais e tóxicas em residências de escolares e seu impacto sobre a saúde. Amazônia. 2014;2(2):35-43.

(27) Moretti FA, Oliveira VE, Silva EM. Acesso a informações de saúde na Internet: uma questão de saúde pública? Rev Assoc Med Bras. 2012;58(6):650-658.

Experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo coronario de Barranquilla

Experiência de estar
internado em uma
unidade de terapia
intensiva coronariana
de Barranquilla

Experience of being
hospitalized in a
coronary intensive care
unit of Barranquilla

• Ernestina Santiago de Castro¹ • Elizabeth Vargas Rosero² •

•1• Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Profesora Tiempo Completo, Facultad de Enfermería, Universidad Simón Bolívar. Barranquilla, Colombia. E-mail: tinasan1207@hotmail.com

•2• Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Profesora Asistente, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Recibido: 30/01/2014 Aprobado: 19/10/2015

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n3.41841>



Resumen

La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo genera ansiedad, angustia y estrés en la persona. Los pacientes con enfermedad coronaria requieren de cuidados especiales en este tipo de unidades, por lo que las percepciones, sentimientos y vivencias del paciente durante su estancia en la unidad se constituyen en elementos significativos de su experiencia.

Objetivo: Conocer el significado de las experiencias vividas en una unidad de cuidado intensivo coronario de una clínica de Barranquilla.

Metodología: Estudio cualitativo, descriptivo, con enfoque fenomenológico, en el que se entrevistaron nueve pacientes entre 59 y 74 años que estuvieron hospitalizados en una unidad de cuidado intensivo coronario con diagnóstico de infarto agudo de miocardio. Como estrategia de investigación, se utilizó el método de Colaizzi, siguiendo cada uno de los pasos sugeridos y guardando el rigor ético correspondiente.

Resultados: Se identificaron cuatro categorías que reflejan de forma exhaustiva el fenómeno estudiado: 1) *El primer contacto con la unidad*; 2) *Lo malo de estar hospitalizado en la unidad*; 3) *Confianza en Dios*; y 4) *Pérdida de la percepción del tiempo*.

Conclusiones: Las vivencias expresadas por los participantes corroboran lo hallado en estudios similares, los cuales convergen al afirmar que el ingreso a

Resumo

A experiência de ser hospitalizado em unidade de terapia intensiva gera ansiedade, angústia e estresse sobre a pessoa. Os pacientes com doença arterial coronariana geralmente necessitam de cuidados especiais nessas unidades, por tanto situações, percepções, sentimentos e experiências do paciente durante a sua permanência na unidade constituem elementos significativos de sua experiência.

Objetivo: Conhecer o significado dessas experiências em uma unidade de terapia intensiva coronariana de uma clínica em Barranquilla.

Metodologia: Estudo qualitativo, descritivo, com abordagem fenomenológica, em que foram entrevistados nove pacientes entre 59 e 74 anos que foram internados em uma unidade de terapia intensiva coronariana, com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. A estratégia que foi utilizada na pesquisa foi o método de Colaizzi, após cada um dos passos sugerido e salvando o rigor ético correspondente.

Resultados: Quatro categorias que refletem exhaustivamente estudado o fenômeno foram identificadas: 1) *O primeiro contacto com a unidade*; 2) *A desvantagem de ser hospitalizado na unidade*; 3) *A confiança em Deus*; e 4) *A perda da noção do tempo*.

Conclusões: As experiências expressas pelos participantes corroboram o que foi encontrado em estudos semelhantes, que convergem em afirmar que a admissão à unidade de terapia intensiva gera uma série

Abstract

The experience of being hospitalized in an intensive care unit generates anxiety, distress, and stress in a person. Patients with coronary artery disease require special care in these units. Therefore, situations, perceptions, feelings and experiences of the patient during their stay in the unit constitute significant elements of their experience.

Objective: This study aimed to know the meaning of those experiences in a Coronary Intensive Care Unit of a clinic in Barranquilla.

Methodology: A qualitative, descriptive study, with a phenomenological approach, in which nine patients between 59 and 74 years who were hospitalized in a coronary intensive care unit with a diagnosis of acute myocardial infarction were interviewed. As a research strategy, Colaizzi method was used, following each of the suggested steps, and preserving the relevant ethical rigor.

Results: Four categories which reveal thoroughly the studied phenomenon were identified: 1) *The first contact with the unit*; 2) *The downside of being hospitalized in the unit*; 3) *Trust in God*; and 4) *Loss of time perception*.

Conclusions: The experiences expressed by participants corroborate what was found in similar studies, which converge in stating that admission to the intensive care unit generates a series of negative feelings in the person, which mark a significant life experience, but also influence positive aspects derived from humanized care nursing staff.

la unidad de cuidado intensivo genera una serie de sentimientos negativos en la persona, que marcan de manera significativa su experiencia de vida. Pero también influyen aspectos positivos derivados de la atención humanizada del personal de enfermería.

Descritores: Experiencias de Vida; Enfermedad Coronaria; Cuidados Intensivos; Enfermería (fuente: DECS BIREME).

de sentimientos negativos na pessoa, marcando uma significativa experiência de vida. Mas também influenciam situações positivas causadas pelo cuidado humano de enfermeiros.

Descritores: Acontecimentos que Mudam a Vida; Doença das Coronárias; Terapia Intensiva; Enfermagem (fonte: DECS BIREME).

Descriptors: Life Change Events; Coronary Disease; Intensive Care; Nursing (source: DECS BIREME).

Introducción

La experiencia de estar hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) crea una de las mayores crisis en la persona que pasa por este proceso. La literatura evidencia que este tipo de hospitalización genera en el individuo alteraciones psicológicas, como ansiedad, angustia y estrés (1, 2). Las causas percibidas por los pacientes son: la separación y pérdida del contacto familiar, el aislamiento, los múltiples procedimientos invasivos, la iluminación, el ruido de los equipos, el ambiente frío, el horario restringido de las visitas y las condiciones de la persona hospitalizada (3, 4). Estos factores pueden generar en el paciente una situación de miedo e incertidumbre con el entorno hospitalario (2, 5, 6).

Los pacientes con enfermedad coronaria requieren de cuidados especiales en este tipo de unidades. Por lo tanto, las situaciones, percepciones, sentimientos y vivencias del paciente durante su estancia en la unidad se constituyen en elementos significativos de su experiencia (7, 8).

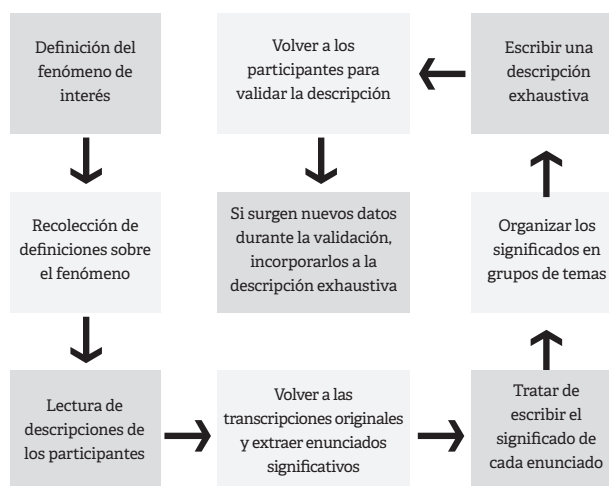
Beltrán (9) afirma que, en la mayoría de los casos, las personas no reciben preparación ni inducción de ningún tipo al ingresar a la UCI, lo cual hace que la experiencia sea novedosa, inesperada, relevante y dura. De igual forma, manifiesta que los pacientes perciben el entorno de la unidad como un lugar de frialdad y soledad. Esta frialdad está relacionada no solamente con los aspectos de estructura, como el aire acondicionado y la baja temperatura, sino también con la falta de calor humano familiar y del equipo de salud, dentro del cual se encuentra el personal de enfermería.

Lo anterior indica que conocer la experiencia que viven las personas hospitalizadas en una UCI debido a un Infarto Agudo de Miocardio (IAM) es un aspecto importante para la enfermería, puesto que permite mejorar la relación enfermero-paciente y brindar cuidados más humanizados al comprender las expresiones de los pacientes. En este sentido, el presente estudio tuvo como objetivo conocer el significado de las experiencias vividas por pacientes con IAM al estar hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Coronario de una clínica de Barranquilla.

Metodología

Se desarrolló un estudio cualitativo, descriptivo, con abordaje fenomenológico, en el que se utilizó el método de Colaizzi como estrategia de investigación cualitativa (10). Este método comprende una serie de pasos que están descritos en la Figura 1.

Figura 1. Pasos del método de Colaizzi en la investigación cualitativa



Fuente: Sánchez B. Fenomenología: un método de indagación para el cuidado de enfermería. En: Pinto N (coord.). Cuidado y práctica de enfermería. Bogotá: Editorial Unibiblos; 2006. pp. 24-36. (10).

La muestra se determinó por saturación teórica, la cual se alcanzó cuando los participantes coincidieron en sus apreciaciones, mostrando datos repetitivos. En total hubo nueve participantes, entre 59 y 74 años, que estuvieron hospitalizados en la UCI Coronario de una clínica de Barranquilla con diagnóstico de IAM.

Se realizaron entrevistas en profundidad, las cuales fueron grabadas en audio, apoyadas con observación no participante y diarios de campo. Para estos últimos, se utilizó una libreta de bolsillo, donde se registraron las apreciaciones de la investigadora durante el transcurso de la entrevista. Para garantizar el desarrollo científico y ético de la investigación, se contó con el aval del comité de ética de la clínica centro de estudio y la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Se tuvieron en cuenta las pautas del Comité de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) (11), los aspectos emitidos en la Resolución 008430 de 1993 (12) y los principios establecidos en la Ley 911 de 2004 (13). De igual manera, se utilizó el consentimiento informado como consideración ética para respetar la autonomía de los participantes.

Procedimiento

El primer contacto con cada participante se llevó a cabo en la Unidad de Cuidado Intensivo Coronario de la clínica de estudio una vez el paciente estuviera clínicamente estable. Durante este proceso, se verificó el cumplimiento de los siguientes criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico confirmado de IAM hospitalizados en la UCI Coronario, hemodinámicamente estables y que no presentaran afecciones neurológicas aparentes.

Posteriormente, se concertó un segundo encuentro con cada uno de los pacientes en el Servicio de Medicina Interna después de haber sido dados de alta de la unidad. Luego de que cada participante conociera y aceptara de manera voluntaria participar en la investigación firmando el consentimiento informado, se realizaron las entrevistas en profundidad con una duración que osciló entre los 45 y 60 minutos. Estas entrevistas se grabaron con audio para su posterior transcripción en las 12 y 24 horas siguientes. La transcripción fue realizada directamente y de manera fidedigna por las investigadoras, con el fin de evitar sesgos en la consolidación de la información. Luego de la transcripción, se realizó una lectura completa de cada una de las entrevistas y se procedió a organizarlas en códigos descriptores y categorías, que condujeron a la descripción de la experiencia.

La validación de la información se llevó a cabo con seis de los nueve participantes entrevistados, quienes al escuchar la descripción de la experiencia enseñada por las investigadoras —de acuerdo a las experiencias de cada uno— coincidieron en afirmar que todo lo que habían vivido se encontraba en el texto. Cabe resaltar que algunos participantes expresaron que al escuchar la descripción durante el proceso de validación recordaron la experiencia vivida en la Unidad de Cuidado Intensivo Coronario.

Finalmente, al no encontrar nuevos datos, se procedió a la descripción exhaustiva de la experiencia de estar en una Unidad de Cuidado Intensivo Coronario con Infarto Agudo de Miocardio.

Resultados

El análisis de lo expresado por las personas que participaron en la presente investigación permitió conocer el fenómeno de la experiencia de haber estado hospitalizado en una Unidad de Cuidado Intensivo Coronario. Después de realizar el análisis de la información utilizando el método de Colaizzi, se determinaron 97 enunciados significativos que fueron organizados en ocho códigos descriptores y consolidados en cuatro categorías que reflejaron de forma exhaustiva el fenómeno de interés.

Las categorías identificadas fueron: 1) *El primer contacto con la UCI coronario*; 2) *Lo malo de estar hospitalizado en la UCI coronario*; 3) *Confianza en Dios*; y 4) *Pérdida de la percepción del tiempo*:

- De la categoría *El primer contacto con la UCI coronario*, surgió un solo código descriptor al que se denominó *Atención con calidad humana*.
- De la categoría *Lo malo de estar hospitalizado en la UCI coronario*, surgieron cinco códigos descriptores que se denominaron *Experiencia traumática*, *Sensación de aislamiento*, *Experiencia desagradable al momento del baño*, *Alejamiento de los familiares* y *Dificultad para moverse por la presencia de aparatos*.
- De la categoría *Confianza en Dios*, surgió un solo código descriptor al que se llamó *Fe y confianza en Dios*.
- De la categoría *Pérdida de la percepción del tiempo*, surgió un solo código descriptor al que se denominó con el mismo nombre: *Pérdida de la percepción del tiempo*.

Cada una de estas categorías, así como los diferentes códigos descriptores y parte de los enunciados, se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1. Categorías y códigos identificados mediante el método de Colaizzi

Categoría	Código descriptor	Enunciados significativos
El primer contacto con la UCI Coronario	Atención con calidad humana: "Llegué muy angustiado, pero fui muy bien recibido por todas las enfermeras."	"Bueno..., cuando llegamos ya, cuando me atendieron, las muchachas, las enfermeras, me atendieron muy bien. Me dijeron: «Bueno, aquí le toca la... el cubículo, el uno, el número uno le toca aquí. Está en su casa, quédesse tranquilo». ¡No!, ¡sí, estoy tranquilo" [participante 1LG]. "Me recibieron en la unidad y fui muy bien recibida... por varias enfermeras. Porque trabajan como en grupo, ¡me gustó mucho! Unas con las otras no están pendientes que el trabajo le toca a una, ¡noo! [...]. Todas están en unión... y me recibieron" [participante 2VF].
Lo malo de estar hospitalizado en la UCI Coronario	Experiencia traumática: "¡Doctor, ya no resisto!" Sensación de aislamiento: "¡Ay, esa soledad!" "El problema de los enfermos, la soledad es la que los mata." Experiencia desagradable al momento del baño: "Ese baño fue desastroso." Alejamiento de los familiares: "Uno se siente muy mal con ese alejamiento de los familiares." Dificultad para moverse por la presencia de aparatos.	"Yo sí sentía que eso me iba cortando por dentro del brazo, eso ahí hasta dentro, y yo no podía más y le decía: «Doctor, ya no puedo resistir»" [participante 1LG]. "Donde me hicieron el estudio veía que me metieron un líquido de contraste. ¡Ay señó!, yo sentí que el mundo se me fue y me corrió pa' acá, hasta que... Y así se me rebosó pa' todo el corazón, y yo decía: «¡Ay no, si yo me estoy acabando!»" [participante 2VF]. "¡Ay! Esa soledad, una soledad que uno... Nosotros no quisiéramos porque uno llega ahí y ya" [participante 2VF]. "Por la soledad no quería que fuera noche, porque entonces ya la soledad siempre... En el día uno ve caminando a los médicos, enfermeras y las del aseo. Se entretiene uno viéndolas para allá" [participante 6ED]. "¡Ay, Dios mío! Eso fue otra cosa cuando me hicieron el primer baño en la cama: imagínese, uno no está acostumbrado sino a echarse uno su agua y... ¡miercoles!: «La vamos a bañar, señora V...». Bueno, me cogieron todo, echaban para allá... Y me bañaron con jabón" [participante 2VF]. "El baño, ése es mi calvario. Porque, porque lo levantan a uno a bañarse a las cuatro de la mañana con ese frío que hace y el agua helada. A quién se le ocurrió ese método de hacerlo en los hospitales que deben de cambiarlo" [participante 4CP]. "Yo empecé a arrancarme todo lo que tenía puesto en el cuerpo y se dieron cuenta de todo eso; también porque cuando me arranqué la canalización, comencé a botar sangre, me estaba desangrando. Entonces eso fue una experiencia muy fea" [participante 4CP]. "Sí, un poco incómodo, los equipos puestos esos, un poco incómodo. Es más, yo me quitaba el oxígeno porque parecía que para mí yo no lo necesitaba, porque nunca me sentí ahogado así nada. Pero lógico que eso es necesario. Pero en las noches me lo quitaba, porque era como muy incómodo para dormir y el resto me fastidiaba mucho" [participante 5HR].
Confianza en Dios	Fe y confianza en Dios: "Yo me entregué a las manos del médico y de Dios."	"Con la fe en Dios, que es lo más grande que uno tiene, hay un sentimiento de esperanza que le da a uno mucha fuerza" [participante 7HG]. "Tenemos que tener fe y tener una creencia única, porque el salvavidas está en cualquier rincón del mundo" [participante 4CP].
Pérdida de la percepción del tiempo	Pérdida de la percepción del tiempo: "Uno pierde ese tiempo que no sabe si es de mañana, si es de noche, si es mediodía. Yo preguntaba mucho la hora."	"Me subieron a la UCI. A partir de ahí, yo no sabía nada del día ni de la noche hasta que me trasladaron a piso, ya después del postoperatorio" [participante 4CP]. "Las noches pasaban como todo el día ahí acostado. Una inquietud en esa cama, deseando ya que pasara, porque el día y la noche son iguales. Lo único que ve uno ahí son los que hacen los cambios de turno" [participante 1LG].

Fuente: Análisis de contenido de las entrevistas realizadas a los participantes del estudio, 2013.

Discusión

En cuanto a la categoría *El primer contacto con la UCI coronaria*, los resultados del presente estudio indicaron que cuando una persona ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos experimenta sentimientos de angustia, lo cual es coherente con lo planteado por Zambrano *et al.* (14). Sin embargo,

el nivel de ansiedad disminuye cuando son bien recibidos por el personal de enfermería que los atiende, generándose sentimientos de acogimiento y respeto en la persona, debido al cuidado diligente y a la atención con calidad humana.

Estos sentimientos son influenciados por las experiencias previas hospitalarias y por sus creencias culturales, como el temor a la muerte (14), la

necesidad de sus seres queridos y la sensación de impotencia frente a una situación amenazante sobre la cual no se tiene el control y depende de otros para salir triunfante.

Por otra parte, Romero-García *et al.* (15) y Borré y Vega (16) manifiestan que los pacientes describen a las enfermeras como personas competentes, amables, comprensivas y empáticas, que luchan a cada instante por el bienestar de las personas que cuidan. Además, están constantemente cerca para aliviar el dolor y el sufrimiento, propiciando alternativas de mejoría y distracción actual. Por otra parte, Romero-García *et al.* (15) afirman que los pacientes expresan sentir seguridad física, psicológica y espiritual con los cuidados de las enfermeras durante el proceso de su enfermedad y que la atención recibida por las enfermeras les ayuda en el proceso de su mejoría.

En concordancia con lo anterior, el cuidado humanizado debe ser proporcionado por un profesional de enfermería con características especiales, como capacidad de comunicación y escucha, respeto por las creencias de la otra persona, gran dimensión de entrega, compromiso ético y calidez humana (17). Los pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos pueden percibir que el cuidado de enfermería incluye competencias profesionales, cuidados humanos, técnicos y continuados. Éstos producen sentimientos de seguridad, tranquilidad, estar vigilado, sentirse persona, percibiendo una relación cercana y de confianza con la enfermera que realiza cuidados individualizados (15).

Con relación a la categoría *Lo malo de estar hospitalizado en la UCI coronario*, es evidente que la realización de un procedimiento invasivo, sea o no explicado, ocasiona en el paciente un sentimiento de temor ligado a lo desconocido. Este sentimiento se convierte en ansiedad y desesperación cuando observan, escuchan y sienten todo lo que se les está realizando durante la atención.

Para los participantes del presente estudio, los procedimientos que les fueron realizados generaron temor y ansiedad. Estos sentimientos dieron paso a la vivencia de una experiencia traumática, dolorosa y poco placentera, al no sentirse informados previamente sobre los procedimientos que se les iba a realizar.

En este sentido, Beltrán (18) señala que la utilización de elementos tecnológicos de diagnóstico e intervención, la administración de medicamentos como sedantes y anestésicos, la realización de procedimientos y controles frecuentes de constantes vitales hacen parte de los cuidados que se brindan a los pacientes que presentan una enfermedad crítica y están hospitalizados en una Unidad de Cuidado Intensivo. No obstante, todos esos procedimientos tienen especial importancia en los significados que los pacientes otorgan a la experiencia de estar enfermo.

Por otra parte, las personas que se encuentran en una Unidad de Cuidado Intensivo Coronario tienen sensaciones de soledad debido a la pérdida del contacto físico con el medio externo: se sienten abandonados. Por lo general, muestran un sentimiento de tristeza y llanto durante las noches, porque no es usual separarse de la familia, generando así sensaciones de disconfort y soledad que nada puede suplir. Esta situación no es nada novedosa, puesto que la literatura manifiesta que cuando una persona ingresa a la Unidad de Cuidado Intensivo experimenta ruptura, sensación de desamparo físico/mental y aislamiento familiar (2, 19). Por su parte, Pardavila y Vivar muestran que los pacientes y la familia engloban dentro de la palabra *estrés* las situaciones que producen ansiedad, frustración y desaliento, las cuales identifican como factor de riesgo de su enfermedad (2).

Otro hallazgo importante es el hecho de que el paciente hospitalizado en estas unidades requiera reposo absoluto en cama, razón por la cual se hace necesaria la realización del baño en cama. Sin embargo, esta situación suele ser incómoda para el paciente, puesto que para su percepción no es *correcto* desvestirse delante de personas desconocidas.

Este hallazgo se evidenció en el presente estudio porque los participantes manifestaron sentirse invadidos al momento del baño. Es decir: sintieron como si el personal de enfermería estuviera vulnerando su intimidad y su espacio, situación para la cual no estaban preparados.

Existen estudios que muestran que los pacientes quedan más ansiosos cuando se les realiza el baño en la cama que cuando se les realiza en la ducha. Algunos lo consideran desagradable, vergonzoso, difícil, incómodo, seco, frío, incompleto, deshumano, demorado e insatisfactorio (20).

Por excelencia, la familia es el recurso de apoyo con que cuentan los adultos, ya sean éstos dependientes o independientes. Por eso, sus habilidades en el cuidado deben ser potencializadas. La presencia de la familia del adulto en muchas ocasiones es un soporte emocional continuo para los enfermos hospitalizados (21). Los pacientes necesitan estar todo el tiempo posible con su familia; saber cómo se encuentran y cómo les está afectando el proceso. Necesitan relacionarse con otras personas para combatir la sensación de soledad que se vive en la unidad (3, 19).

En relación con la dificultad para moverse en la cama debido a la presencia de equipos instalados en su cuerpo, los participantes de esta investigación expresaron que les ocasionaban incomodidad. Por otra parte, manifestaron que algunos procedimientos les producían mucho dolor, por ejemplo: sentían como si les estuvieran cortando el brazo. Esta experiencia se constituye en un factor determinante a la hora de identificar el significado de la experiencia al haber estado en la Unidad de Cuidado Intensivo.

En cuanto a la categoría *Confianza en Dios*, es importante resaltar que las personas que padecen una enfermedad grave como el Infarto Agudo de Miocardio (IAM) expresan temores, miedos e incertidumbre frente a la muerte. Esta situación los lleva a aferrarse a un ser supremo, en el que depositan su esperanza, su confianza, y sienten que les proporciona fuerza. Esta conexión con esa fuerza poderosa se logra a través de la oración y del afianzamiento de la creencia en Dios como única.

En esencia, la espiritualidad es un fenómeno íntimo y trascendente que es vital para el desarrollo de la recuperación de la salud del paciente. Así mismo, se considera una fortaleza y una fuente de motivación y búsqueda del significado de la vida. Es por esto que el cuidado espiritual ofrecido por el personal de enfermería debe tener un sentido de responsabilidad, respeto y dedicación al paciente, sobre todo si el paciente está en el proceso de muerte (22).

Algunos credos religiosos comparten ideas que se expresan en las Sagradas Escrituras, una de las cuales tiene que ver con la creencia de que los seres humanos fuimos creados por Dios a su imagen y semejanza, por tanto, nuestro ser está compuesto por cuerpo, alma y espíritu (23). Esta importante dimensión del hombre es comprendida como un encuentro de autoconocimiento del ser con su

dimensión más fiel y bella: la espiritual. Ésta posibilita una conexión consigo mismo y con Dios, alcanzando recursos inigualables que influyen en la vida humana y en sus relaciones con el Todo (24). El centro de nuestro ser envuelve todos los aspectos de la vida de manera unificadora (24).

Desde esta perspectiva, las personas que profesan una religión o doctrina necesitan de sus creencias para alimentar el confort y transitar en el proceso de enfermedad. Sin embargo, el personal de enfermería debe comprender que este suceso obedece más a la expresión común de la dimensión espiritual que a un sentimiento religioso (22, 25).

Con respecto a la categoría *Pérdida de la percepción del tiempo*, es sabido que cuando una persona ingresa a la unidad de cuidados intensivos sufre pérdida de la noción del tiempo. En el presente estudio, los participantes expresaron que estar en la unidad por mucho tiempo les ocasionó problemas en la orientación, al no saber distinguir el día de la noche. Esta situación se debe al hecho de permanecer todo el tiempo en la unidad, a la pérdida de contacto con el entorno externo y a la oportunidad de interactuar con los demás, generando vacíos, soledad, temor e incertidumbre con el devenir. La mayoría de los participantes expresó que una forma de ubicarse en el tiempo fue mediante la percepción de actividades como el momento del baño, el horario de las comidas y los cambios de turno del personal de enfermería.

De acuerdo con Achury DM y Achury LF (26), los pacientes críticos son sometidos a un sinnúmero de procedimientos invasivos, como el paso de catéteres e intubación orotraqueal, lo cual requiere de adecuada iluminación. Aunque ésta no es la única causa por la cual se pierde la percepción del tiempo en la unidad, contribuye a la pérdida de la sensación del día y de la noche en el individuo, el ciclo del sueño y la rutina de las comidas.

Conclusiones

La experiencia de estar hospitalizado en una Unidad de Cuidado Intensivo Coronario es una situación difícil y dolorosa para los pacientes. Las vivencias expresadas por los participantes del presente estudio corroboran lo hallado en estudios similares, los cuales convergen al afirmar que el ingreso a la Unidad de Cuidado Intensivo genera sentimientos negativos en la persona, que marcan significativamente su experiencia de vida,

pero que también influyen aspectos positivos derivados de la atención humanizada del personal de enfermería.

A la luz teórica, estos hallazgos comprueban los postulados de Jean Watson, quien sostiene que ante el riesgo del cuidado en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal en los diferentes ámbitos, ya sean clínicos, administrativos o de investigación por parte de los profesionales de enfermería.

Este cuidado no solamente se configura con la realización de procedimientos tecnológicamente sofisticados, sino que también depende del compromiso ético/moral, estético y sociopolítico que demuestra cada enfermero por la protección de la dignidad humana de la persona.

De esta manera, aunque los resultados de la presente investigación no se podrían generalizar al resto de experiencias que viven los pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos, lo cierto es que contribuyen de manera significativa para que la atención y el cuidado de enfermería que se brinda es estos contextos mejore cada día en las instituciones de salud.

Referencias

- (1) Stayt LC. Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care. *J Clin Nurs*. 2009 May;18(9):1267-1275.
- (2) Pardavila MI, Vivar CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos: revisión de la literatura. *Enferm Intensiva*. 2012;23(2):51-67.
- (3) Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más comfortable y humana. Es tiempo de cambio. *Med Intensiva*. 2014;38(6):371-375.
- (4) Errasti-Ibarrondo B, Tricas-Sauras S. La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. *Enferm Intensiva*. 2012;23(4):179-188.
- (5) Leiva VM. Aspectos vivenciales del paciente durante su estadía en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev Chil Med Inten*. 2010;25(4):199-203.
- (6) Flórez-Torres IE, Herrera-Alarcón E, Carpio-Jiménez E, Veccino-Amador MA, Zambrano-Barrios D, Reyes-Narváez Y et al. Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo. *Aquichan*. 2011;11(1):23-39.
- (7) Lenis-Victoria CA, Manrique-Abril FG. Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados. *Aquichan*. 2015;15(3):413-425.
- (8) Borré-Ortiz YM, Lenis-Victoria CA, González-Ruiz GE. Utilidad del cuestionario SERVQHOS-E para medir calidad percibida de la atención de enfermería. *CES Salud Pública*. 2014;5(2):127-136.
- (9) Beltrán OA. La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo. *Invest Educ Enferm*. 2009;27(1):34-45.
- (10) Sánchez B. Fenomenología: un método de indagación para el cuidado de enfermería. En: Pinto N (coord.). *Cuidado y práctica de enfermería*. Bogotá: Editorial Unibiblos; 2006. pp. 24-36.
- (11) Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos [manual en Internet]. Ginebra: Council for International Organizations of Medical Science (CIOMS); 2002 [acceso: 28 nov 2013]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/bio/cioms.pdf>
- (12) República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (4/10/1993).
- (13) República de Colombia. Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* n.º 45.693 (6/10/2004).

- (14) Zambrano GE, Ferreira JC, Lindarte AA, Niño CJ, Ramírez NR, Rojas LY. Entre la incertidumbre y la esperanza: percepciones y motivaciones de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (UCI). *Cien Cuid*. 2010;7(1):52-60.
- (15) Romero-García M, DelaCueva-Ariza L, Jover-Sancho C, Delgado-Hito P, Acosta-Mejuto B, Sola-Ribo M. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enferm Intensiva*. 2013;24(2):51-62.
- (16) Borré-Ortiz YM, Vega Y. Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. *Cienc Enferm*. 2015;20(3):81-94.
- (17) Ceballos PA. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. *Cienc Enferm*. 2010;16(1):31-35.
- (18) Beltrán-Salazar OA. La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichan*. 2009;9(1):23-37.
- (19) Blanca JJ, Blanco AM, Luque M, Ramírez MA. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enferm Glob*. 2008;7(1):1-14.
- (20) Lopes JL, Nogueira-Martins LA, Gonçalves MA, DeBarros AL. Comparación del nivel de ansiedad entre el baño de ducha y el realizado en la cama en pacientes con infarto agudo del miocardio. *Rev Latino-Am Enfermagem* [revista en Internet]. 2010 [acceso: 30 nov 2013];18(2):1-7. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/es_12.pdf
- (21) Guillen LM, Cantuarias N. Vivencias del paciente adulto hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón. In *Crescendo*. 2011;2(1):97-106.
- (22) Collado RE. Cuidado espiritual, labor del profesional de Enfermería. *Rev 360* [revista en Internet]. 2010 [acceso: 2 dic 2013];5:[aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://cremc.ponce.inter.edu/360/revista360/ciencia/Cuidado%20espiritual%20enfermeria.pdf>
- (23) Salazar ÁM. Tendencias internacionales del cuidado de Enfermería. *Invest Educ Enferm*. 2011;29(2):294-304.
- (24) Dezorzi LW, Crossetti MG. A espiritualidade no cuidado de si para profissionais de enfermagem em terapia intensiva. *Rev Latino-Am Enfermagem* [periódico na Internet]. 2008 [acesso: 02 ago 2015];16(2):212-217. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000200007&lng=en
- (25) McSherry W, Jamieson S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs*. 2011 Jun; 20(11-12):1757-1767.
- (26) Achury-Saldaña DM, Achury LE. Sueño en el paciente crítico: una necesidad insatisfecha en la unidad de cuidado intensivo. *Inv Enf*. 2010;12(1):25-42.

Instrumento para la valoración de síntomas coronarios en la mujer¹

Instrumento de avaliação de sintomas coronarianos nas mulheres

Instrument for assessing coronary symptoms in women

• Cándida Rosa Castañeda Valencia² •

•1• Producto de la tesis presentada como requisito para obtener el título de Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular.

•2• Candidata a Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Docente Auxiliar, Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. E-mail: candidarosa.castaneda@ucaldas.edu.co; candyrosita@hotmail.com

Recibido: 10/02/2014 Aprobado: 19/10/2015

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n3.41989>



Resumen

Objetivo: Diseñar y validar un instrumento para la valoración de los síntomas en la mujer con enfermedad coronaria, enmarcada en la *Teoría de los Síntomas Desagradables*.

Metodología: Estudio metodológico, psicométrico, orientado por los *Síntomas*, concepto central de la *Teoría de los Síntomas Desagradables* de Lenz y colaboradores. Se realizó una crítica teórica del constructo elegido, demostrando su utilidad en la investigación y en la práctica disciplinar. Se ponderaron 260 evidencias por medio de una rigurosa crítica metodológica y empírica, aplicando el *Sistema de Revisión Integrativa* articulada al *Modelo Conceptual Empírico* de Fawcett y Garity. Se obtuvieron 30 piezas investigativas utilizadas para la construcción de los ítems. A los síntomas de Lenz se suman los síntomas psicosociales reportados en mujeres con enfermedad coronaria, generándose un primer instrumento compuesto por 87 ítems.

Resultados: Se realizó una Validación de Contenido de expertos con el *Modelo Escobar y Cuervo* 2008 (análisis estadístico SPSS 20) obteniéndose un Coeficiente de Correlación de Kendall de 0,682 ($p < 0,05$), con buena concordancia entre jueces. El *Modelo de Lawshe* normalizado por Tristán 2008 reportó una *Content Validity Ratio* de 0,57 y un *Index Validity Content* de 0,797, demostrando que los ítems son unidades de análisis esenciales. Finalmente, la Validación Facial realizada mediante una prueba piloto a 21 mujeres que cumplieron los criterios de inclusión permitió la

Resumo

Objetivo: Elaborar e validar um instrumento para a avaliação de sintomas em mulheres com doença cardíaca coronária, parte da *Teoria de Sintomas Desagradáveis*.

Metodologia: Pesquisa metodológica tipo psicométrico orientada pelos *Sintomas*, primeiro conceito de *Teoria Sintomas Desagradáveis* da Lenz e contribuintes. Realizamos crítica teórica do construto escolhido provando útil para a pesquisa ea prática da disciplina. A partir da evidência empírica são ponderados 260 através crítico metodológico e empírico, a aplicação do *Sistema de Revisão Integrativa* articulou a *Empírica Modelo Conceitual* de Fawcett e Garity, obtendo apenas 30 peças investigativas, utilizadas para a construção dos itens. Os sintomas Lenz há os sintomas psicosociais relatados em mulheres com doença coronária, gerando um primeiro projeto consiste de 87 itens.

Resultados: O design é feito pelo Especialista em Conteúdo de Validação como o *Modelo Escobar e Cuervo* 2008 (a análise estatística SPSS 20), obtendo-se um *Kendall Coeficiente de Correlação* $\kappa = 0,682$ ($p < 0,05$) com boa concordância entre os juízes. O *Modelo de Lawshe* normalizado por Tristán 2008 reportou uma *Content Validity Ratio* de 0,57 e um *Index Validity Content* de 0,797, mostrando que os itens são unidades de análise essenciais. Finalmente, Validação Facial foi feita com *test pilot* realizado em 21 mulheres que preencheram os critérios de inclusão, após esta discriminação semiótica da obtenção de um instrumento composta de 67 itens.

Abstract

Objective: To design and validate an instrument for assessing the symptoms in women with coronary disease framed in the *Theory of the Unpleasant Symptoms*.

Methodology: Methodological, psychometric study oriented by *The symptoms*, first concept of the *Theory of Unpleasant Symptoms* by Lenz et al. Theoretical critique of the construct chosen was performed proving usefulness in research and practice discipline. From the empirical, 260 evidences were weighted through methodological and empirical critique, applying the *Integrative Review System* articulated to the *Empirical Conceptual Model* by Fawcett & Garity. Only 30 research pieces were obtained, used for the construction of the items. To the Lenz symptoms were added the reported psychosocial symptoms in women with coronary disease, generating a first design composed of 87 items.

Results: The design was done by experts Content Validation with the *Escobar and Cuervo Model* 2008 (statistical analysis SPSS, 20) with *Kendall Correlation Coefficient* $\kappa = 0.682$ ($p < 0.05$) with good agreement between judges. *Lawshe Model* normalized by Tristán 2008 reported a *Content Validity Ratio* = 0.57 and *Content Validity Index* = 0.797, showing that items are units of essential analysis. Finally, Validation Facial made by means of the pilot test, conducted on 21 women who met the inclusion criteria, allowed the discrimination semiotics of items, obtaining an instrument consisting of 67 items.

discriminación semiótica de los ítems, obteniéndose un instrumento compuesto por 67 ítems.

Conclusiones: Éste es un remanente investigativo que requiere nuevas validaciones para elevar su capacidad psicométrica.

Descriptores: Psicometría; Evaluación de Síntomas; Enfermedad Coronaria; Salud de la Mujer (fuente: DECS BIREME).

Conclusões: Este é um remanescente de investigação que exige uma validação adicional para aumentar sua capacidade psicométrica.

Descritores: Psicometria; Avaliação de Sintomas; Doença das Coronárias; Saúde da Mulher (fonte: DECS BIREME).

Conclusions: This is a remnant of research that requires further validation to increase its psychometric capacity.

Descriptors: Psychometrics; Symptom Assessment; Coronary Disease; Women's Health (source: DECS BIREME).

Introducción

“La investigación en el mundo tiene una gran deuda con la mujer”. Esta afirmación guarda relación con el nuevo enfoque de salud para el género femenino, que en años anteriores se centró esencialmente en las alteraciones en el sistema genitourinario, desconociendo la patología de mayor impacto para la salud actual de las mujeres: *la enfermedad cardiovascular* (1). Ésta es considerada la primera causa global de discapacidad y mortalidad en mujeres mayores de 45 años (2, 3) y de más de 75 años en todos los países europeos (4, 5), en Estados Unidos y en Latinoamérica (6), coexistiendo disparidad en subgrupos de mujeres en desventaja social por efecto de la raza (7), la etnia, el nivel de ingreso y la educación (8).

La tipificación de los síntomas coronarios en las mujeres ha tenido como referente de medición los síntomas encontrados en grupos de hombres (9), cuyo síntoma hegemónico es el dolor torácico (10). Los sistemas de salud han desconocido de forma reiterativa la diferenciación de género en las manifestaciones de la enfermedad coronaria EC (11, 12, 13), generadora de inequidad y vulnerabilidad en las mujeres (14, 15). Lo anterior se agrava por la incapacidad de muchas mujeres de reconocer en forma temprana sus afecciones cardíacas (16), conservando la idea de que su mayor amenaza es el cáncer (17, 18).

La expresión de los síntomas de EC guardan relación con el género (19): “La mujer pospone la asistencia a los servicios de salud, consecuencia del contexto cultural, rol familiar y laboral que desempeña [...]” (20, 21). De hecho, la infravaloración de sus síntomas puede retrasar el inicio de medidas diagnósticas y terapéuticas, exponiéndolas al riesgo de morir de forma prematura (22, 23, 24). A esta situación se suman la carencia de instrumentos de valoración diseñados y validados para medir la compleja gama de síntomas coronarios en la mujer.

El objetivo de este proyecto de investigación fue diseñar y validar un instrumento para la valoración de los síntomas coronarios en la mujer, enmarcado en el primer concepto *Síntomas*, de la *Teoría de los Síntomas Desagradables/Theory of Unpleasant Symptoms (rous)* de Lenz ER, Pugh LC, Milligan RA, Gift A, Suppe F (25). Con este proyecto se decanta y

valida el esfuerzo investigativo del *Grupo de Cuidado para la Salud Cardiovascular* de la Universidad Nacional de Colombia en su línea *Cuidado a la Mujer con Enfermedad Coronaria*, cuyas integrantes a través de la *TOUS* aportan evidencias que permiten comprender el complejo mundo sintomático de las mujeres y plantean respuestas al vacío sobre la carencia de instrumentos psicométricos, con garantías en su capacidad de medición.

Metodología

Este estudio en la fase de diseño tuvo las etapas que se describen en el siguiente cuadro.

Cuadro 1. Etapas de la construcción del instrumento

Etapas	Descripción
Fundamentos iniciales	1. Determinar el área temática y el vacío en el conocimiento. 2. Revisión de la estructura Sistema Conceptual Teórico- Empírico.
Análisis y crítica teórica de la <i>TOUS</i> y de la Teoría Psicosocial de Lázarus y Folkman: perspectiva de género	1. Selección del constructo de enfermería para el diseño. 2. Crítica teórica interna y externa de la <i>TOUS</i>. 3. Definir para el marco del instrumento el Concepto Teórico para la medición de la <i>TOUS</i> (síntomas) y de la Teoría psicosocial de Lázarus y Folkman (significado de las emociones negativas).
Búsqueda de artículos y primer análisis de relevancia	1. Aval ético del proyecto. 2. Determinación de los criterios de inclusión y exclusión de los artículos. 3. Búsqueda sistemática de información: <i>Terms Mesh</i> y consulta en bases de datos. 4. Primera revisión de relevancia de las evidencias y formulación del diseño psicométrico.
Método de ponderación Selección de las piezas de investigación Crítica de artículos: metodológica y empírica Revisión integrativa y SCT-E	1. Aplicación de los formatos de crítica metodológica y empírica a los artículos seleccionados: cualitativos, cuantitativos y sumativos. 2. Determinación cuanti-cualitativa de la ponderación de los artículos. Segunda revisión de relevancia. 3. Selección de las piezas de investigación (grado alto o clase 1).

Etapas	Descripción
Diseño psicométrico La <i>roux</i> (1 concepto) y engranaje de los hallazgos de las piezas investigativas: atributo, dimensiones, subdimensiones e indicadores	1. Articulación de las evidencias empíricas como ítems al modelo psicométrico. 2. Diseño psicométrico inicial: atributo, dimensiones, subdimensiones e indicadores, según la <i>roux</i> y Lazarrus y Folkman. 3. Diseño del sistema métrico de los ítems: formato de respuesta <i>Escala Likert</i> , modelo dicotómico y politómico.
Validación Facial por población Prueba piloto	1. Solicitud del aval ético institucional. 2. Definición de los criterios de inclusión y exclusión de las participantes (21). 3. Elaboración de los registros para garantía ética: consentimiento informado, información para las mujeres e institución sobre desarrollo de la prueba, formato de primeros auxilios psicológicos. 4. Entrenamiento del auxiliar de investigación. 5. Aplicación de la prueba. 6. Análisis semiótico de los resultados y limpieza de los ítems.
Validación de Contenido por jueces: Método de Lawshe Modificado (Tristán) y Método de Cuervo y Martínez (w de Kendall) Fase cuantitativa	1. Criterios de inclusión y exclusión de los jueces (5). 2. Diseño de la información para los jueces y de la plantilla de evaluación de los ítems del instrumento. 3. Recolección de la información, creación de la base de datos de la malla de ítems y análisis estadístico: cálculo del <i>Coefficiente de Correlación de Kendall y Lawshe</i> normalizado. 4. Análisis de resultados y contrastación con los resultados de la prueba piloto. 5. Toma de decisiones: crear, modificar y retirar ítems.
Presentación del diseño final del instrumento	1. Revisión de los ítems e interpretación de los resultados. 2. Redacción del informe final.
Presentación de los resultados Divulgación del conocimiento	1. Sustentación de la investigación y elaboración de un artículo científico para publicación. 2. Divulgación de resultados: a nivel nacional, regional e internacional y disposición de la tesis en el repositorio de la Universidad Nacional de Colombia.

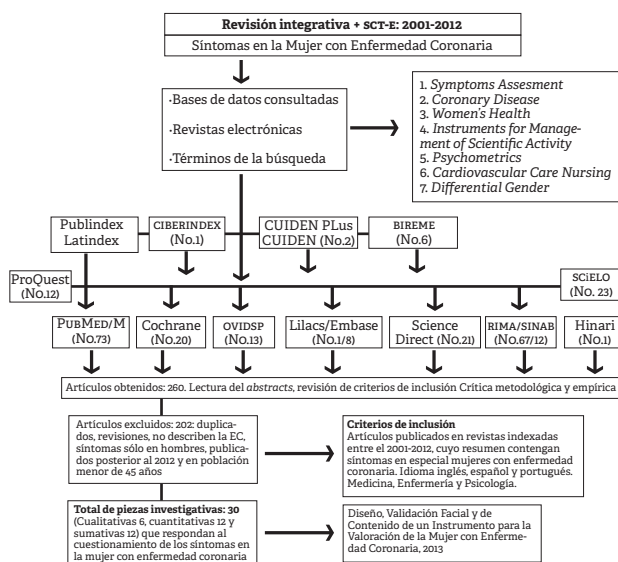
Fuente: Datos de la investigación.

Materiales y Métodos

Se diseñó un instrumento de tipo psicométrico bajo el modelo de la *Teoría clásica de los tests*; como matriz teórica del diseño se utilizó la *roux*. El proceso inició con la crítica teórica interna y externa de la teoría, desde la perspectiva de Jackeline Fawcett y de Garity y Fawcett, ejercicio necesario para demostrar la capacidad de indagación clínica y la cercanía con la medición empírica. Se realizó una revisión integrativa de literatura sobre los síntomas de las mujeres con enfermedad coronaria, la cual se condujo de acuerdo a la secuencia que a continuación se describe: realización de búsqueda sistemática de publicaciones entre el 2001 y el 2012 en las bases de datos más importantes: *PubMed/Medline*, *Embase*, *Cochrane*, *Ovid*, *ProQuest*, *SciELO*, *BIREME*, *RIMA* y *Cuiden* (ver Cuadro 2), las cuales brindaron respuestas sobre la gama de síntomas coronarios en la mujer.

Se abarcaron los contextos regional, nacional, latinoamericano y mundial con publicaciones en inglés, español y portugués, desde aproximaciones cuantitativas y cualitativas. Así mismo, se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión a los resúmenes de 260 publicaciones y se seleccionan las 60 mejores evidencias, las cuales fueron sometidas a crítica metodológica y empírica, obteniéndose tan sólo 30 verdaderas piezas de investigación con un ponderado de alta calidad (valores entre 80% y el 100%), que aportaron las evidencias necesarias para la construcción de los ítems del instrumento.

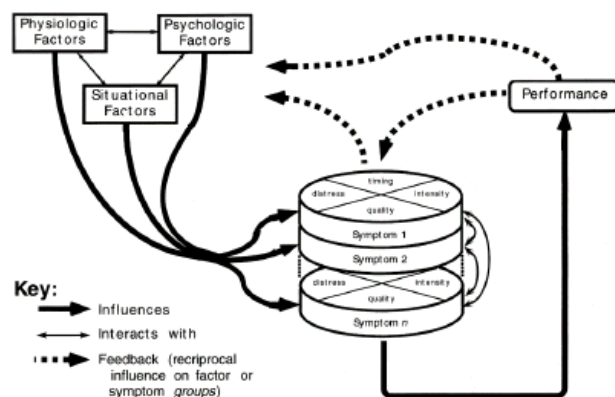
Cuadro 2. Revisión integrativa de la literatura y SCT-E



Fuente: Datos de la investigación.

En relación con el Constructo elegido *Teoría de los Síntomas Desagradables*, se definió utilizar sólo un concepto: *Síntomas*, y definir en la literatura cuáles eran los síntomas que describen el cuadro coronario en las mujeres. La *TOUS* ha profundizado con particular atención en cuatro síntomas: dolor, disnea, fatiga y náuseas, cuyos indicadores son calidad, duración, intensidad y nivel de angustia (ver Figura 1), unidos a dos dimensiones propuestas por la investigadora: *afrentamiento* y *localización*, los cuales facilitan la descripción de estos síntomas coronarios.

Figura 1. Diagrama de la Teoría de Lenz y colaboradores 1997



Fuente: 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 (25).

Las evidencias disponibles detallan la fuerte asociación entre la EC y la expresión de síntomas psicosociales, a saber: tristeza, depresión, complejo ira/hostilidad, estrés negativo y síntomas fisiológicos menores. De manera novedosa en el instrumento, estos síntomas fueron denominados *Síntomas N*, que aparecen en el diagrama original de la Teoría de Lenz y cols. En efecto, se decide recurrir a un referente teórico de la psicología: *Teoría de la cognición sobre la emoción y la conducta concreta* de Lazarus y Folkman, que permite recabar en la influencia de las emociones de componente negativo y su impacto en la salud. Este esfuerzo integrador de elementos empíricos evidencia el carácter multidimensional del instrumento.

El Modelo Psicométrico Clásico de los test lo componen tres sistemas: lógico, empírico y numérico. A estos sistemas se anclaron las evidencias ponderadas, que se yuxtaponen a las dimensiones e indicadores de la *TOUS*, facilitando el soporte para la creación de la malla de ítems (ver Cuadro 3).

Cuadro 3. Ejemplo del Modelo Psicométrico (TCT) por síntoma

Sistema lógico			Sistema empírico				
Atributo	Dimensión	Indicadores	Autores	Diseño del estudio	Valor ponderado de la evidencia	Hallazgos	Ítems
Síntomas	Disnea	Calidad	Millán y Díaz, Colombia, 2009.	Cualitativo	Clase I: 98,1%	Falta de aire.	Cuando sentí la falta de aire, decidí:
			Soto Morales, Colombia, 2007. Mieres et al. USA, 2011.	Cualitativo Sumativo	Clase I: 96,5% Clase II: 69,2%	respiración trancada, asfixia. Disnea paroxística nocturna	Sistema Numérico 4 = Nada, no le presté atención. 3 = Informé a alguien conocido. 2 = Dejé lo que estaba haciendo. 1 = Me recosté o reposé.

Fuente: Datos de la investigación.

La revisión integrativa que aportó esta investigación confirma que se está frente a una nueva semiología cardiovascular de género, la cual *no* sigue el patrón clásico masculino y expone un patrón de características especiales. El condensado de los principales síntomas reportados en las piezas de investigación se pueden observar en el Cuadro 4.

Cuadro 4. Consolidado de síntomas en mujeres con enfermedad coronaria

Síntomas	Estudios cualitativos	Estudios cuantitativos	Estudios sumativos
Disnea	87%: falta de aire, ahogo o asfixia.	78%: acortamiento de la respiración.	Acortamiento de la respiración.
Dolor	55%: precordial agudo. 93,4%: irradiado en espalda, mandíbula y tórax derecho. 45%: angustia. Duración: 46% (1 h). 53% no pide ayuda.	90%: precordial, irradiado en cuello, hombros, espalda y escápula. 79%: reposo o moderada actividad.	Asociado a la actividad física y como forma de afrontamiento.
Fatiga	86%: desaliento súbito e inusual.	30%: cansancio del cuerpo.	Pérdida de energía.
Náuseas	87%: náuseas intensas y vómito.	Síntoma persistente.	Síntoma persistente.
Síntomas fisiológicos menores prodrómicos	Sudoración, decaimiento, frialdad, vómito, mareo y cefalea muy intensa.	Más en mujeres que en hombres, (54/53) hasta 1 mes antes: dolor epigástrico, cansancio, fatiga inusual, miedo a la muerte, cefalea y debilidad en las manos.	Cefalea, gástrico y mandíbula, diaforesis, vértigo y palpitaciones.
Distrés	40%: estrés crónico.	Inducido por pareja, hijos, trabajo.	En la infancia: trauma, maltrato infantil y situaciones dolorosas.
Complejo ira/hostilidad	Depende del estrato social: enojo fácil, emoción erótica/hostil, explosión y bajo apetito sexual.	28% la reciben de sus parejas. Depresión: 34%. Ansiedad: 36% (miedo a la muerte).	Por la pareja, hijos y el trabajo injusto.

Fuente: Datos de la investigación.

Materialización de los hallazgos

La investigación se enmarcó en los conceptos de ética de las investigaciones con seres humanos en Colombia (Res. 8430/93) y cumplió con las normas vigentes de propiedad intelectual de la Universidad Nacional de Colombia (Acuerdo 035/2003 C.A.). También obtuvo los avales éticos del Comité de Ética de la universidad y de la institución de salud en Manizales donde se realizó la prueba piloto, para lo cual se siguió un riguroso método de validación.

Resultados

El diseño inicial del instrumento propuesto es un formato tipo autoinforme, heteroaplicado, compuesto por 87 ítems que permiten decantar los hallazgos de las publicaciones en la temática de los síntomas en la mujer con EC. Para explicitar las particularidades en el diseño, es necesario aclarar en su modelaje psicométrico clásico lo siguiente:

- **Sistema lógico.** Atributo: *Síntomas coronarios*. Incorporan la realidad fisiológica, psicológica y psicosocial de la mujer con EC, teniendo como sustento lo que la evidencia demostró en la revisión integrativa. *Indicadores de los síntomas*: calidad, intensidad, angustia y duración. Respecto a la localización y afrontamiento, fueron propuestos por la investigadora porque no son dimensiones de la *TOUS* y son necesarios en la indagación del dolor.
- **Sistema empírico.** Variable o dimensión psicofisiológica de los síntomas, a saber —parte A del instrumento—: dolor (ítems: 1-14), disnea (ítems: 15-20), fatiga (ítems: 21-26), náuseas (ítems: 27-31); síntomas fisiológicos menores (ítems: 32-41): palpitaciones, sudoración, frialdad, cefalea, entumecimiento, decaimiento. Frente a la dimensión psicosocial de los síntomas, se encontró el vacío de su análisis mediante la *TOUS* y se decide incorporarlos en la categoría de *Síntoma N* —parte B del instrumento—: tristeza (ítems: 42-46), depresión (47-59 ítems), ira/hostilidad (ítems 60-77) y distrés (ítems 78-87).

- **Sistema numérico.** Compuesto por escalas de numeración nominal, indispensable para el formato de respuestas dicotómico —para el síntoma focal— y el politómico —para el descriptor del síntoma— en formato tipo *Escala Likert*. Acorde con lo anterior, se presenta una parte del instrumento (ver Cuadro 5).

Cuadro 5. Instrumento para la valoración de los síntomas en la mujer con EC

Subdimensiones o Síntomas	Definición operativa de los ítems o Preguntas	Criterios de valoración o Alternativa de respuesta
Parte A: Síntomas psico-fisiológicos		
I. Dolor o discomfort —dolor en el pecho, angina de pecho, malestar cardíaco.		2 = sí 1 = no.
1. ¿En este evento cardíaco sentí dolor o molestia en el pecho o en alguna otra parte del cuerpo: espalda, hombros, brazos, cuello o mandíbula?		
Si la respuesta es no, pase a la pregunta 13. Si la respuesta es sí, continúe con la pregunta 2:		
Calidad Descripción del síntoma	Descripción del síntoma	5 = un dolor muy agudo. 4 = una opresión, tipo peso, pesadez o apretamiento cardíaco en la mitad del pecho o al lado izquierdo. 3 = una sensación punzante, tipo puñalada, picada o dolor penetrante. 2 = una sensación quemante, tipo ardor o quemazón. 1 = ninguna de las anteriores.
	2. Este dolor o molestia lo describiría como:	3 = brusca y en aumento. 2 = intermitente: aparecía y desaparecía. 1 = lento, era seguido o persistente.
	3. Este síntoma se me presentó de esta forma:	5 = en el centro del pecho o al lado izquierdo del mismo. 4 = en el cuello, a nivel de la garganta y/o mandíbula. 3 = en la parte media de la espalda. 2 = en la parte alta de la espalda. 1 = en la boca del estómago.
	Localización	5 = hacia el cuello y mandíbula. 4 = hacia el hombro izquierdo o mano izquierda. 3 = hacia la espalda o escápula izquierda. 2 = hacia el lado derecho del pecho, del tórax o el hombro. 1 = al abdomen u otra parte del cuerpo.
	Irradiación	5 = en realidad no supe qué lo ocasionaba. 4 = por estrés mental o ejercicio. 3 = problemas gástricos o acidez estomacal. 2 = problemas respiratorios. 1 = problemas cardíacos.
	5. El dolor o molestia se me fue a esta parte del cuerpo:	5 = descansando, en reposo o durmiendo. 4 = haciendo los oficios de la casa o del trabajo. 3 = caminando. 2 = haciendo ejercicio físico intenso. 1 = haciendo otra actividad.
	Significado	5 = ejercicio u oficio a ver si se me quitaba. 4 = nada, esperé a que se me pasara. 3 = decidí tomar líquido o algo para el dolor. 2 = guardé reposo y le comenté a alguien. 1 = asistir a consulta médica.
	Desencadenante	
	7. Este dolor o molestia me empezó cuando estaba:	
	Afrontamiento	
	8. Para aliviar este dolor o molestia, decidí hacer:	

Fuente: Datos de la investigación.

Validación Facial o Aparente: Se realizó la prueba piloto con 21 mujeres hospitalizadas en una institución de Manizales, Colombia, que cumplieran con los criterios de inclusión, es decir: ser mujer mayor de 45 años; estar hospitalizada con diagnóstico médico confirmado de SCA no menor a

72 horas ni mayor a cinco días; no tener Cirugía de Revascularización Miocárdica CABG reciente; estar consciente; tener estado clínico estable; no tener dificultades para la audición y la comunicación verbal; firmar el consentimiento informado. En cuanto a los criterios de exclusión, se consideró tener estado clínico inestable; tener afasia o sordera; tener SCA en el postoperatorio inmediato de cualquier tipo; no consentir su participación; ser hombre.

Esta prueba fue desarrollada en el ámbito hospitalario, contó con el aval y participación de las mujeres seleccionadas y en algunos casos de un familiar. Se realizó la ambientación a la prueba, la explicación del formato y la resolución de dudas.

Terminada y analizada la prueba, se observó que los síntomas de estas mujeres se reportaban de forma similar, como lo señalan las evidencias escrutadas en orden: fatiga inusual (80,9%), dolor torácico (71%, agudo), disnea cardiaca (71%), otros síntomas fisiológicos menores (71%, prodrómicos), tristeza (47,6%), depresión (47,6%), ira/hostilidad (42,8%), distrés (23,8%, en parte atribuida a la pareja), náuseas (19%, discordante con las evidencias). Se destacó el maltrato y el abuso infringido por la pareja en 16 de las 21 mujeres. Posterior al análisis semiótico, se decidió modificar 35 ítems por problemas de comprensión.

Validación de Contenido: Se establecieron los criterios de inclusión para los 5 jueces expertos así: formación académica mínima (maestría); experiencia académica mayor de 5 años; competencia temática; deseo de participar; disponibilidad. Se diseñó una plantilla de evaluación de los ítems en escala ordinal para el *Modelo Propuesto por Lawshe, el Normalizado por Tristán y el Modelo de Escobar y Cuervo*.

Análisis de la Validación de Contenido según Modelo de Lawshe Normalizado por Tristán. Este ajuste permite que la validación no dependa del número de jueces. Cada experto enjuicia el pool de ítems en las categorías *esencial* (3 puntos), *útil* (2 puntos) y *no esencial* (1 punto). Con los formatos diligenciados, se creó la plantilla integradora de datos y se realizó el siguiente proceso:

- **Cálculo del Content Validity Ratio (CVR').** Referido a la proporción de acuerdos en la categoría *esencial*, respecto al número de jueces participantes, el cual debe

proporcionar por lo menos un 58% (0,58) de acuerdos para ser aceptable. Todos los 87 ítems obtuvieron un CVR' de 0,6. Por lo tanto, se indicó revisarlos y ajustarlos.

- **Cálculo del Content Validity Index (CVI).** Se obtiene de hacer la suma de los CVR' de los ítems aceptables (mayores de 0,6) y dividirlo entre el número total de ítems en categoría de *aceptables*. El CVI del instrumento fue de 0,797, lo cual determinó que todos los ítems estuvieran en el rango de *aceptables* (ver cuadro 6).

Cuadro 6. Validez de Contenido: Método de Lawshe Normalizado por Tristán

Validación de Contenido por el Método de Lawshe Normalizado						
Ítems/ Número	Clasificación			(CVR')	Aceptable Ítem con CVR' > 0,58	Coeficiente de pertinencia CVI
	Esencial	Útil, no esencial	No necesario			
8, 13, 17, 22, 28, 30, 45, 46, 58, 59, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 82.	3	1	1	0,6	X	$CVI = \frac{\sum_{i=1}^m CVR'}{M}$ CVR' totales = 69,4/87 ítems = 0,797 CVI = 0,797
1, 11, 12, 15, 16, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 57, 65, 66, 67, 68, 78, 79, 80, 84, 85, 87.	4	0	1	0,8	X	
2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 14, 18, 29, 41, 47, 56, 60, 61, 62, 63, 64, 83, 86.	5	0	0	1	X	
Suma de ítems aceptables con CVR' > 58%				69,4	87	0,797

Fuente: Datos de la investigación.

Análisis de Validación de Contenido Modelo Escobar y Cuervo. Coeficiente de Correlación de Kendall (SPSS 20). Modelo de juzgamiento de los ítems por un experto, utilizado para el análisis de datos ordinales. El formato diseñado para el juez experto contiene toda la información del instrumento con el sistema de evaluación de cada ítem: suficiencia, coherencia, relevancia y claridad en cada uno de los ítems. El instrumento obtuvo un w de Kendall de 0,758, el cual debe ser mayor de 0,5 para todo el test. El valor de w de Kendal obtenido permite elucidar

que se acepta la hipótesis del investigador —H1: existe concordancia entre los juicios emitidos por los expertos—. La cifra estimada está comprendida en el rango 0,61-0,80, lo cual indica que el instrumento tiene un nivel de concordancia bueno (ver Cuadro 7).

Cuadro 7. Resultados *Modelo Escobar y Cuervo: w de Kendall (SPSS 20)*

Parte del instrumento	Síntomas	Ítems	W de Kendall Total	Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia
Parte A	Dolor coronario de tipo isquémico	1-14 (n = 14)	0,708**	0,862**	0,641**	0,660**	0,679**
	Disnea	15-20 (n = 6)	0,849**	0,771**	0,895**	0,885**	0,924**
	Fatiga	21-26 (n = 6)	0,708**	0,853**	0,853**	0,776**	0,708**
	Náuseas	27-31 (n = 5)	0,774**	0,914**	0,461*	0,894**	0,855**
	Otros síntomas fisiológicos menos frecuentes (síntomas clúster)	32-41 (n = 10)	0,598**	0,832**	0,461* 0,330*	0,710**	0,435*
Parte B	Tristeza	42-46 (n = 5)	0,788**	0,758*	0,330* 0,628*	0,990**	0,836*
	Depresión	47-59 (n = 13)	0,740**	0,760**	0,674**	0,973**	0,574**
	Ira/hostilidad	60-77 (n = 18)	0,810**	0,887**	0,607**	0,950**	0,754**
	Distrés	78-87 (n = 10)	0,771**	0,885**	0,599**	0,965**	0,292*

Valor de $p < 0,05^{**}$ y $p < 0,01^{*}$

Fuente: Datos de la investigación.

En la categoría esencial se obtuvo un total de acuerdos (1,0) en 21 ítems. Los ítems con puntuaciones de 0,8 fueron 44. Los ítems con acuerdos de 0,6 fueron 22, por lo que se decide intervenirlos. A su vez, se sumó el propio criterio y racionalidad del investigador para mejorar su semántica y se decidió retirar 22 ítems del diseño inicial y crear 2 ítems más. El instrumento final quedó compuesto por 67 ítems.

Conclusiones

Se presentó un instrumento de características multidimensionales, constituido por 67 ítems dispuestos en formato de respuesta tipo *Likert*, cuyo marco central es la *Valoración son los Síntomas de la Mujer con Enfermedad Coronaria*, desde la perspectiva de la *Teoría de los Síntomas Desagradables*, aplicable a mujeres mayores de 45 años con sospecha clínica de evento coronario.

El diseño inicial fue sometido a una prueba piloto en un grupo de 21 mujeres. Se demostró que sus síntomas estaban contenidos en el instrumento y son

los que expresan las mujeres en forma global. El instrumento demuestra poseer Validación de Contenido, juicio de expertos logrado por medio de dos sistemas que permitieron cualificar y cuantificar los ítems del instrumento, dando garantías métricas e indicando que los reactivos son verdaderas unidades representativas del atributo. Este remanente investigativo deberá enfrentar en el futuro otro tipo de mediciones para lograr su madurez psicométrica.

El hallazgo más importante de la investigación se centró en el novedoso uso de los *Síntomas N* de Lenz, denominados en el instrumento como *síntomas psicosociales*, lo cual permitió expandir el primer concepto teórico de la *TOUS* y abrir una compuerta de innovación a la teoría para el análisis de otras categorías de síntomas aún no estudiados. La teoría es la esencia de la psicometría. Este estudio pone a prueba la *Teoría de Lenz y colaboradores* y su capacidad de medición del atributo.

Limitaciones

Existe en la mayoría de los estudios revisados una fuerte inclinación por la concepción biológica de los síntomas coronarios y el uso persistente de la métrica masculina para valorar a las mujeres. Además, se encontró un sesgo de publicación para la enfermería nacional y del mundo.

Referencias

- (1) Perk J, DeBacker G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M *et al.* European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J.* 2012 Jul;33(13):1635-1701.
- (2) Kling JM, Miller VM, Mankad R, Wilansky S, Wu Q, Zais TG *et al.* Go red for women cardiovascular health-screening evaluation: the dichotomy between awareness and perception of cardiovascular risk in the community. *J Womens Health (Larchmt).* 2013 Mar;22(3):210-218.

- (3) Bhatnagar P, Wickramasinghe K, Williams J, Rayner M, Townsend N. The epidemiology of cardiovascular disease in the UK 2014. *Heart*. 2015;101(15):1182-1189.
- (4) Anchique CV. Enfermedad cardiovascular en la mujer. *Rev Colomb Cardiol*. 2011;18(4):178-182
- (5) Nichols M, Townsend N, Scarborough P, Rayner M. Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update. *Eur Heart J*. 2014 Nov;35(42):2950-2959.
- (6) Tejero ME. Cardiovascular disease in Latin American women. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2010 Jul;20(6):405-411.
- (7) Howard BV, Taskinen MR. Introduction. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2010;20(6):377-378.
- (8) Wellons M, Ouyang P, Schreiner PJ, Herrington DM, Vaidya D. Early menopause predicts future coronary heart disease and stroke: the multi-ethnic study of atherosclerosis (MESA). *Menopause*. 2012 Oct;19(10):1081-1087.
- (9) Rosen SE, Hensy S, Bond R, Pearte C, Mieres JH. Sex-specific disparities in risk factors for coronary heart disease. *Curr Atheroscler Rep*. 2015 Aug;17(8):523-528.
- (10) Maas AH, VanDerSchouw YT, Regitz-Zagrosek V, Swahn E, Appelman YE, Pasterkamp G *et al*. Red alert for women's heart: the urgent need for more research and knowledge on cardiovascular disease in women: proceedings of the workshop held in Brussels on gender differences in cardiovascular disease, 29 September 2010. *Eur Heart J*. 2011 Jun;32(11):1362-1368.
- (11) Vaccarino V. Ischemic heart disease in women: many questions, few facts. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2010 Mar;3(2):111-115.
- (12) Mehta JL. Women and heart disease: a focus issue. *Cardiovasc Drugs Ther*. 2015 Aug;29(4):317-318.
- (13) Sbarouni E, Georgiadou P, Voudris V. Gender-specific differences in biomarkers responses to acute coronary syndromes and revascularization procedures. *Biomarkers*. 2011 Sep;16(6):457-465.
- (14) Kothawade K, Bairey CN. Microvascular coronary dysfunction in women: pathophysiology, diagnosis and management. *Curr Probl Cardiol*. 2011 Aug;36(8):291-318.
- (15) Pirodda A, Cicero AF, Brandolini C, Borghi C. Inner ear symptoms: can we use them to approach cardiovascular diseases? *Intern Emerg Med*. 2014 Dec;9(8):825-827.
- (16) Levit RD, Reynolds HR, Hochman JS. Cardiovascular disease in young women: a population at risk. *Cardiol Rev*. 2011;19(2):60-65.
- (17) Wenger NK. Coronary heart disease in men and women: does 1 size fit all? No! *Clin Cardiol*. 2011;34(11):663-667.
- (18) Pieh C, Altmeppen J, Neumeier S, Loew T, Angerer M, Lahmann C. Gender differences in outcomes of a multimodal pain management program. *Pain*. 2012 Jan;153(1):197-202.
- (19) Stolarz AJ, Rusch NJ. Gender differences in cardiovascular drugs. *Cardiovasc Drugs Ther*. 2015 Aug;29(4):403-410.
- (20) Nugent L, Mehta PK, Bairey CN. Gender and microvascular angina. *J Thromb Thrombolysis*. 2011 Jan;31(1):37-46.
- (21) Bhatt P, Parikh P, Patel A, Parikh R, Patel A, Mehta JL *et al*. Unique aspects of coronary artery disease in Indian women. *Cardiovasc Drugs Ther*. 2015 Aug;29(4):369-376.
- (22) Dominic K, Cole S, Rossiter F, Mallinson K, Smith A, Simpson L. Implementation of the new NICE guidelines for stable chest pain: likely impact on chest pain services in the UK. *Br J Cardiol*. 2011;18(4):185-188.
- (23) Brewer LC, Svatikova A, Mulvagh SL. The challenges of prevention, diagnosis and treatment of ischemic heart disease in women. *Cardiovasc Drugs Ther*. 2015; 29(4):355-368.
- (24) Glombiewski JA, Rief W, Bösner S, Keller H, Martin A, Donner-Banzhoff N. The course of nonspecific chest pain in primary care: symptom persistence and health care usage. *Arch Intern Med*. 2010 Feb;170(3):251-255.
- (25) 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.

O crescimento e desenvolvimento frente à prematuridade e baixo peso ao nascer

El crecimiento y desarrollo ante la prematuridad y el bajo peso al nacer

The growth and development against the prematurity and low birth weight

-
- Tiara Aida Oliveira Pessoa¹ • Christine Baccarat de Godoy Martins² •
 - Fernanda Cristina Aguiar Lima³ • Maria Aparecida Munhoz Gaíva⁴ •

•1• Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso. Mato Grosso, Brasil. E-mail: tiara_enfermagem@hotmail.com

•2• Doutora em Saúde Pública. Docente, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso. Mato Grosso, Brasil.

•3• Mestranda em Enfermagem. Bolsista CAPES. Mato Grosso, Brasil.

•4• Doutora em Saúde Pública. Docente, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso. Mato Grosso, Brasil.

Recibido: 15/11/2011 Aprobado: 19/10/2015

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n3.44425>



Resumo

Objetivo: Realizar um levantamento bibliográfico acerca do crescimento e desenvolvimento de prematuros e/ou com baixo peso ao nascer.

Metodologia: Utilizaram-se as bases de dados LILACS, MEDLINE e SciELO. Foram encontrados 64 trabalhos: 10 publicados em 2005, 10 em 2006, 12 em 2007, 16 em 2008, 8 em 2009 e 8 em 2010. As publicações situaram-se nas áreas da medicina (59,4%), nutrição (7,8%), enfermagem (7,8%), saúde coletiva (7,8%), psicologia (6,2%), epidemiologia (4,7%), fisiologia (3,1%) e fonoaudiologia (3,1%).

Resultados: Os textos encontrados permitiram organizar o conhecimento produzido segundo as seguintes categorias de análise: *Fatores associados ao baixo peso ao nascer/prematuridade; Repercussões do baixo peso ao nascer/prematuridade para o crescimento e desenvolvimento e medidas de prevenção; e Sobrevida dos recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso.*

Conclusão: As crianças nascidas prematuramente e com baixo peso geralmente apresentam déficit de desenvolvimento. Um acompanhamento pós-natal focado no crescimento e desenvolvimento torna-se essencial.

Descritores: Análise de Sobrevida; Recém-Nascido de Baixo Peso; Desenvolvimento Infantil; Grupos de Risco; Nascimento Prematuro (fonte: DECS BIREME).

Resumen

Objetivo: Realizar una revisión bibliográfica sobre el crecimiento y desarrollo de prematuros y/o de bajo peso al nacer.

Metodología: Se utilizaron las bases de datos LILACS, MEDLINE y SciELO. Se encontraron 64 trabajos: 10 publicados en 2005, 10 en 2006, 12 en 2007, 16 en 2008, 8 en 2009 y 8 en 2010. Las publicaciones halladas pertenecían a las áreas de medicina (59,4%), nutrición (7,8%), enfermería (7,8%), salud pública (7,8%), psicología (6,2%), epidemiología (4,7%), fisiología (3,1%) y fonoaudiología (3,1%).

Resultados: Los textos encontrados permitieron la organización del conocimiento producido según las siguientes categorías de análisis: *Factores asociados al bajo peso en el nacimiento/prematuridad; Repercusiones del bajo peso en el nacimiento/prematuridad para el crecimiento y desarrollo y medidas de prevención; y Supervivencia de los recién nacidos prematuros o de bajo peso.*

Conclusión: Los niños nacidos prematuramente y de bajo peso generalmente presentan déficit de desarrollo. Un acompañamiento postnatal centrado en el crecimiento y desarrollo es fundamental.

Descriptores: Análisis de Supervivencia; Recién Nacido de Bajo Peso; Desarrollo Infantil; Grupos Vulnerables; Nacimiento Prematuro (fuente: DECS BIREME).

Abstract

Objective: To perform a bibliographic review about the growth and development of premature and/or underweight newborns.

Methodology: Databases LILACS, MEDLINE and SciELO were used. 64 works were found: 10 of them published in 2005, 10 in 2006, 12 in 2007, 16 in 2008, 8 in 2009 and 8 in 2010. These publications were in the following areas: medicine (59,4%), nutrition (7,8%), nursing (7,8%), public health (7,8%), psychology (6,2%), epidemiology (4,7%), physiology (3,1%), and phonaudiology (3,1%).

Results: The texts that were found allowed an organization of the knowledge made according to the following categories of analysis: *Factors associated to the underweight of newborns/premature; Repercussions about the underweight of newborns/premature along the growth and development and prevention methods; and The premature underweight newborns survival.*

Conclusion: The premature underweight babies usually have a development deficit. For this reason, a follow-up focused in the growth and development become essential.

Descriptors: Survival Analysis; Infant, Low Birth Weight; Child Development; Risk Groups; Premature Birth (source: DECS BIREME).

Introdução

O avanço das tecnologias em saúde, alcançado a partir da década de 1990, possibilitou que recém-nascidos (RN) pré-termos pudessem ter a chance de viver, tendo seu acompanhamento neonatal focado no ajuste do peso, crescimento e desenvolvimento, obedecendo aos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS). Acompanhamento, este, importantíssimo já que, só no ano de 2008, a mortalidade de recém-nascidos de risco chegou a aproximadamente 5,13% no primeiro ano de vida (1).

De acordo com o Ministério da Saúde, prematuridade e baixo peso ao nascer são critérios que classificam o neonato como recém-nascido (RN) de risco, porém não são os únicos, RN de risco é todo aquele que responder a, pelo menos, um critério dos que se seguem: residência em área de risco; peso ao nascer menor que 2 500 gramas; recém-nascido com menos de 37 semanas de gestação; asfixia grave —Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida—; hospitalização ou intercorrência na maternidade ou unidade de assistência ao RN; necessidade de orientação especial na alta da maternidade ou da unidade de RN; filho de mãe adolescente —menor de 18 anos—; mãe com baixa instrução —menos de 8 anos de estudo—; história de morte de criança menor de 5 anos na família (2).

Entre todos esses critérios, o baixo peso ao nascer e prematuridade são os mais relevantes. No Brasil, cerca de 8% do total de nascidos vivos apresentam baixo peso (BPN) (3). Tais eventos estão associados a vários fatores, como por exemplo: retardo do crescimento intrauterino; baixas condições socioeconômicas da família; pré-natal incompleto ou inadequado, baixo nível de escolaridade materna, estado civil da mãe —ser solteira—, mães adolescentes ou com idade avançada, intervalo interpartal diminuído, drogadição, etilismo materno e desnutrição materna, cesárea eletiva, gemelaridade, parto prematuro anterior, intercorrências gestacionais —hipertensão, diabetes mellitus, obesidade, infecções urinárias, histórico de pré-eclâmpsia, sangramento durante a gestação—, dentre outros (4-8).

A importância da atenção e cuidado com o RN prematuro e/ou de baixo peso ao nascer deve-se ao fato dessas causas serem responsáveis pelo maior índice de morte neonatal (9). Importante ressaltar que o baixo peso ao nascer e a prematuridade são considerados causas evitáveis por meio do acesso à serviços de saúde e acompanhamento adequado de pré-natal.

Neste contexto, compreender como se processa o crescimento e desenvolvimento de neonatos prematuros e/ou de baixo peso torna-se primordial, a fim de direcionar as ações de saúde específicas necessárias, possibilitando que os profissionais da saúde em uma equipe multidisciplinar, possam traçar planos de cuidados para uma melhor assistência a essas crianças.

Métodos

Trata-se de um artigo de revisão bibliográfica que utilizou a base de dados de LILACS, MEDLINE e SCIELO dos últimos cinco anos (2005-2010) para levantamento de publicações acerca do crescimento e desenvolvimento de recém-nascidos prematuros e de baixo peso, tendo como critério trabalhos completos com acesso gratuito na língua portuguesa.

As publicações foram identificadas por meio dos seguintes descritores: análise de sobrevivência; baixo peso ao nascer; desenvolvimento infantil; grupos de risco; mortalidade infantil por risco específico; muito baixo peso ao nascer; nascimento prematuro; peso para a estatura e peso para a idade.

Os resultados foram organizados e analisados segundo: autor, instituição do autor, ano de publicação, tipo de estudo —artigo, tese, dissertação, manual ou relatório—, periódico em que foi publicado, área e aspecto abordado.

Resultados

Foram encontrados 64 textos, sendo que destes, 57 foram artigos —40 originais e 17 de revisão—; dois resumos, duas dissertações, uma tese, uma nota de pesquisa e uma comunicação breve. Foram excluídos os dois resumos, a nota de pesquisa e a comunicação breve, levando-se em consideração para este manuscrito apenas os artigos completos, dissertações e teses, o que totalizou 60 publicações. Do total de textos, 10 foram publicados no ano de 2005, 8 no ano de 2006, 10 no ano de 2007, 16 no ano de 2008, 8 no ano de 2009 e 8 no ano de 2010.

Os trabalhos encontrados situaram-se nas áreas da medicina 59,4%, nutrição 7,8%, enfermagem 7,8%, saúde coletiva 7,8%, psicologia 6,2%, epidemiologia 4,7%, fisiologia 3,1% e fonoaudiologia 3,1%.

Quanto ao vínculo do autor, 51 foram desenvolvidos por profissionais que atuavam em instituições de ensino superior, 8 em serviços de saúde e um no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Discussão

Os textos encontrados permitiram organizar o conhecimento produzido de acordo com as seguintes categorias de análise: fatores associados ao baixo peso ao nascer/prematuridade; repercussões do baixo peso ao nascer/prematuridade para o crescimento e desenvolvimento e medidas de prevenção e sobrevida dos recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso.

Fatores associados ao baixo peso ao nascer/prematuridade

O estudo dos fatores que se relacionam ao baixo peso ao nascer e à prematuridade é de extrema importância, uma vez que possibilita conhecer os motivos pelos quais o conceito sofre esse desfecho, o que pode subsidiar medidas de prevenção e intervenção.

Entre os diversos fatores, destaca-se o nível socioeconômico materno (10). Nos países em desenvolvimento, mulheres em idades férteis estão submetidas a precárias condições de vida devido ao seu baixo nível socioeconômico e consequentemente a deficiências nutricionais. A alimentação inadequada durante o período gestacional pode explicar a presença do baixo peso ao nascer em RN a termo, cujo crescimento e desenvolvimento intra-uterino foram prejudicados por deficiências nutricionais (11-14). A deficiência nutricional durante a gestação está diretamente relacionada com o baixo peso ao nascer, pois de acordo com alguns autores, o ganho de peso gestacional menor ou igual a 9,0 quilos é responsável por esse desfecho (4).

Associado ao nível social e econômico, a escolaridade materna também interfere no nascimento de prematuros e baixo peso, pois as mulheres com maior nível instrucional reconhecem a importância dos cuidados e necessidades que uma gestação

demandam (13, 15). Ademais, o baixo peso ao nascer pode estar associado a baixa condição socioeconômica das mães, que tem como consequência o menor ganho de peso na gestação, início tardio do acompanhamento pré-natal e número de consultas inferior ao normatizado (13, 16-18).

Para pesquisadores o nascimento pré-termo é um problema de saúde que ocorre em contextos sociais complexos, articulado às dimensões sociais, psicossociais e biomédicas, portanto difíceis de serem mensuradas de forma abrangente (4).

Além das condições socioeconômicas e nutricionais, outro fator relevante diz respeito à idade materna. Pesquisas realizadas mostraram que a idade materna avançada —maior que 35 anos— está associada a nascimentos prematuros (4, 11, 19), enquanto a idade jovem —até 20 anos— associa-se mais a nascimentos com baixo peso (17). Uma das explicações para estas circunstâncias consiste na má alimentação das gestantes adolescentes, bem como o início tardio do pré-natal em função dos valores sociais e culturais que envolvem uma gravidez precoce. Pesquisas mostram que consultas de pré-natal inferiores a sete, bem como a adesão tardia ao acompanhamento, são predisponentes ao baixo peso ao nascer (19-21).

Já as gestantes com idade mais avançada apresentam riscos de saúde que canalizam para o nascimento prematuro, tendo ainda como fator de predisposição, história anterior de gestação com nascimento prematuro (4, 14, 20, 22). Além da idade materna, outro fator contribuinte para o BPN e prematuridade é o intervalo entre o nascimento de um filho e a próxima gravidez. Apesar de não haver consenso na literatura sobre o intervalo ideal entre gestações, estudo mostra que intervalos curtos —menor 18 meses— e longos —maior de 60 meses— estão associados a riscos perinatais adversos (23). Além do intervalo gestacional curto, as gestações múltiplas também se associam, pois o crescimento intra-uterino desse tipo de gestação é retardado em relação à gestação única, além do risco de parto prematuro (4, 14, 19).

Há que se considerar, também, a influência do álcool, das drogas lícitas (cigarros) e ilícitas como fatores contribuintes para o baixo peso ao nascer, na medida em que a ansiedade e/ou depressão da gestação levam ao aumento de consumo em mulheres que já possuem esse hábito (11, 13, 18). Coorte de nascimentos realizada na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul,

para avaliar a frequência e associação do tabagismo em sucessivas gestações com repetição de baixo peso ao nascer, mostrou que as mães que fumaram em todas as gestações tiveram uma probabilidade 2,5 vezes maior de recorrência de baixo peso ao nascer, em comparação às que nunca fumaram. Os resultados dessa pesquisa reafirmaram as evidências da literatura de que a persistência do tabagismo é um determinante importante para a recorrência do baixo peso ao nascer em sucessivas gestações (24).

Outros fatores ainda são apontados como determinantes do BPN e prematuridade, como intercorrências clínicas e internações maternas durante a gestação (4, 5) e falta de companheiro (25, 26). A presença do companheiro durante a gestação garante apoio não somente financeiro como também psicológico (26), sendo que essas condições se relacionam também com a morte neonatal precoce.

Outro aspecto que tem sido discutido na literatura é a relação entre parto cesáreo e ocorrência de prematuridade e baixo peso ao nascer (16, 27). O índice de parto cesáreo no Brasil está entre os mais elevados no mundo, de 2001 a 2008 a taxa aumentou de 38,0% para 48,8% e em alguns estados o percentual de partos cesáreos passaram a ser maiores que os vaginais (27). Em 2010, os partos operatórios representaram 52,3% de todos os partos realizados no país (28).

Por outro lado, coorte de nascidos vivos de muito baixo peso ao nascer realizada no município de São Paulo, mostrou que o parto cesariano tem efeito protetor para a mortalidade neonatal nesse grupo de crianças (29).

Além de todos os fatores supracitados, o pré-natal configura-se como um dos mais significativos neste contexto, pois representa fator protetor e preventivo do baixo peso e prematuridade. Investigação que identificou os fatores de risco associados ao nascimento de recém-nascido de baixo peso em cidade do interior do Estado de São Paulo mostrou forte associação entre o número de consultas pré-natal e baixo peso ao nascer (18).

Por sua vez, pesquisa desenvolvida em UTI Neonatal de um hospital de ensino no sul do Brasil verificou associação entre realização do pré-natal e tempo de permanência do recém-nascido na unidade, sendo que os filhos de mulheres que não realizaram o pré-natal estiveram internados por maior tempo (30).

Além do acesso às consultas durante a gravidez, a gestante também deve ter um acompanhamento de qualidade, já que a adequada assistência durante a gestação possibilita identificar precocemente as gestações de risco, prevenindo nascimentos de crianças com baixo peso e contribuindo para a redução da mortalidade neonatal (31).

Em síntese, gestantes adolescentes ou com idade superior 35 anos, mal nutridas, primíparas, de baixo nível socioeconômico, gestantes com história de parto prematuro anterior, parto cesáreo, adeptas ao etilismo e outros tipos de drogas estão mais susceptíveis à ocorrência de nascimentos prematuros e com baixo peso ao nascer (10, 11, 15).

Repercussões do baixo peso ao nascer/ prematuridade para o crescimento e desenvolvimento e medidas de prevenção

Depois de elucidar os fatores que contribuem para a prematuridade e baixo peso ao nascer, torna-se essencial conhecer as repercussões que esses eventos podem exercer sobre o crescimento e desenvolvimento da criança.

Há que se considerar, neste contexto, que os recém-nascidos em questão são submetidos desde muito cedo a processos invasivos e sofrem longos períodos de internação devido à falta de maturação de alguns órgãos, além de terem maior risco de infecções hospitalares pelo próprio tempo de internação. Quando não levam ao óbito, estas circunstâncias podem ocasionar algumas sequelas, como neurológicas, oftalmológicas ou pulmonares, com impacto direto no crescimento e desenvolvimento da criança (22).

As crianças que nascem prematuras e abaixo do peso apresentam deficiência pondo-estatural que pode persistir por toda infância, adolescência e idade adulta (32). Por outro lado, estudo que teve como objetivo determinar o ganho pondero-estatural em crianças nascidas com baixo peso no primeiro ano de vida, comparando-as com bebês nascidos com peso normal, evidenciou que os com baixo peso tendem a atingir valores de referência para as medidas peso/idade e perímetro cefálico/idade de crianças nascidas com peso adequado, já no primeiro ano de vida (33). O baixo nível socioeconômico e a inadequação do pré-natal influenciam tanto no desenrolar da gestação, por má-nutrição materna e comprometimentos relacionados à saúde, quanto depois do nascimento da criança (34).

Coorte de prematuros com peso ao nascer < 2 000 g observou que aos 12 meses de idade as crianças apresentaram frequência expressiva de déficit de crescimento de peso, comprimento e perímetro cefálico (35). Outro estudo reafirmou esses achados ao descrever o padrão de crescimento de prematuros acompanhados em ambulatório, durante o primeiro ano após a alta hospitalar, mostrando que as crianças nascidas pré-termo têm maior risco para um processo de crescimento atrasado, desde a hospitalização nas UTI Neonatais como após a alta dessas unidades. Portanto, necessitam ser cuidadosamente monitorizadas e ainda receber intervenções para promover um melhor crescimento (36).

Pesquisa que avaliou o crescimento de crianças com muito baixo peso ao nascer com idades entre 4 e 8 anos, acompanhadas em ambulatório de seguimento, mostrou que algumas crianças nascidas prematuras e de muito baixo peso podem manter baixa estatura e baixo índice de massa corporal até a idade pré-escolar e escolar, sinalizando a importância do acompanhamento do crescimento durante a infância (37).

Além da curva de peso e estatura, outra repercussão relevante é no desenvolvimento dessas crianças, que pode ser avaliado pela presença dos reflexos primitivos e seu desaparecimento na idade esperada. Estudo que acompanhou crianças prematuras durante 18 meses após o nascimento mostrou persistência de alguns reflexos primitivos além da idade considerada normal (38). Além dos reflexos primitivos e as medidas antropométricas —peso e estatura—, utilizadas para acompanhar o RN com BPN e prematuro, avalia-se também o desenvolvimento neurocomportamental dessas crianças de forma que se possa intervir em uma fase que os processos patológicos ainda não se instalaram (38), já que essas crianças apresentam, inquestionavelmente, inúmeras alterações em seu desenvolvimento motor, cognitivo, linguístico, social e escolar, dentre outros (39, 40).

Lactantes prematuros que tiveram seu desenvolvimento avaliado no primeiro ano de vida, comparando com o de crianças sem risco ao nascer, apresentaram desempenhos significativamente inferior aos lactentes normais, com destaque para o desenvolvimento motor, cognição e socialização (41).

Segundo a literatura, quanto menor o peso de nascimento e a idade gestacional maior o risco de comprometimento do desenvolvimento neurológico. Assim, prematuros que nascem com menos

de 1,5 kg e/ou 32 semanas de idade gestacional são considerados de maior risco para alterações do desenvolvimento (40).

No que diz respeito ao desenvolvimento neuropsicomotor de crianças nascidas prematuras ou de baixo peso, estudos longitudinais têm mostrado que entre 30 e 50% apresentam dificuldades motoras, cognitivas e comportamentais sutis, que podem ser detectadas na idade pré-escolar (42). Nesta perspectiva, pesquisa que comparou o desenvolvimento motor, cognitivo e o desempenho funcional de crianças nascidas pré-termo e a termo, aos quatro anos de idade, reforçou as evidências de que as crianças prematuras, de diferentes níveis socioeconômicos, são mais propensas a apresentarem alterações nessas áreas do desenvolvimento, detectáveis antes da idade escolar, que seus pares nascidos a termo (43).

Estudo de coorte com 80 recém-nascidos de um hospital do sul do Brasil com prematuros de baixo peso em idade pré-escolar, confirmou problemas comportamentais ou emocionais nessas crianças, sendo que 48% dos prematuros estudados apresentaram déficit comportamental, principalmente entre aqueles do sexo feminino. O sexo masculino apresentou mais problemas neurológicos (44).

Revisão sistemática da literatura sobre os efeitos do nascimento prematuro no desenvolvimento de crianças em idade escolar evidenciou que crianças prematuras são mais susceptíveis a prejuízos no desenvolvimento nas áreas motoras, de comportamento e de desempenho escolar em longo prazo quando comparadas a crianças nascidas a termo (45).

Considerando que a prematuridade pode levar a alterações importantes no desenvolvimento infantil, ressalta-se a necessidade de avaliações criteriosas e padronizadas para detecção precoce dessas alterações. Para tal, utiliza-se diversos tipos de escalas para uma avaliação mais precisa. Nesse sentido, foi realizada pesquisa para avaliar o desenvolvimento motor em crianças com baixo peso ao nascer de 0 a 18 meses de idade, utilizando a Escala Motora Infantil de Alberta Infant Motor Scale (AIMS), aplicada no primeiro ano de vida. "A escala é composta por 58 itens, é creditado um escore (0-60 pontos), que é convertido em percentis, variando de 5 a 90%." Os resultados do estudo demonstraram que crianças de BPN e desnutrição moderadas, apresentaram déficit de desenvolvimento motor (46).

Outro estudo que utilizou uma escala para avaliar o desenvolvimento motor de crianças pré-termo moderadas com o de crianças a termo aos sete e oito anos de idade, com a Escala de Desenvolvimento Motor (EDM), demonstrou que crianças pré-termo moderadas apresentaram desempenho inferior em relação às crianças a termo somente no setor de motricidade fina (47).

Além de falhas no desenvolvimento neuromotor, o baixo peso ao nascer tem sido associado a ocorrência da obesidade e de componentes relacionados à síndrome metabólica na idade adulta. Apesar da associação entre BPN e esses agravos ainda não ter sua causa totalmente definida, os indicadores já estão descritos na literatura, o que sinaliza para a importância do reconhecimento precoce dos sinais na infância para prevenir a doença cardiovascular (48).

Enfim, o baixo peso ao nascer, além de ser fator contribuinte para a morbidade e a mortalidade, pode influenciar também no crescimento e desenvolvimento infantis, demandando a necessidade de dar continuidade ao cuidado à saúde após o nascimento, para identificar precocemente as alterações e intervir no sentido de minimizar as sequelas advindas da prematuridade e baixo peso (36).

Sobrevida dos recém-nascidos prematuros e de baixo peso

Uma vez que já se sabe os fatores que contribuem para os desfechos do baixo peso ao nascer e prematuridade e as medidas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças que nasceram nessas condições, torna-se imprescindível analisar os fatores que proporcionam aumento das chances desses sobreviverem. Segundo o Ministério da Saúde entre os anos de 1990 a 2007, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no Brasil diminuiu cerca de 59,0%. Isso se deu por uma melhor qualidade de assistência à saúde, saneamento básico, queda da taxa de fecundidade, melhoria geral das condições de vida, segurança alimentar e nutricional, grau de instrução das mulheres, avanço das tecnologias médicas e aleitamento materno (49).

Segundo as pesquisas o baixo peso ao nascer é o contribuinte mais importante para a mortalidade neonatal (13, 50, 51), além de aumentar o risco para morbidades e sequelas (52). Esse fato tem sido reafirmado em diversas pesquisas desenvolvidas em outros países e no Brasil (21, 51, 53-55).

Pesquisa realizada no Rio Grande do Sul com 138 407 nascidos vivos, teve o BPN e a prematuridade como os principais fatores associados à mortalidade neonatal (54). Resultado semelhante foi observado em outros estudos, em que essas duas condições se mostraram fortemente associada ao óbito neonatal (51, 55).

Entre as crianças com BPN, a prematuridade é um importante fator de risco para o óbito neonatal (9, 51), o que foi observado em estudo desenvolvido na cidade de Recife-PE com uma coorte de nascidos vivos com peso entre 500 e 2 499 g, em que a idade gestacional e o peso se associaram ao óbito neonatal, especialmente os prematuros com idade gestacional menor ou igual a 31 semanas e aqueles com peso menor 1 500 g (21).

Por sua vez, investigação realizada em uma capital da região Centro-Oeste do país, que avaliou os fatores associados à mortalidade neonatal em crianças nascidas com baixo peso, constatou que as crianças nascidas com menos de 37 semanas de idade gestacional apresentaram maior chance para o óbito, comparadas às de termo. Os resultados mostraram ainda que a mortalidade neonatal nessas crianças associa-se a causas evitáveis por adequada atenção no pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (31). Além do mais, o baixo peso ao nascer é uma condição que reflete a qualidade da assistência prestada à mãe durante a gestação e parto (27).

Nessa perspectiva, pesquisa que analisou os óbitos ocorridos na sala de parto em uma maternidade do Rio de Janeiro mostrou que a maioria das mortes ocorreu em recém-nascidos com baixo peso e presença de asfixia, situações essas que podem ser influenciadas por assistência pré-natal adequada (56). Resultado semelhante foi observado em estudo que analisou a mortalidade neonatal no município de Londrina-PR, de 2000 a 2009 (55).

Fatores como BPN, prematuridade, idade materna, condições socioeconômicas, e qualidade da atenção na gestação, parto e nascimento apareceram como os principais responsáveis pelo aumento na morbimortalidade neonatal (17). Assim, acredita-se que a redução da mortalidade neonatal esteja associada à qualidade da assistência. Autores destacam a importância da qualidade da atenção no pré-natal para melhorar os resultados da assistência no parto e no nascimento (57).

A literatura evidencia ainda que a queda na mortalidade neonatal de recém-nascidos com menos de 32 semanas e 1 500 g está atrelada à implementação de equipamentos e recursos nas unidades neonatais e ao uso de surfactante e corticoide antenatal (58).

Nessa discussão, há que considerar também os determinantes sociais que corroboram na ocorrência da prematuridade e baixo peso, e por consequência aumentam o risco de óbito neonatal. Entre esses determinantes destacam-se a idade e baixa escolaridade materna e as condições desfavoráveis de vida, dentre outros (10, 11, 13). Além dos fatores citados, a exclusão social que dificulta o acesso aos serviços de saúde, a falta do companheiro ou o baixo nível instrucional deste, e as consequências da gravidez na adolescência também contribuem para o aumento da morte neonatal precoce.

Investigação desenvolvida em hospital público no município do Rio de Janeiro que avaliou a mortalidade infantil em recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer, evidenciou que as crianças de mães com menos de quatro anos de estudo tiveram risco 2,5 vezes maior de morte neonatal em comparação com aquelas cujas mães possuíam mais de oito anos de estudo (59).

Para alguns autores a mortalidade neonatal associa-se também às características reprodutivas, condições da gestação, da assistência ao pré-natal e do nascimento (29, 54, 60).

Pesquisa que analisou a sobrevida de crianças de peso baixo ao nascer no estado de Santa Catarina mostrou que a sobrevida esteve aumentada nas crianças nascidas em hospitais particulares, e que nascer em hospitais de ensino funcionou como proteção até o primeiro ano de vida. Essa diferença de sobrevida por hospitais deveu-se a características das populações, tanto socioeconômica como pelo nível de instrução. Ressalta-se que hospitais de ensino caracterizam-se por prestar atendimento às gestantes e RN de risco. Ainda segundo dados do estudo, quanto menor o peso ao nascer, menores as chances de sobrevida (38). Esses resultados evidenciam que a relação entre mortalidade e peso ao nascer é inversamente proporcional, ou seja, a probabilidade de morte diminui à medida que aumenta o peso.

Com o aumento da sobrevida entre os recém-nascidos de baixo peso e/ou prematuros, torna-se imprescindível que estes tenham acompanhamento do

desenvolvimento e avaliações específicas mais precocemente e que, se necessário, intervenções sejam realizadas a tempo, para que tenham qualidade de vida semelhante aos nascidos a termo e com peso adequado (39).

Conclusão

Considerando que a prematuridade e o baixo peso ao nascer são fatores determinantes para diversas intercorrências, como infecções, hospitalizações prolongadas, déficit de desenvolvimentos motor e intelectual, instabilidades emocionais e até mesmo mortalidade neonatal, essas duas condições merecem especial atenção, no sentido de preveni-las e, dessa forma, evitar complicações.

Os resultados apontam a condição socioeconômica como fator significativo para o nascimento de baixo peso, uma vez que, quando baixa, acarreta em deficiências nutricionais na gestante, carências essas evidenciadas pelo ganho de peso inferior ao recomendado. Além de influenciar nas variáveis relativas à nutrição, o baixo nível socioeconômico, também está associado ao menor nível de escolaridade das mães, o que por sua vez resulta em maior despreparo para oferecer os cuidados necessários à criança.

Neste contexto, o acompanhamento pré-natal configura-se como estratégia de extrema importância, e quanto mais precocemente for iniciado, melhores serão os resultados, uma vez que a presença frequente de profissionais de saúde cria/estimula a adoção de hábitos saudáveis durante a gestação.

Diante do exposto, ressalta-se a relevância de se explorar melhor o tema em questão, a fim de subsidiar a prática profissional e reduzir os nascimentos prematuros e de baixo peso, bem como a mortalidade neonatal. Além disso, esforços devem ser direcionados no sentido de melhorar a qualidade da atenção prestada a mulher durante a gestação, parto e ao recém-nascido.

Referências

- (1) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Brasília DF: Ministério da Saúde; 2008.

- (2) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações programáticas estratégicas. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília DF; 2005.
- (3) Silva AA, Silva LM, Barbieri MA, Bettiol H, Carvalho LM, Ribeiro VS *et al*. The epidemiologic paradox of low birth weight in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(5):767-775.
- (4) Assunção PL, Novaes HM, Alencar GP. Fatores associados ao nascimento pré-termo em Campina Grande, Paraíba, Brasil: um estudo caso-controle. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(6):1078-1090.
- (5) Almeida AC, Jesus AC, Lima PE, Araújo MF, Araújo TM. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33(2):86-94.
- (6) Madi JM, Araújo BF, Zatti H, Rombaldi RL, Lorencetti J, Pinson G *et al*. Avaliação dos fatores associados à ocorrência de prematuridade em um hospital terciário de ensino. *Rev AMRIGS*. 2012;56(2):111-118.
- (7) Guimarães EC, Melo EC. Características do apoio social associados à prematuridade em uma população de puérperas de baixa renda. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2011;15(1):54-61.
- (8) Mattana OM, Nunes RP, Miotto LB. Fatores associados à prematuridade neonatal no Brasil: revisão sistemática. *CuidArte Enferm*. 2011;5(2):129-136.
- (9) Barros FC, Matijasevich A, Requejo JH, Giugliani E, Maranhão AG, Monteiro CA *et al*. Recent trends in maternal, newborn, and child health in Brazil: progress toward Millennium Development Goals 4 and 5. *Am J Public Health*. 2010 Oct;100(10):1877-1889.
- (10) Glinianaia SV, Ghosh R, Rankin J, Pearce MS, Parker L, Pless-Mulloli T. No improvement in socioeconomic inequalities in birthweight and preterm birth over four decades: a population-based cohort study. *BMC Public Health* [serial on the Internet]. 2013 Apr [access: 2014 Jun 22];13:345. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/345>
- (11) Lima MC, Oliveira GS, Lyra CO, Roncalli AG, Ferreira MA. A desigualdade espacial do Baixo Peso ao Nascer no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(8):2443-2452.
- (12) Sato AP, Fujimori E. Estado nutricional e ganho de peso de gestantes. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012;20(3):462-468.
- (13) World Health Organization (WHO). Born too soon: the global action report on preterm birth. Geneva: World Health Organization (WHO); 2012.
- (14) Minuci EG, Almeida MF. Diferenciais intra-urbanos de peso ao nascer no município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(2):256-266.
- (15) Silvestrin S, Silva CH, Hirakata VN, Goldani AA, Silveira PP, Goldani MZ. Maternal education level and low birth weight: a meta-analysis. *J Pediatr (Rio J)*. 2013;89(4):339-345.
- (16) Ferraz TR, Neves ET. Fatores de risco para baixo peso ao nascer em maternidades públicas: um estudo transversal. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(1):86-92.
- (17) Borba GG, Neves ET, Arruê AM, Silveira A, Zamberlan KC. Fatores associados à morbimortalidade neonatal: um estudo de revisão. *Rev Saúde (St Maria)*. 2014;40(1):9-14.
- (18) Silva SS, Santos FD, Coca LL. Nascimento de recém-nascidos de baixo peso em instituição filantrópica terciária do Município de Piracicaba. *Enferm Glob*. 2011;10(23):61-75.
- (19) Silveira MF, Victora CG, Barros AJ, Santos IS, Matijasevich A, Barros FC. Determinants of preterm birth: Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil, 2004 birth cohort. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(1):185-194.
- (20) Antonio MÂ, Zanolli ML, Carniel EF, Morcillo AM. Fatores associados ao peso insuficiente ao nascimento. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(2):153-157.
- (21) Ribeiro AM, Guimarães MJ, Lima MC, Sarinho SW, Coutinho SB. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(2):246-255.
- (22) Silva AM, Almeida MF, Matsuo T, Soares DA. Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(10):2125-2138.

- (23) Copen CE, Thoma ME, Kirmeyer S. Interpregnancy intervals in the United States: data from the birth certificate and the national survey of family growth. *Nati Vital Stat Rep*. 2015 Apr;64(4):1-11.
- (24) Sclowitz IK, Santos IS, Domingues MR, Matijasevich A, Barros AJ. Maternal smoking in successive pregnancies and recurrence of low birthweight: the 2004 Pelotas birth cohort study, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2013 Jan;29(1):123-130.
- (25) Alio AP, Mbah AK, Grunsten RA, Salihu HM. Teenage pregnancy and the influence of paternal involvement on fetal outcomes. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2011 Dec;24(6):404-409.
- (26) Maranhão TA, Gomes KR, Silva JM. Fatores que influenciam as relações familiares e sociais de jovens após a gestação. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(5):998-1008.
- (27) Victora CG, Aquino EM, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet*. 2011;2:32-46.
- (28) UNICEF Brasil [sede web]. Brasília: UNICEF Brasil; 2013 [atualizada: 2013 Ago 5; acesso: 2014 Jun 10]. Estudo faz alerta sobre a situação da prematuridade no Brasil [aprox. 2 telas]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/media_25849.htm
- (29) Almeida MF, Alencar GP, Schoeps D, Novaes HM, Campbell O, Rodrigues LC. Sobrevida e fatores de risco para mortalidade neonatal em uma coorte de nascidos vivos de muito baixo peso ao nascer, na Região Sul do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011 Jun;27(6):1088-1098.
- (30) Basso CG, Neves ET, Silveira A. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. *Texto Contexto Enferm* [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 2015 Abr 21];21(2):269-276. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a03v21n2>
- (31) Gaiva MA, Fujimori E, Sato AP. Mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(5):778-785.
- (32) Cardoso-Demartini AA, Bagatin AC, Silva RP, Boguszewski MC. Crescimento de crianças nascidas prematuras. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2011;55(8):534-540.
- (33) Mayer GN, Cancelier AC, Franciotti DL. Comparação do crescimento de bebês com baixo peso ao nascer com bebês nascidos com peso adequado: estudo de coorte. *Arq Catarin Med*. 2011;40(4):12-18.
- (34) Yamamoto RM, Schoeps DO, Abreu LC, Leone C. Peso insuficiente ao nascer e crescimento alcançado na idade pré-escolar, por crianças atendidas em creches filantrópicas do município de Santo André, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2009;9(4):477-485.
- (35) Goulart AL, Moraes MB, Kopelman BI. Impacto dos fatores perinatais nos déficits de crescimento de prematuros. *Rev Assoc Med Bras* [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 2012 Fev 20];57(3):272-279. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n3/v57n3a08.pdf>
- (36) Viera CS, Rech R, Oliveira BR, Maraschin MS. Seguimento do pré-termo no primeiro ano de vida após alta hospitalar: avaliando o crescimento ponderal. *Rev Electr Enf* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 2014 Jun 10];15(2):407-415. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a13.pdf
- (37) Méio MD, Soares FV, Fonseca VM, Villela LD, Boëchat MC, Moreira ME. Baixa estatura em crianças nascidas com muito baixo peso entre as idades de 4 a 8 anos. *Rev Pesq Saúde*. 2010;11(3):41-45.
- (38) Urzêda RN, Oliveira TG, Campos AM, Formiga CK. Reflexos, reações e tônus muscular de bebês pré-termo em um programa de intervenção precoce. *Rev Neurocienc* 2009;17(4):319-325.
- (39) Lopes AA, Tani G, Maia JA. Desempenho neuromotor, prematuridade e baixo peso à nascença. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 2011;13(1):73-81.
- (40) Viana TP, Andrade IS, Lopes AN. Desenvolvimento cognitivo e linguagem em prematuros. *Audiol Commun Res*. 2014;19(1):1-6.
- (41) Rodrigues OM, Bolsoni-Silva AT. Efeitos da prematuridade sobre o desenvolvimento de lactentes. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2011;21(1):111-121.
- (42) Goyen TA, Lui K, Hummell J. Sensorimotor skills associated with motor dysfunction in children born extremely preterm. *Early Hum Dev*. 2011 Jul;87(7):489-493.

- (43) Maggi EF, Magalhães LC, Campos AF, Bouzada MC. Preterm children have unfavorable motor, cognitive, and functional performance when compared to term children of preschool age. *J Pediatr (Rio J)*. 2014;90(4):377-383.
- (44) Espírito Santo JL, Portuguese MW, Nunes ML. Cognitive and behavioral status of low birth weight preterm children raised in a developing country at preschool age. *J Pediatr (Rio J)*. 2009;85(1):35-41.
- (45) Moreira RS, Magalhães LC, Alves CR. Effect of preterm birth on motor development, behavior, and school performance of school-age children: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)*. 2014;90(2):119-134.
- (46) Reis LA, Britto IT, Lessa RS, Freitas SP, Porto TE, Reis LA. Avaliação do desenvolvimento motor em crianças de 0 a 18 meses de idade com baixo peso. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2009;33(2):153-161.
- (47) Camargos AC, Fontes PL, Araújo AP, Silva FC, Pereira LP, Souza SM. Desenvolvimento motor de crianças pré-termo moderadas aos sete e oito anos de idade. *Fisioter Pesqui*. 2011;18(2):182-187.
- (48) Santos SP, Oliveira LM. Baixo peso ao nascer e sua relação com obesidade e síndrome metabólica na infância e adolescência. *R Ci Med Biol*. 2011;10(3):329-336.
- (49) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- (50) Kassar SB, Melo AM, Coutinho SB, Lima MC, Lira PI. Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history. *J Pediatr (Rio J)*. 2013;89(3):269-277.
- (51) Nascimento RM, Leite AJ, Almeida NM, Almeida PC, Silva CF. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(3):559-572.
- (52) Simmons LE, Rubens CE, Darmstadt GL, Gravett MG. Preventing preterm birth and neonatal mortality: exploring the epidemiology, causes, and interventions. *Semin. Perinatol*. 2010 Dec;34(6):408-415.
- (53) Kusuda S, Fujimura M, Uchiyama A, Totsu S, Matsunami K. Trends in morbidity and mortality among very-low-birth-weight infants from 2003 to 2008 in Japan. *Pediatr Res*. 2012 Nov;72(2):531-538.
- (54) Zanine RR, Moraes AB, Giugliani ER, Riboldi J. Determinantes contextuais da mortalidade neonatal no Rio Grande do Sul por dois modelos de análise. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(1):79-89.
- (55) Ferrari RA, Bertolozzi MR, Dalmás JC, Girotto E. Determining factors for neonatal mortality in a city in the Southern Region of Brazil. *Rev Esc Enferm USP [serial on the Internet]*. 2013 [access: 2014 Jun 22];47(3):531-538. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/en_0080-6234-reeusp-47-3-00531.pdf
- (56) Oliveira AR, Llerena JC, Costa ME. Perfil dos óbitos de recém-nascidos ocorridos na sala de parto de uma maternidade do Rio de Janeiro, 2010-2012. *Epidemiol Serv Saúde* 2013;22(3):501-508.
- (57) Castro ME, Moura MA, Silva LM. Qualidade da assistência pré-natal: na perspectiva das puérperas egressas. *Rev Rene*. 2010;11(Esp):72-81.
- (58) Barría-Pailaquilén RM, Mendoza-Maldonado Y, Urrutia-Toro Y, Castro-Mora C, Santander-Manríquez G. Trends in infant mortality rate and mortality for neonates born at less than 32 weeks and with very low birth weight. *Rev Latino-Am Enfermagem [serial on the Internet]*. 2011 [access: 2015 May 18];19(4):977-984. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/17.pdf>
- (59) Cardoso RC, Flores PV, Vieira CL, Bloch KV, Pinheiro RS, Fonseca SC *et al*. Infant mortality in a very low birth weight cohort from a public hospital in Rio de Janeiro, RJ, Brazil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2013;13(3):237-246.
- (60) Soares ES, Menezes GM. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. *Epidemiol Serv Saúde*. 2010;19(1):51-60.

El acto de cuidado de enfermería como fundamentación del quehacer profesional e investigativo

O ato de cuidado de enfermagem como uma base de trabalho profissional e de pesquisa

The act of nursing care as a foundation of professional and research work

• Adriana Isabel Delgado Bravo¹ • Miguel Edmundo Naranjo Toro² •

•1• Especialista en Cuidado del Paciente en Estado Crítico. Coordinadora de Investigación, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Técnica del Norte. Ibarra, Ecuador. E-mail: isadelgado99@gmail.com

•2• MSc. PhD. Rector, Universidad Técnica del Norte. Ibarra, Ecuador.

Recibido: 11/02/2014 Aprobado: 19/10/2015

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n3.42015>



Resumen

El objetivo de este artículo de reflexión fue analizar los elementos de discusión que se presentan durante la praxis del quehacer en los diferentes campos en los cuales se puede desempeñar el profesional de la salud, considerando el acto de cuidar e involucrando la conciencia, el conocimiento, el razonamiento, la ética y el respeto por la cultura del individuo inmerso en una comunidad. El análisis se obtuvo mediante la combinación de la práctica, la teoría y la experiencia, así como también de la búsqueda de literatura con el abordaje conceptual del *cuidado de la salud*. Para esto se consultaron diversos autores a través de la exploración bibliográfica actualizada en las bases de datos SCIELO y PubMed, en relación con los conocimientos y experiencias a partir del acto de cuidar.

Como conclusión, se afirma que el recurso humano en salud está comprometido con el acto de cuidar, en el cual no sólo se calma el dolor ocasionado por un desorden fisiológico, sino también el dolor ocasionado por el desorden social, la indiferencia, la soledad y el silencio espiritual, evidencia del estado de la sociedad del consumo y la superficialidad. De aquí que sea importante como formadores de recurso humano en salud insistir en el "cuidado" con sentido ético, humano, mediante una adecuada comunicación con el paciente y su familia, desarrollando actitudes y prácticas durante su formación, acorde a la misión y visión institucional.

Descriptores: Atención de Enfermería; Investigación en Enfermería; Teoría de Enfermería (fuente: DECS BIREME).

Resumo

O objetivo deste artigo de reflexão foi inserir argumentos de discussão durante a práxis do trabalho nos diferentes campos em que pode se desempenhar o profissional de saúde, refletindo sobre o ato de cuidar e envolvendo consciência, conhecimento, raciocínio, ética e respeito pela cultura do indivíduo dentro de uma comunidade. A análise foi realizada através da combinação da prática, teoria e experiência e a busca de literatura com a abordagem conceptual do cuidado de saúde. Para isso, consultaram-se vários autores, mediante a revisão bibliográfica atualizada nas bases de dados SciELO e PubMed, em relação com os conhecimentos e experiências obtidas a partir do ato de cuidar.

Em conclusão, pode-se afirmar que os recursos humanos comprometidos com o ato de cuidado de saúde, no qual, além de aliviar a dor causada por um distúrbio fisiológico, também se alivia a dor causada pela desordem social, a indiferença, a solidão e o silêncio espiritual, como evidência o estado da sociedade de consumo e da superficialidade. Portanto, é importante como formadores de recursos humanos em saúde, enfatizar no "cuidado" com ética e sentido humano, através de uma adequada comunicação com o paciente e a família, desenvolvendo atitudes e práticas durante o treinamento e a formação, de acordo com a missão e visão institucional.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Pesquisa em Enfermagem; Teoria de Enfermagem (fonte: DECS BIREME).

Abstract

The aim of this reflection article was to analyze discussion topics of the praxis of work in different fields in which health professional can perform, reflecting upon care act and involving awareness, knowledge, reasoning, ethics, and respect for the culture of the individual within a community. The analysis was obtained by combining the practice, theory, and experience, as well as the literature search with the conceptual approach to health care. For this purpose, several authors were consulted, scanning bibliographic databases as SCIELO, and PubMed, as far as knowledge and experience, starting from care act.

In conclusion, it can be asserted that human health resources are committed to the care act, wherein not only the pain caused by a physiological disorder is relieved, but also the pain caused by social disorder, indifference, loneliness, and spiritual silence, evidence of the state of the consumer society and superficiality. Hence it is important, as trainers of human resources in health, to emphasize the "care" with ethical, human sense, through adequate communication with the patient and family, developing attitudes and practices during training according to the institutional mission and vision.

Descriptors: Nursing Care; Nursing Research; Nursing Theory (source: DECS BIREME).

Introducción

La fundamentación teórica del acto de cuidado se basa en diferentes teorías y modelos de formación impulsados desde la misión y la visión de cada institución formadora, acorde con la estructura curricular en el área de las Ciencias de la Salud. Así mismo, aborda distintos problemas de salud y está condicionada por los determinantes económicos, políticos, sociales, ambientales y demográficos. Aspectos como la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, los ingresos, la justicia social, la equidad de género, el respeto por los derechos humanos y la satisfacción de las necesidades básicas son requisitos fundamentales para alcanzar un estado adecuado de salud. Por la tanto, la promoción de la salud pretende crear conductas y estilos de vida saludables, así como modificar o suprimir los que provoquen daño y que son una amenaza para la vida y la salud de la comunidad.

En el ámbito universitario se ha considerado relevante el enfoque ontológico y epistémico para fundamentar el acto de cuidar a través de diversos modelos y teorías del *cuidado de la salud*. Éste se ha desempeñado en escenarios de toda índole sin perder la esencia que lo caracteriza: el cuidado (25). En concordancia con lo anterior, Garzón N señala lo siguiente (1):

El sustento teórico de la enfermería comienza a desarrollarse y a adquirir mayor precisión y validez con estudios de investigación desde hace un poco más de cien años, a partir de las reflexiones y los trabajos de observación, recolección y análisis de datos que hizo Nightingale en los hospitales donde prestó sus servicios y que le sirvieron para sustentar sus proyectos de mejoramiento de los servicios de salud. Sin embargo, es apenas hacia la

mitad del siglo pasado cuando en verdad se concreta con el estudio sistematizado de la enfermería, con resultados de investigaciones realizadas con rigor metodológico, y la formulación de varias propuestas de modelos teóricos y teorías de enfermería que dan sustento a la práctica.

El cuidado de la salud y algunas teorías

La vida y la salud son derechos consagrados en la Constitución Política de Colombia y de cualquier país del mundo. De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la salud es un derecho humano básico. En este sentido, se parte del hecho que la salud “no es simplemente ausencia de enfermedad, sino un estado de bienestar físico, mental y social en el que el individuo manifiesta sus propias habilidades, trabaja productivamente y es capaz de contribuir al bienestar de la comunidad” (2).

En concordancia con el concepto emitido por la OMS —*Official Records of the World Health Organization*—, un grupo de investigación identificó la importancia de desarrollar acciones encaminadas a velar por el *cuidado de la salud* desde la perspectiva de la enfermería, así como también desde todas las disciplinas de la salud. El cuidado de la salud permite alcanzar en las comunidades la calidad de vida, de manera que se pueda lograr mayor productividad de sus miembros y aportar al desarrollo de la región y del país, partiendo de la dignidad humana como una premisa fundamental en el cuidado. Ésta se considera como un derecho humano inherente, intrínseco e inalienable a la condición humana, definición que está reflejada en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1948 (3).

No obstante, la dignidad humana es una condición que puede verse violentada y disminuida en el trato a las personas con discapacidad, al adulto mayor o en ocasiones en las que el paciente percibe que el respeto hacia él es degradado, ya sea en el entorno hospitalario, por comportamientos derivados del paciente o por deficiencia del recurso

humano formado en salud. Esto se debe posiblemente a la dependencia que puede generar el acto del cuidado, razón por la cual la dignidad social debe preservarse en el cuidado del paciente, que toca ámbitos físicos, sociales, espirituales y culturales de la trascendencia del ser humano (3).

Así pues, es necesario proyectar el *cuidado de la salud* desde una perspectiva en donde se contemple al individuo como un ser totalitario, único, al que se le debe satisfacer sus necesidades. Para esto, hay que tener en cuenta una serie de recursos no sólo sociales, sino también económicos y culturales, que enriquezcan aún más la posibilidad del cuidado y del bienestar tanto del individuo como del colectivo inmerso en una cultura.

Entonces, es imprescindible entender el círculo social en el cual el paciente se desenvuelve: “los vínculos barriales y de vecindad, los familiares extensos, así como los gremiales y de participación política se *labilizan*” (16) en una sociedad consumista e indiferente ante la crisis humana y social de realidades desbordantes de conflictos humanos.

El uso de un sistema adaptativo complejo como modelo conceptual en la práctica de la enfermería permite al profesional de la salud tomar decisiones en torno al problema que se analiza en una organización, apoyando a las personas, familias, comunidades y sociedades para promover, mantener y restaurar la salud, además de reducir los efectos de la enfermedad y mejorar la recuperación. La práctica de enfermería relacional y la ciencia están dirigidas por el resultado explícito de la calidad relacionada con la salud de la vida en el entorno inmediato (20)

De esta forma se parte de la atención integral a todo un grupo familiar de acuerdo al ciclo vital familiar. Para ello es necesario que el profesional de enfermería tenga la capacidad de resolución de los problemas identificados, partiendo del conocimiento y del saber formal, así como también de la eficacia de su práctica, del conocimiento abstracto y del procedimiento concreto (4).

En este contexto, las intervenciones de salud deben encaminarse hacia el conocimiento de la enfermedad, sus riesgos, secuelas y estrategias de tratamiento por parte del paciente y de su cuidador. Estas características son fundamentales para promover la autonomía en el manejo de la situación y la adhesión al tratamiento, reduciendo la parte negativa de la enfermedad y promoviendo actitudes de optimismo, resiliencia y compromiso con su propio estado de salud (5).

En síntesis, quien cuida de sí mismo —que ha de saber desde el lugar que ocupa entre los demás hasta cuáles son sus deberes— llegará a tener una relación adecuada con el grupo social al que pertenece. “El cuidado de sí” es una acción sustantiva para poder cuidar a otros, como apunta Marie Françoise Collière. Esta enfermera, antropóloga y filósofa señala que hay tres tipos de cuidado: el cuidado de sí mismo, el cuidado del otro y el cuidado con otros, lo que significa que, para poder cuidar a los demás, es necesario desarrollar la conciencia de atender las necesidades propias (6).

Por otro lado, Enmanuel Lévinas, filósofo lituano, propone la filosofía de la persona por encima del ser (7). Se fundamenta en el encuentro cara-a-cara con el otro, donde el sujeto es responsable del otro incluso antes de ser consciente de su propia existencia.

Desde la teoría del autocuidado, planteada por Dorothea Orem, el cuidado proporcionado debe incluir ética y responsabilidad, instaurando prácticas de autocuidado mediante el proceso enseñanza-aprendizaje, el cual se constituye en una experiencia de salud y bienestar (8).

Para Waldow, el cuidado humano envuelve compromiso, protección y responsabilidad. Es una forma ética de vivir en la que los seres humanos perciben y reconocen los derechos de los demás. A través del acto de cuidar, el ser se humaniza, pues favorece el empoderamiento, el crecimiento y la realización de nuestra humanidad. El autor identifica el momento de cuidar como un movimiento hacia algo o alguien, que es de interés y preocupación, se dirige concreta y específicamente a las acciones que impulsan a hacer algo. Se trata de una acción moral que tiene como objetivo aliviar, satisfacer, proteger, confortar y apoyar a los otros. En ese proceso es considerada también la vulnerabilidad del individuo frente a su proceso de enfermedad. De igual forma, considera que los cuidadores deben comprender los problemas, preocupaciones y preguntas que se relacionan con el bienestar del paciente, reconociendo la información crítica y respondiendo a las circunstancias de forma interesada y comprometida (13).

Según Gaviria (9), el “cuidado es la valoración y evaluación de las características y condiciones de un individuo, familia y comunidad y la obtención del conocimiento de su entorno”. A través de la medición del cuidado brindado en indicadores de calidad de la atención en salud, se reflejan

aspectos clave, como la satisfacción del usuario, la percepción del cuidado y los resultados de la atención, definida ésta como la “monitoría del cuidado.”

La permanente reflexión sobre los fundamentos epistémicos de la carrera de enfermería mediante la conceptualización del cuidado debe ser continua, identificando los modelos y teorías necesarias que marcan el rumbo de la formación, la práctica, el pensamiento y la acción de cuidado: “acto que legitima la concepción filosófica de enfermería” (10, 20).

Desde esta perspectiva, en el cuidado se plantean interrogantes como: *¿qué es cuidar?, ¿cómo se cuida?, ¿cómo afecta el cuidado de la salud?, ¿cuáles son sus dimensiones?* La reflexión sobre estas preguntas involucra el análisis de las tendencias internacionales, que cuestionan el cuidado como un acto que no es propio ni exclusivo de la profesión. Éstas plantean la necesidad de investigar y aclarar el significado del concepto, para lo cual es necesario redimensionar el cuidado desde la perspectiva del rol enmarcada en las teorías ya mencionadas.

En este sentido, Madeleine Leiniger desarrolló la *Teoría de los cuidados culturales*, en el que se brinda un cuidado de enfermería según sea la cultura a la que pertenece el paciente (19). Por su parte, Nola Pender, con el *Modelo de la promoción de la salud*, establece el bienestar de la salud de la perspectiva de un cliente como compromiso con el bienestar de toda su vida (23). Jean Watson, con las *Prácticas del humanismo*, considera el cuidado desde una teoría filosófica (11). En la misma línea, existen otras teorías y modelos que son trascendentales en la formación de los recursos humanos y necesarios de incluir tanto en el currículum como en la investigación.

Al analizar el modelo teórico de Jean Watson, se observa que la autora contempla al hombre como un ser con una dimensión holística e integral; percibe al individuo como un ser que siente, con alma, vida y sentimientos, proyectados hacia un entorno o hacia una realidad próxima, inmersa en un grupo social, complejo sistema que puede satisfacer sus necesidades inmediatas. Esto hace distinguir la enfermería como una *ciencia humana*, dado que “permite plantear una filosofía de cuidados, un lenguaje teórico propio y una relación teoría-práctica que revitaliza aspectos perdidos o invisibilizados de la enfermería [...]: el alma (espíritu, o interior de sí), el dualismo (experiencias subjetivas/objetivas),

la armonía, la casualidad y el tiempo, la evolución espiritual y la autotrascendencia”. La teoría de Jean Watson, de carácter existencialista, humanista y fuertemente influenciada por la teoría de la alteridad levinasiana, es un ejemplo que da cuenta de la necesidad de rescatar los elementos fundantes del cuidado que en último término permitirán su trascendencia (14).

De igual forma, para Jean Watson el abordaje de la enfermería debe estar marcado con el cuidado humanizado en las diferentes áreas de trabajo profesional desde una perspectiva administrativa, de gestión, docencia, servicio e investigación (15).

La aplicación de los sentidos humanos, la intuición y la experiencia en el trato con la imprevisibilidad de los seres humanos ponen de relieve a las enfermeras científicas. Es decir: el reconocimiento de las habilidades de la enfermera contribuyen a la construcción de un nuevo paradigma científico, desafiando el miedo y asumiendo los riesgos frente a los retos de cuidar, desempeñando el verdadero rol profesional (23).

Ahora bien, el avance de la enfermería como profesión, disciplina y ciencia ha exigido a sus profesionales hacerla evidente mediante el cuidado directo, la medicina basada en la evidencia, la investigación científica y la fundamentación teórica de la práctica. El propósito es mostrar la relación del conocimiento con los valores y los principios éticos/bioéticos que sustentan el ejercicio profesional de la enfermería como práctica social, enriqueciendo y fortaleciendo el currículo, tal como lo afirma Garzón (1):

[...] de la evolución que ha tenido la enfermería al pasar de un oficio o trabajo artesanal con labores de cuidado basadas en el espíritu de servicio y en la intuición, [...] a un proceso de acción sistematizado, sustentado en conocimientos con fundamentos teóricos y aplicación progresiva de los adelantos de la tecno-ciencia y de la ética que hoy, con los cambios y progresos alcanzados, le imprimen a dichas

prácticas de cuidado el carácter de una disciplina y práctica profesionales con su propia naturaleza, su carácter disciplinar e interdisciplinar y su dimensión ética.

Es interesante observar en la dinámica investigativa la necesidad de trabajar en redes y grupos inter y multidisciplinarios para el aporte de la ciencia. Una disciplina no tiene todas las respuestas a los dilemas del conocimiento cuando se aborda a una comunidad específica, por lo que se hace necesario trabajar en equipo para dar respuestas a las múltiples necesidades que tiene la sociedad (12). De esta forma, la universidad tiene el verdadero impacto social en una colectividad al tratar de responder con diversas disciplinas su intervención, al mejorar el medio en el cual se desarrolla y al atenuar los determinantes sociales que la impactan y que establecen el nivel de vida.

En un estudio realizado en una universidad colombiana, los hallazgos repercutieron en el fundamento investigativo a partir de modelos teóricos identificados en el currículo de la carrera. Esto significa que la disciplina se ha fortalecido con un soporte epistémico y filosófico, retomando los modelos y las teorías de la enfermería que antaño se habían identificado y recordando que el perfil y la esencia de la formación es el *cuidado de enfermería*. Por lo tanto, la investigación y la formación deben ir conjuntamente, así como la difusión mediante seminarios, foros, coloquios y publicaciones en revistas indexadas. Este ejercicio hizo analizar profundamente el quehacer de enfermería y en consecuencia afianzó las líneas de investigación, brecha que se ha ido superando hacia la excelencia (10).

De la misma forma, se apoyó una universidad en el Ecuador durante varios meses, partiendo de la experiencia de aprendizaje y de éxito citada, pues se implementaron modelos teóricos en las asignaturas y se fortaleció el eje investigativo en la malla curricular. Se espera que estas modificaciones continúen en beneficio del estudiante, el profesional formador y la comunidad en general, la cual debe ser evaluada continuamente, mediante los aportes de los profesionales y estudiantes de esta universidad.

Partiendo de estas dos experiencias, se comprende el acto de cuidado de enfermería como propiedad del quehacer profesional e investigativo, asumiendo una postura analítica, crítica, constructiva y transformadora de la práctica dirigida a los siguientes objetivos:

- Fortalecer procesos de investigación interdisciplinaria e intersectorial en el área de la salud con el fin de generar espacios de discusión y construcción de conocimiento, abordando las necesidades del contexto y produciendo impactos positivos en la salud de las comunidades implicadas.
- Producir y aplicar conocimientos a partir de necesidades dadas por los procesos sociales, la transformación demográfica y la transición epidemiológica que tienen una fuerte influencia sobre la dinámica de la salud.
- Establecer relaciones de intercambio y cooperación con otros investigadores y centros de investigación en el abordaje de la salud y sus determinantes sociales a nivel local, regional, nacional e internacional, facilitando el trabajo en redes y el trabajo en equipos inter y multidisciplinarios e interinstitucionales.
- En los procesos investigativos deben estar inmersos los valores y los principios éticos de la investigación, sin olvidar el abordaje que se hace desde las comunidades, percibiendo su realidad social como tal.
- Facilitar la construcción del conocimiento mediante la difusión oportuna y veraz de los hallazgos encontrados, favoreciendo la dinámica de la interdisciplinariedad, de la multidisciplinariedad y por consiguiente del trabajo en redes.

Hoy, con la investigación organizada en líneas y desarrollada por grupos de investigadores, es posible profundizar en el estudio de los fenómenos de enfermería (1), cuyos resultados se deben coordinar mejor para enriquecer el conocimiento de la profesión. Para esto, hay que considerar los diversos modelos de la disciplina de enfermería y articularlos con la teoría y la práctica del objeto de estudio, “desde lo filosófico, lo ético, lo ontológico, lo epistemológico y lo estético” (1). La visión que se tenga de

la naturaleza de la enfermería y la comprensión de sus fenómenos se deben incorporar a las nuevas exigencias de la sociedad, a las nuevas tecnologías y a las tendencias globales, a las que regularmente son expuestas para integrarlas a los sistemas de atención en salud. Entonces, se requiere de garantías y de un uso correcto de los recursos, reduciendo la sobrecarga de trabajo, mejorando la calidad de atención del usuario y la disminución el evento adverso o error humano por agotamiento y sobrecarga laboral y emocional (21).

Sin embargo, a partir de este análisis surge una inquietud: "La ciencia de enfermería no es suficiente para dar forma y articulación a la esencia de enfermería [...]. La esencia de la indagación científica es su naturaleza investigativa, la de la filosofía en su dependencia en la experiencia común" (16). De ahí que se haga necesario trabajar la teoría fundamentada, metodología cualitativa con reconocido rigor científico, que permita a los profesionales de la salud contextualizar el cuidado y comprender mejor la experiencia subjetiva de las personas para proporcionar una atención holística y competente.

Así mismo, es preciso indagar sobre lo desconocido para aportar conocimientos exhaustivos de una realidad específica y ayudar a los profesionales sanitarios a entender mejor las experiencias subjetivas de los pacientes y las familias ante una situación de salud o enfermedad (17). Por ejemplo, en el dolor del cáncer el paciente oncológico vive su enfermedad como un proceso de ruptura con la vida cotidiana, en la que sufre un proceso de despersonalización, que incluye la aparición del "yo-cáncer" y la idea recurrente de la muerte, iniciando un ciclo de lucha-esperanza-resignación. Sin embargo, aquellos que revelan mejor capacidad de confrontación son quienes conservan sus redes sociales (24).

Es importante conocer la satisfacción del paciente cuando se brinda cuidados de enfermería, mediante la percepción que éste tiene derivado de la atención, debidamente planificada y con base en las necesidades tanto fisiológicas como espirituales. De esta forma se genera la transformación del cuidado basada en la evidencia científica, pero también en la comprensión del ser humano y sus diferentes requerimientos para lograr la armonía y el equilibrio en la esfera física, mental y espiritual (18).

A manera de conclusión, es necesario tener en cuenta las necesidades de cada individuo como grupo organizado en una sociedad, en el que prime el respeto por la dignidad del ser humano inmerso en una colectividad, sin olvidar la integralidad que el ser goza en el ámbito cultural, en donde son más importantes los ritos y las costumbres de sus ancestros. Por lo tanto, al brindar cuidados, debe primar el respeto por el otro, partiendo de las necesidades inherentes a sus expectativas. Éstas estarán presentes en la gestión del cuidado y en la administración sabia y adecuada de los recursos existentes mediante la optimización de recursos humanos, conocimiento, sabiduría, tecnología y servicios dispuestos al individuo y a la comunidad.

El cuidado de enfermería como práctica social se destaca por las prácticas interactivas e integradoras de cuidado, las que vienen adquiriendo una importante repercusión, tanto en la educación como en la promoción y protección de la salud de los individuos. El argumento es que la enfermería es una profesión eminentemente social y se configura, crecientemente, como la profesión de comprender al individuo no como un ser enfermo, sino como un ser multidimensional (22).

Referencias

- (1) Garzón N. Ética profesional y teorías de enfermería. *Aquichan*. 2005;5(1):64-71.
- (2) Organización Mundial de la Salud (OMS) Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud WHA58/2005/REC/1. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2005.
- (3) Errasti-Ibarrondo B, Martínez M, Carvajal A, Arantzamendi M. Modelos de dignidad en el cuidado: contribuciones para el final de la vida. *Cuad Bioét*. 2014;25(2):243-256.
- (4) Abbott A. The system of professions: an essay on the division of expert labor. Chicago: University of Chicago Press; 1988.
- (5) Moreno-Fergusson ME. El fenómeno de la cronicidad: su impacto en el individuo, en su familia y el cuidado de enfermería [Editorial]. *Aquichan*. 2014;4(4):458-459.
- (6) Rodríguez-Jiménez S, Cárdenas-Jiménez M, Pacheco-Arce AL, Ramírez-Pérez M. Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. *Enferm Univ*. 2014;11(4):145-153.

- (7) Lévinas E. *Ética e infinito*. 6ª ed. Salamanca: Ediciones Sígueme; 2002.
- (8) Rivero NM, González MN, González MB, Núñez MH, Hornedo IJ, Rojas MI. Valoración ética del modelo de Dorotea Orem. *Rev Haban Cienc Méd*. 2007;6(3):1-11.
- (9) Gaviria DL. Evaluación del cuidado: un compromiso disciplinar. *Invest Educ Enferm*. 2009;27(1):24-33.
- (10) Delgado AI, Basante YR, Rosero LM. Tendencias de investigación en salud: Universidad Mariana. *Hacia Promoc Salud*. 2010;15(2):143-156.
- (11) Marriner A, Raile M. *Modelos y teorías en enfermería*. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011.
- (12) Delgado AI. Avances en investigación de lo disciplinar a lo interdisciplinar. *Revista UNIMAR*. 2009;50:25-27.
- (13) Waldow VR. Momento de cuidar: momento de reflexión en acción. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(9):140-145.
- (14) Urra EM, Jana AA, García MV. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Cienc Enferm*. 2011;17(3):11-22.
- (15) Ceballos PA. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. *Cienc Enferm* 2010;16(1):31-35.
- (16) Claudia B. Estrategias comunitarias en promoción de la salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*. 2014;13(2):109-120.
- (17) Vivar CG, Arantzamendi M, López-Dicastillo O, Gordo C. La Teoría Fundamentada como metodología de investigación cualitativa de Enfermería. *Index Enferm*. 2010;19(4):283-288.
- (18) Torres CC. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. *Av Enferm*. 2010;28(2):98-100.
- (19) Castillo JA. El cuidado cultural de enfermería: necesidad y relevancia. *Rev Haban Cienc Méd*. 2008;7(3):1-6.
- (20) Vieira M, Klock P, Costa R, Erdmann AL. Modelo de enfermería como sistema adaptativo complejo. *Aquichan*. 2009;9(3):212-221.
- (21) Baggio MA, Erdmann AL, Marcon SG. El cuidado humano y la tecnología en la enfermería contemporánea y compleja. *Texto Contexto Enferm*. 2010;19(2):378-385.
- (22) Backes DS, Erdmann AL, Büscher A. Colocando en evidencia el cuidado de Enfermería como práctica social. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009;17(6):988-994.
- (23) Santos I, Alves AC, Silva FS, Penna LH, Alvin NA. Fundamentos filosóficos y teóricos para nuevas concepciones del cuidar en enfermería: contribución de la sociopoética. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(4):644-651.
- (24) Grisales-Naranjo LV, Arias-Valencia MM. Cuidado humanizado. El caso de los pacientes sometidos a quimioterapia. *Invest Educ Enferm*. 2013;31(3):364-376.
- (25) Lagoueyte MI. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2010;47(2):209-213.



Enfermería un: a un lustro del centenario

• Renata Virginia González Consuegra¹ •

• 1 • Nr. MSc. PhD. Profesora Titular, Teniente del Cargo. Decana, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. E-mail: rvgonzalezc@unal.edu.co

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n3.54019>

El 22 de septiembre de 1867, mediante la Ley 66, fue oficialmente fundada la Universidad Nacional de los Estados Unidos de Colombia. Ésta constaba de seis facultades: Derecho, Medicina, Ciencias Naturales, Ingeniería, Artes y Oficios, Literatura y Filosofía. Entre 1903 y 1940 se crearon más de 20 carreras, entre ellas Arquitectura, Enfermería, Farmacia, Ingeniería Química, Medicina Veterinaria, Odontología y Química (1).

Los orígenes del Programa de Enfermería en la Universidad Nacional se remontan a 1897, cuando el Consejo Directivo propone realizar un curso para enfermeras manifestando la necesidad de la formación, el cual no tuvo éxito. Posteriormente, el 22 de octubre de 1920, se promulgó la Ley 39 (2), que estableció la formación de Enfermeras y Comadronas en la Universidad Nacional de Colombia (3). La conmemoración del centenario de este acontecimiento se acerca...

Como pionero en la construcción de la disciplina en el país, el Programa de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia ha suscitado retos acordes al momento histórico por el que ha atravesado. Prueba de esto es la formación de

enfermeras en salud pública en el año de 1930 ante la sentida necesidad por el auge de enfermedades infectocontagiosas que aquejaban a la población.

Su historia ha tenido hechos importantes, como la creación de la Escuela Nacional de Enfermeras en 1943, en la cual se toma como premisa la importancia de la docencia y de la investigación (4). Bajo la Dirección de Helen Howitt y posteriormente de Helen Murphy, la formación impartida en la Escuela tenía influencias heredadas de Canadá y Estados Unidos, marcadas por el origen de Helen Howitt, así como de las organizaciones sanitarias, como el Servicio Cooperativo Interamericano (SCI), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Fundación Rockefeller (FR) y la Universidad Católica de América (UCW), todas ellas de procedencia norteamericana.

Posteriormente, con el establecimiento de un convenio de cooperación con la UCW, fue posible instaurar metodologías que fortalecieron la licenciatura con personajes ilustres como la Hermana Charles Marie, quien fomentó y estimuló la redacción de uno de los primeros libros de historia de la enfermería e impulsó en los años 60 la publicación de lo que sería el primer

texto escrito en la Facultad, el cual vio la luz en el año 1978: *Principios científicos aplicados en las actividades básicas de Enfermería*. La obra, que se elaboró con la autoría de un buen número de profesoras² que en ese momento hacían parte de la Facultad, se ha editado en varias oportunidades y con ella se han formado diferentes generaciones dentro y fuera del país (5).

En el año 1946 acaecería un hecho histórico con la sanción de la Ley 87 del Congreso de la República de Colombia, la cual reglamentó la Profesión de Enfermería y delegó en el Artículo 6° en la Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, la vigilancia e inspección de todas las Escuelas de Enfermeras dentro del territorio nacional.

Parte de este recorrido histórico ha sido acompañado por importantes instituciones de trayectoria y reconocimiento. Es así que los estudiantes antes realizaban sus prácticas clínicas en el Hospital San José, en la Clínica de Marly, en el Hospital San Juan de Dios, en el Hospital de La Misericordia y en la Clínica David Restrepo, entre otros (4). Hoy en día, los estudiantes de los diferentes programas de formación han ido más allá: desarrollan sus prácticas y pasantías en instituciones que proporcionan lo mejor de sí para contribuir al desarrollo profesional/disciplinar y a la cualificación del cuidado de los pacientes. Pero no sólo eso, actualmente se está edificando un nicho de saberes en el Hospital Universitario Nacional de Colombia, que se complementa con las amplias oportunidades de formación internacional mediante programas de movilidad que enriquecen el quehacer profesional.

La historia de nuestra profesión en la Universidad Nacional de Colombia ha trascendido las fechas y el espacio físico: se ha forjado en los espacios intelectuales. A través del tiempo, la profesión ha cumplido un papel importante en el desarrollo de nación, formalizando, mediante el Acuerdo 001 del 16 de enero de 1958 del Consejo Superior de la Universidad Nacional de Colombia (7), la creación de la primera Facultad de Enfermería del país. En este sentido, se han transformando los programas académicos y se ha abierto la senda hacia una amplia gama de programas de formación de

posgrado, reconociendo la labor de los profesores y nivelando los salarios con respecto al del resto de profesores universitarios, gracias al Acuerdo 57 de 1960, el cual reglamentó el escalafón del profesorado (8).

Bajo el legado de Florence Nightingale desde el siglo XIX, quien con sus discursos impulsó el cuidado, el entorno y la promoción de la salud de los seres humanos (9), la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia ha propendido por que el cuidado sea pilar fundamental en la formación de sus egresados. Lo anterior también se ha logrado siguiendo las premisas de Ethel Fenwick, quien en Gran Bretaña emprendió una lucha para que las enfermeras desarrollaran su ejercicio como una actividad organizada y con capacidad de agremiación, a pesar de las duras circunstancias impuestas por la oposición y del poco interés mostrado por otras colegas; a pesar de esto, finalmente se creó el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) en 1894. Todo esto se ha visto reflejado en la formación íntegra y responsable del ejercicio profesional en campos asistenciales, docentes e investigativos (10).

Desde el nacimiento de la Escuela Nacional Superior de Enfermeras —que en sus orígenes implementó la formación de enfermeras en tres años— hasta el presente, la Facultad de Enfermería cuenta con un programa de pregrado que ha sido transformado con el paso del tiempo y de acuerdo con las necesidades del país y de América Latina. Posteriormente, la categorización de *Facultad* llevó a la formación de Licenciadas en Ciencias de la Enfermería a partir del año 1958. Más adelante, la revisión curricular del año 1972 se fundamentó en el método científico (8); subsiguientemente, se realizó una reestructuración académica que fortaleció los vínculos docente-asistenciales y el desarrollo investigativo en 1989 (8). Se continuó con la inclusión de cambios en el plan de estudios teniendo en cuenta los ejes del proceso vital humano y el cuidado de enfermería en 1992 (8) y finalmente la gran reforma académica de la Universidad establecida por el Acuerdo 033 de 2008, la cual incluyó aspectos relevantes, como la extensión a diez matrículas —semestres académicos—, la adaptación al sistema de créditos, la flexibilización del currículo y su internacionalización (11).

El programa de Pregrado de Enfermería fue acreditado en el año 2006 (12) y fue renovada su acreditación por ocho años (13). Así mismo, la Facultad, responsable con la sociedad y considerando las necesidades de salud, desde 1980 oferta la

• 2 • Arias-DePalacio M, Barrera-Becerra L, Buitrago-DeVanegas ML, Calderón-Zambrano N, Garzón-Alarcón N, Gómez-Daza B, Guevara-DeBáez M, Gutiérrez-DeReales E, Jiménez-DeEsquenazi T, Martínez-DeAcosta C, Pinzón-DeGutiérrez F, Pinzón-DeMonterrosa E, Plazas-DeCamargo D, Reyes-DeGil O, Rodríguez-DeReyes C, Rodríguez-Quiroga M, Santanilla-DePérez M, Tirado-DeRomero G y Barrera-DeTriana N.

formación de posgrado en especializaciones clínicas. En consecuencia, se hace líder con el Programa de Enfermería Cardiorrespiratoria y Renal, seguida por Enfermería Materno Perinatal, Salud Mental y Salud Ocupacional, este último primer programa enfocado hacia el cuidado de la salud de los trabajadores en el país, que junto con Materno Perinatal ha tenido cohortes en diferentes partes del país. A la postre, en la década del 90, se crea la Especialización en Salud familiar, programa que también se ha desarrollado en otras regiones del país con excelentes resultados (20).

El Programa de Maestría en Enfermería, creado en el año 1972 y acreditado por ocho años (14), desde sus inicios fortaleció la investigación y la administración en la disciplina de enfermería a nivel nacional y latinoamericano. En 1993 se ofertó haciendo énfasis en la Atención Primaria en Salud y Apoyo Familiar, y desde 1999 hasta la fecha, con modalidad pedagógica innovadora, a partir de las líneas de énfasis en investigación en Cuidado para la Salud Cardiovascular, Cuidado al Paciente Crónico, Cuidado Materno Perinatal, Gerencia en Servicios de Salud y Enfermería y Cuidado para la Salud Familiar.

Adicionalmente, desde el 2010 se crean los énfasis en Profundización en Cuidado Crítico y Urgencias, Cuidado para la Salud Mental y Cuidado al Ser Humano en el Perioperatorio. Todo esto ha sido posible con el respaldo de los grupos de investigación de la Facultad —que a partir de 1995 se desarrollan en el área de Cuidado y Práctica—, la cual ha sido la primera en mostrar la senda para que nuevos grupos fueran incluidos en posteriores mediciones. A la fecha, existen 11 grupos clasificados por Colciencias: 4 en A, 5 en B y 2 en C (15); 2 están en proceso de ser registrados.

La Maestría Interdisciplinaria en Salud y Seguridad en el Trabajo creada en 2006 ha formado ingenieros, médicos, enfermeras, odontólogos, trabajadores sociales y psicólogos, tanto nacionales como extranjeros. Así pues, con motivo de sus diez años, ha iniciado el proceso de autoevaluación conducente a la acreditación. Por su parte, el Programa de Doctorado en Enfermería, constituido en el año 2002 mediante el Acuerdo 010 del Consejo Superior Universitario y considerado el primero en salud en el país (16), recibió su primera cohorte en el año 2004. Actualmente se encuentra acreditado por seis años (17). Adicionalmente, la Facultad de Enfermería participa como cogestora del Doctorado Interfacultades en Salud Pública y ha sido bajo su liderazgo que obtuvo la acreditación de alta calidad por ocho años (18).

Cabe desatacar la amplia oferta de educación continuada en la modalidad de cursos cortos, diplomados, etc., que han buscado satisfacer las necesidades de la sociedad en salud y educación. Con esto, se han logrado generar políticas de formación que cualifican el cuidado de la salud de los colombianos y el desarrollo disciplinar.

La búsqueda por trascender más allá del campus universitario se ha dado en el ámbito nacional con la formación de enfermeros en la Sede Arauca, de la cual se lograron dos cohortes en los años 1997 y 1999. Previo a esto, se formaron en las décadas del 60 y del 70 enfermeras procedentes de diferentes partes del país y Centroamericana, quienes con su formación como enfermeras generales se complementaron con la Licenciatura en nuestra Facultad.

Diferentes campos de la práctica profesional de enfermería han impactado a grandes comunidades asistenciales, como el Hospital San Juan de Dios, el Hospital Militar Central y la Clínica Shaio. El impacto también se ha logrado en Atención Primaria en la Localidad Cuarta de San Cristóbal, mediante la intervención de la Unidad Básica de Atención Ramajal, en la Localidad de Kennedy, en Bosa, en el Municipio de Funza y en la comunidad universitaria de la Universidad Nacional de Colombia. En la actualidad, se está haciendo presencia en La Amazonía, en el municipio de Guapi (Cauca) y más recientemente en La Guajira —sin olvidar la representación que se tuvo en los llamados *Territorios Nacionales* en los años 70, 80 y 90.

De otro lado, la Maestría en Enfermería se ha desarrollado en extensión con otras sedes de la Universidad, así como con universidades de Cartagena, Cúcuta, Ibagué, Villavicencio, Bucaramanga, Santa Marta, Manizales y Barranquilla. De igual manera, en el ámbito internacional, bajo el proyecto *INNOVAR* e *INNOVAR Siglo XXI* y con el apoyo de la Fundación WK Kellogg, se han formado magísteres en diferentes países de Centroamérica, el Caribe y la Patagonia, llevándoles el conocimiento disciplinar (19). Así mismo, el Programa de Doctorado en Enfermería ha contribuido a la formación de doctoras/es en la disciplina procedentes de México, Panamá y Venezuela. Pero no sólo éstas han sido experiencias exitosas desarrolladas por la Facultad, pues los proyectos *REAL*, *CICAD/OEA* y *AIMIDEC* han merecido reconocimiento nacional e internacional por su significativo aporte disciplinar y social (20).

Ahora bien, el Grupo de Cuidado de la Facultad de Enfermería ha establecido bases sólidas para la enseñanza de la práctica profesional. Éstas han sido replicadas en diferentes publicaciones en las ocho versiones del *Libro de Cuidado* editadas entre 1998 y 2015, así como a través de cada una de las presentaciones del *Seminario Internacional de Cuidado*, que este año llegó a su conmemoración XIX bajo la temática *Visibilidad del cuidado y su impacto en la calidad de la atención en salud*.

A lo anterior se suman las publicaciones periódicas, entre las que se incluye la revista indexada *Avances en Enfermería*, publicación cuatrimestral de la Facultad creada en el año 1982 como primer órgano de divulgación científica de la enfermería en Colombia, que actualmente se encuentra en la Categoría A2 de Publindex. También se encuentra la revista *Comuncuidado*, publicación académica de los estudiantes de la Facultad de Enfermería, la cual fue concebida bajo el nombre *Proceso* y cambiada al nombre actual en el año 2000. Y por último, la revista *Kaana-úai*, publicación de la Asociación de Ex Alumnos de Enfermería creada en el año 2003, la cual desarrolla temas relacionados con la salud, la enfermedad, la vida, la formación y el ejercicio profesional.

En el año 2008 la Facultad fue reconocida, previa aprobación en la 39a Convención Bienal realizada en Baltimore entre el 5 y el 7 de noviembre del 2007, con la creación del *Capítulo Upsilon Nu de la Sociedad de Honor de Enfermería Sigma Theta Tau International* (STTI), (21), organización mundial que desarrolla la ciencia y el conocimiento de enfermería. Con presencia en más de 90 países desde hace 93 años, su importancia se evidencia en la representación que ostenta en la Organización de las Naciones Unidas (ONU), aunque sólo cuenta con tres capítulos en Latinoamérica. La Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional es la comunidad académica fundadora del *Capítulo Upsilon Nu* en el país, albergando integrantes de diferentes comunidades académicas nacionales y de países como Panamá, Venezuela, Perú y Ecuador.

Por sus aportes a la salud, a la educación, al liderazgo y a la gestión visionaria, la Mesa Directiva del Honorable Senado de la República de Colombia, mediante la Resolución 090 de 2013, otorgó la *Orden del Comendador* a la Facultad de Enfermería. La ceremonia, que estuvo enmarcada en el XVII *Seminario Internacional de Cuidado* —cuyo

tema en esa ocasión fue *Investigación, estrategia cualificadora del cuidado*—, llena de orgullo a toda la comunidad académica al constituirse como la primera Facultad de Enfermería del país en hacerse merecedora de tan importante reconocimiento.

Este sello ha sido visible a través de las huellas de los egresados. Sería casi imposible nombrar a todos aquellos que han trabajado arduamente y que han mantenido en alto el nombre de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia con sus acciones. Sólo por mencionar algunos ejemplos, se consideran los siguientes nombres:

- La egresada Inés Durana Samper. Enfermera pionera con formación doctoral en el país. Además de ser la gestora de la Facultad de Enfermería, fue Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle y fundadora/directora de los primeros servicios domiciliarios de enfermería en Bogotá.
- La egresada Nelly Garzón Alarcón. Se desempeñó como Decana de la Facultad, como Directora de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y como Directora del ICES, Entre sus múltiples logros, se destaca haber sido Presidenta del CIE —con lo cual fortaleció la enfermería nacional e hispanoamericana— y de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC). Además, participó como gestora de la ley deontológica de enfermería, promulgada como Ley 911 de 2004.
- La egresada Luz Marina Alfonso. Fue Presidenta Nacional y de la Seccional Cundinamarca de la ANEC y miembro del CIE en varias oportunidades. Contribuyó en el proceso de construcción de las líneas que proyectarían la enfermería en el siglo XXI.
- La egresada Beatriz Carvallo. Asumió el liderazgo de la ANEC, al tiempo que ha sido dirigente del CIE en múltiples ocasiones durante un largo periodo de tiempo.
- La egresada Olga Quinceno. Salubrista ocupacional y líder sindical en Colombia y en Latinoamérica. Fue Presidenta de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN).

- La egresada María Mercedes Durán de Villalobos. Con sus investigaciones y producción literaria, ha hecho grandes aportes al desarrollo disciplinar de la Enfermería en Latinoamérica.
- La egresada Inés Gómez Prada. Fue Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Norte, Concejal Distrital de Barranquilla, Representante a la Cámara, Directora de la Superintendencia de Servicios de Salud y cogestora de la Ley 266 de 1996.
- La egresada Eliana Ivont Hurtado. Desde la Gerencia del Hospital de Nazaret, se ha destacado en el rol gerencial/administrativo de la enfermería, consolidándolo como uno de los más férreos y sostenibles de la capital del país. Esto le ha merecido al hospital el reconocimiento como la institución distrital de salud con el mejor avance en la gestión institucional para la calidad, otorgado por la Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Y un caso ilustre: el de la egresada Myriam Ovalle. Se constituyó como la primera graduada como Licenciada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y como su posterior Decana. Fue Cofundadora de la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN) en el año de 1968 (22), asociación en la cual la Facultad de Enfermería ha sido influyente desde sus orígenes, cuando se agremiaron los cinco programas de enfermería existentes del momento —provenientes respectivamente de la Pontificia Universidad Javeriana, la Universidad de Cartagena, la Universidad de Antioquia, la Cruz Roja y la Universidad Nacional de Colombia (8). Su trayectoria no sólo es reconocida en el interior del país, también se ha desempeñado internacionalmente en cargos como Asesora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Consultora de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y como Asesora de programas de enfermería en países europeos (23), cuyo resultado generó la inclusión de la disciplina dentro de la formación universitaria.

Además, se desempeñó como Directora del Programa Universitario de la Escuela de Enfermería de la Cruz Roja en Barcelona y como Representante ante la Comunidad Europea del Comité de Educación para Enfermería, que establece las normas sobre la educación de enfermería para Europa. Éstas son palabras que registran su trayectoria: “Myriam Ovalle reconoció que gran parte de estas ideas se dieron gracias a su paso por la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, a la cual consideró pionera e innovadora en la educación en enfermería. Por eso su mensaje final a toda esta comunidad fue “siempre adelante por la calidad... porque yo creo que eso es lo que mantiene” (22).

Así, sería casi injusto e imposible nombrar a todas y cada una de nuestras egresadas ilustres, por cuanto sin modestia se puede decir que estas historias se repiten día a día con el desempeño destacado en los campos asistenciales, investigativos, administrativos, gerenciales y educativos.

La Facultad de Enfermería se ha visto enfrentada a grandes desafíos, no sólo conceptuales, estructurales, administrativos, académicos, sociales y políticos, ante los cuales ha sabido ser propositiva, sino también a cambios en sus locaciones físicas. Estos cambios afectaron en su momento negativamente el crecimiento de una facultad y de una profesión, de la cual la Universidad Nacional de Colombia ha sido precursora y modelo a seguir desde el punto de vista académico e investigativo.

Sin embargo y a pesar de los grandes cambios, la Facultad y la Profesión han mantenido la independencia. Esta lucha que se ve reflejada a través de la historia en el deseo de volver a tener una sede propia, con las condiciones y características dignas y adecuadas a las necesidades de la formación, del quehacer de la enfermería, determinando que los espacios académicos favorezcan la enseñanza/aprendizaje y la investigación del cuidado de la salud humana. Hoy, luego de una lucha de casi 50 años en busca de un espacio físico, del financiamiento y la voluntad, se ha logrado que en la Sesión Ordinaria n.º 8 de 2013 del Consejo Superior Universitario, celebrada el martes 18 de junio del mismo año, sea aprobada la construcción del nuevo Edificio de Enfermería, el cual se encuentra próximo a ser recibido con dotación y mobiliario completo. Este espacio ha sido diseñado bajo elementos vanguardistas, con tecnología de punta y acorde a las necesidades contemporáneas.

Así entonces, la Facultad de Enfermería en la Universidad Nacional de Colombia, con todo su potencial, posee las herramientas para enfrentar y resolver los siguientes retos:

- Contribuir a la recién creada Corporación Salud Universidad Nacional, organización sin ánimo de lucro que administra el Hospital Universitario Nacional de Colombia, con la construcción y puesta en marcha de un modelo pedagógico de enseñanza de la enfermería. Éste se encuentra articulado con un innovador modelo de atención centrado en la persona para generar un nicho de conocimiento, semillero de investigación y grandes transformaciones que respondan a las necesidades de la salud desde la cotidianidad, la innovación y la tecnología del cuidado.
- Continuar trabajando por una tecnología a favor de la equidad y del acceso a la prestación de servicios de salud. La informática debe favorecer estos propósitos, contribuyendo al mantenimiento y a la recuperación de la salud y la calidad de los cuidados. Lo anterior exige destacar las innovaciones que la enfermería ha ostentado para avanzar en la prestación de los cuidados de salud, las cuales han optimizado los resultados en el paciente, cualificando la práctica de enfermería a través de la informática y la tecnología procesos de enfermería, taxonomías NANDA, teorías, modelos, *softwares*, etc.
- Fomentar la Práctica Basada en la Evidencia (PBE) como método fundamental del ejercicio profesional y de su enseñanza: "La investigación de enfermería, cualitativa y cuantitativa, es de importancia crítica para una atención de salud de calidad y eficiente en costos" (24).
- Fortalecer el desarrollo a la par con los avances científicos, técnicos y tecnológicos mundiales, para lo cual la Facultad deberá construirse en un polo de desarrollo no sólo de la disciplina de enfermería, sino también de áreas del conocimiento interdisciplinario, tanto a nivel nacional como internacional.
- Establecer las consecuencias del cambio climático que afectan la salud pública, por cuanto ello influye en la aparición de desastres y catástrofes. Para esto se presentarán iniciativas con el fin de prepararse y preparar a las poblaciones.
- Contribuir en la construcción de políticas de salud encaminadas a la protección de los grupos más vulnerables y a los riesgos actuales, cuyas adversidades se acrecientan con las migraciones de diversas etiologías de regiones geográficas y del postconflicto.
- Velar por que la calidad de los egresados de los programas de pregrado y posgrado marquen la diferencia y respondan a las necesidades de la sociedad que hoy en día presenta grandes retos en su atención. Los egresados deberán empoderarse del rol que desempeñan, afrontando los acelerados cambios políticos, económicos y sociales a los que se ve expuesta la disciplina.
- Trabajar para que cada día la disciplina de enfermería ahonde campos poco investigados en el país y que permita transformar la práctica por ejemplo: la *Consultoría Genética* o la *Enfermería Forense*.
- Generar postulados mediante los cuales seguramente pondremos nuestra cuota para contribuir al cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo Sostenible del Milenio (ODM), planteado en el mes de septiembre del presente año por la Organización de las Naciones Unidas, en el cual las enfermeras participamos como consultoras a través de la *Sigma Theta Tau*.
- Contribuir con la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil, materna y perinatal, lo cual demanda enfermeras y enfermeros calificados, adecuadamente distribuidos y aprovechados al máximo en sus competencias profesionales. Éstos, al ser vinculados al trabajo, deberán recibir de las instituciones los insumos, la tecnología y el apoyo requerido para la oferta oportuna, humanizada y segura del cuidado. Así mismo, deberán gozar de un trato social decoroso y del reconocimiento laboral ajustado a la dignidad de quienes se dedican al cuidado de la salud y de la vida.

Sea esta una invitación a ser partícipes activos de todos estos retos que continúen fortaleciendo y cualificando la práctica de enfermería y que transformen la disciplina en busca de la excelencia permanente.

Agradecimientos

Agradecimientos especiales a la colega egresada Karen Tatiana Roa Lizcano, estudiante de la Maestría en Enfermería y Becaria, por su apoyo en la elaboración de este texto, mediante la búsqueda bibliográfica y la realización de entrevistas.

Referencias

(1) Universidad Nacional de Colombia [sede web]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia [actualizada: 18 sep 2015; acceso: 18 sep 2015]. Acerca de la UN. Reseña histórica [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: http://www.unal.edu.co/contenido/sobre_un/sobreun_resena.htm

(2) República de Colombia. Congreso de Colombia. Ley 39 de 1920, por la cual se establece la enseñanza de Comadronas y Enfermeras en la Facultad de Medicina [norma en Internet]. Diario Oficial n.º 17378 y 17379 (25/10/1920) [acceso: 18 sep 2015]. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-102484_archivo_pdf.pdf

(3) Velandia AL. La enfermería en Colombia: análisis sociohistórico. En: Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería. Lisboa: Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería; 2009. pp. 263-294.

(4) Gómez C, Munar C, Parrado YM, Urbano GS, Rodríguez ME, Vargas E *et al.* Tres escuelas una historia: la formación de enfermeras en la Universidad Nacional de Colombia 1920-1957. Bogotá: Gráficas Ducal Ltda.; 2011.

(5) Garzón N. Entrevista realizada el 30 de septiembre del 2015 en la ciudad de Bogotá. Entrevistador: Lizcano KT.

(6) República de Colombia. Congreso de Colombia. Ley 87 de 1946, por la cual se reglamenta la profesión de enfermería y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial n.º 26317 (30/12/1946).

(7) Universidad Nacional de Colombia. Consejo Superior Universitario. Acuerdo 001 del 16 de enero de 1958, por el cual se crea la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia (16/01/1958).

(8) Pinto N. Conmemoración de los 88 años del Programa de enfermería y de los 50 años de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Av Enferm. 2008;26(2):126-131.

(9) González RV, Vásquez E. Producción científica de la enfermería colombiana y su utilización en la formación de los profesionales de enfermería. En: Grupo de Cuidado Facultad de Enfermería. El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Editorial Unibiblos; 2002. pp. 337-370.

(10) Plata GE. Ethel Fenwick: una mujer del siglo XXI en el siglo XIX. Inv Enf. 2003;5(1-2):79-85.

(11) Universidad Nacional de Colombia. Consejo Superior Universitario. Acuerdo 008 de 2008, por el cual se adopta el Estatuto Estudiantil de la Universidad Nacional de Colombia en sus disposiciones Académicas. Acta n.º 03 (15/04/2008).

(12) República de Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Resolución 2571 de 2006, por medio de la cual se otorga la acreditación voluntaria al programa de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia (30/05/2010).

(13) República de Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Resolución 7728 de 2014, por medio de la cual se renueva la acreditación de alta calidad del programa de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia en la ciudad de Bogotá D.C. (26/05/2014).

(14) República de Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Resolución 9814 de 2013, por medio de la cual se otorga la acreditación de alta calidad al Programa de Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia en la ciudad de Bogotá D.C. (31/07/2013).

(15) Universidad Nacional de Colombia [sede web]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2015 [actualizada: 18 sep 2015; acceso: 18 sep 2015]. Facultad de Enfermería, Grupos de Investigación Facultad de Enfermería [aprox. 7 pantallas]. Disponible en: <http://www.enfermeria.unal.edu.co/docs/investigacion.htm>

(16) Universidad Nacional de Colombia. Consejo Superior Universitario. Acuerdo 010 de 2002, por el cual se crea en la Universidad Nacional de Colombia el Programa Curricular de Posgrado: Doctorado en Enfermería (04/03/2002).

(17) República de Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Resolución 9601 de 2013, por medio de la cual se otorga la acreditación de alta calidad al programa de Doctorado en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia en la ciudad de Bogotá D.C. (25/07/2013).

(18) República de Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Resolución 6194 de 2013, por medio de la cual se otorga la acreditación de alta calidad al programa de Doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia en la ciudad de Bogotá D.C. (22/05/2013).

(19) Cubillos L. Enfermería UN presente y futuro. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2000 [Disponible en medio magnético].

(20) González RV. 92 años de enfermería en la Universidad Nacional de Colombia. Trayectoria con liderazgo de la enfermería... hacia el centenario. *Av Enferm.* 2012;30(Esp):143-149.

(21) Garzón N. Upsilon Nu: nuestro capítulo en Sigma Theta Tau Internacional [Editorial]. *Av Enferm.* 2008;26(1):9-12.

(22) Vargas E. La calidad tiene que ser el sello: Myriam Ovalle [Editorial]. *Av Enferm.* 2008;26(2):11-13.

(23) Consejo General de Enfermería. Discurso del Presidente del Consejo General de Enfermería. Profesor Doctor Máximo A. González Jurado. Madrid: Consejo General de Enfermería; 2008.

(24) Alexander MF, Runciman PJ. Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista. Informe del proceso de elaboración y de las consultas. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras (CIE); 2003.

Hacia el centenario

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

El éxito de las instituciones está en comprender la importancia del cambio permanente, en busca de transformarse y responder a nuevos y diversos desafíos. Así lo han entendido quienes por espacio de 95 años han integrado el cuerpo directivo y de profesores de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Han pasado nueve décadas y un lustro desde cuando el diario oficial promulgara la Ley 39 el 22 de octubre de 1920, estableciendo la enseñanza de Comadronas y Enfermeras firmada por el Presidente de la República de Colombia Marco Fidel Suárez, para lo cual se asignó la suma de hasta tres mil pesos anuales para los gastos.

Como preámbulo del centenario del Programa de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia en el país, presentamos aquí los hechos más relevantes, tanto propios como nacionales, que han contribuido al desarrollo de la disciplina y a la construcción de nación.

1897

El Profesor Jesús María Buendía manifiesta al Ministro de Instrucción Pública de Colombia la necesidad de formar enfermeras en el país.

1920

La Ley 39 del 20 de octubre, sancionada por el Presidente Marco Fidel Suárez, establece la enseñanza de Comadronas y Enfermeras.

1924

Inicia la enseñanza a Comadronas y Enfermeras en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

1930

Inicia La Escuela de Enfermeras Visitadoras. Debido al auge de enfermedades infectocontagiosas se reconoce la necesidad de formación de Enfermeras en Salud Pública.

1935

Ingresa la primera mujer a la Universidad Nacional de Colombia a la carrera de Medicina. Se crea la **ANEC (Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia)**.

1937

Mediante el Acuerdo 5 del Consejo Académico de la Universidad Nacional de Colombia, se instaura la **Escuela Nacional de Enfermeras**.

1943

Es sancionado el Decreto 466 del 4 de marzo por el Presidente Alfonso López Pumarejo, por el cual se crea la Escuela Nacional Superior de Enfermeras, cuya premisa se enfoca en la importancia de la docencia y la investigación.

Se da comienzo a la **Escuela Nacional Superior de Enfermeras**, teniendo en cuenta la necesidad de preparar enfermeras con orientación salubrista, especialmente en el área Materno-Infantil.

1946

El Congreso de la República de Colombia sanciona la Ley 87 del 26 de diciembre, por la cual se reglamenta la profesión de enfermería.

Además, se reconoce la autoridad académica de la Universidad Nacional de Colombia, estableciendo que “todas las escuelas de Enfermeras o de Servicio Social, que estén establecidas o que puedan establecerse dentro del territorio de la República, quedarán bajo la supervigilancia e inspección inmediata del Gobierno Nacional”.

1948



Se hace entrega del edificio propio de Enfermería, construido en la Ciudad Universitaria con aportes nacionales e internacionales, entre los que se incluyen el Gobierno Nacional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública y la Fundación Rockefeller, hoy Edificio Manuel Ancizar.

1958

Se crea la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

1961

Se crea el programa de Licenciatura en Enfermería.

1965

Se inicia la reforma del Doctor José Félix Patiño bajo el Acuerdo 059 del Consejo Superior Universitario conducente a la modernización de la Universidad.

1966

Nace la revista ANEC, único medio de difusión profesional de la enfermería por varios años.

1968

Se da inicio a la admisión de varones a la Facultad de Enfermería.

Nace la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería ACOFAEN, con participación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

1969

Se aprueba el Acuerdo 5 de enero 21 del Consejo Superior Universitario, el cual establece el plan de estudios para la carrera de Enfermería. Además, define la Enfermería como un “servicio único orientado a proveer comodidad a la persona que por su situación de salud o por su edad es incapaz de cuidarse a sí misma; esta meta es lograda profesionalmente mediante el establecimiento de la relación terapéutica y la aplicación de principios científicos en la toma de decisiones e intervención en enfermería; además, colabora con otros profesionales en el logro del estado óptimo de salud de la persona y de la comunidad”.



Se construye el quinto piso de la Facultad de Medicina para ser utilizado como sede de la Facultad de Enfermería.

1972

Comienza el programa de Maestría en Enfermería como el primero en el país, fortaleciendo la investigación y la administración.

1974

Se pone en marcha el proceso de revisión curricular del programa de pregrado, fundamentado en las necesidades de salud del país y en las metodologías pedagógicas enfocadas en el método científico.

Se crea **ADEXUN (Asociación de Egresados de Enfermería)**



Se crea **Proceso** revista de estudiantes de la Facultad de Enfermería posteriormente denominada **ComÚncuidado** en el año 2000.



1982

Se crea la revista **Avances en Enfermería** primer órgano de divulgación científica de la Enfermería en Colombia emitida por una unidad académica. Hoy en día en categoría A2 de Publindex.

El plan de estudios de pregrado adopta modificaciones importantes dentro de las cuales se cuentan el fortalecimiento de la investigación, la introducción de asignaturas opcionales y la enseñanza del Proceso de Enfermería en el currículo.

Se establecen las especializaciones clínicas en enfermería: Cardiorrespiratorio y Renal, Materno Perinatal y Salud Mental.

1983

Se da comienzo al programa de Especialización en Salud Ocupacional como programa unidisciplinar. Ha sido pionero a nivel nacional en el cuidado de la salud de los trabajadores.

1985

La Profesora Nelly Garzón Alarcón asume la Presidencia del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), trasladando la Presidencia a la sede de ANEC.

1988

Se traslada la Facultad de Enfermería al Edificio 101, conocido como "La Torre", y al Edificio B2 Unidad Camilo Torres, donde se radican los Postgrados Unidisciplinarios.

1989

Se realiza la reestructuración académica: fortalecimiento de la relación docente asistencial y el desarrollo investigativo. Éste se fundamenta en la capacidad de "aprender a aprender", en recontextualizar realidades y en compartir nacional e internacionalmente.

1992

Mediante el Acuerdo 22 del Consejo Académico, se reestructura el Plan de Estudios a partir del proceso vital humano. Se da apertura al programa de Salud Ocupacional como programa interdisciplinar.

1993

Se pone en vigor la Ley 100, reglamentada por el Congreso de la República de Colombia, conocida como *Ley de Seguridad Social en Salud*.

Se crea el Centro de Documentación en Enfermería, CENDINE, como sistema de información

científica y tecnológica de enfermería, contenido en documentos no convencionales producidos por estudiantes y profesores.

1995

Se reconoce el primer grupo de investigación ante Colciencias, denominado *Cuidado y Práctica en Enfermería*.

1996

Se efectúa la reestructuración del programa de Maestría en Enfermería, originando cinco áreas de énfasis: Familia, Gerencia en Servicios de Salud, Cuidado al Paciente Crónico, Materno Perinatal y Cuidado Cardiovascular.

Se lleva a cabo el **I Seminario Internacional de Cuidado**.

Emerge la Ley 266, que establece la enfermería como profesión liberal y crea los Consejos Técnicos y los Tribunales Éticos de Enfermería.

Se crea el Proyecto **INNOVAR**, estrategia para la formación de enfermeras en Maestría para Centroamérica, el Caribe y la Patagonia.

Se crea el Proyecto **REAL**, creado para promover cambios en la calidad de la educación y la Práctica de Enfermería, para así contribuir a mejorar el nivel de vida en América Latina.

Se crea el Proyecto **AIMIDEC**, considerado por la OPS como una de las experiencias más sólidas e importantes en Atención Primaria en Salud en América Latina.

1997

Se crea el Proyecto CICAD/OEA para la enseñanza de la Promoción de la Salud y Prevención del Uso Indebido de Drogas en los países Andinos y el Brasil.

Se da inicio a la primera cohorte del programa de Enfermería en la Sede Orinoquía.

1998

El Grupo de Cuidado realiza la primera de una serie de publicaciones con participación de las docentes de la Facultad. Hoy en día son siete libros distribuidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a través de su programa Paltex.

1999

Se da inicio a la segunda cohorte del programa de Enfermería en la sede Orinoquía.

2000

Comienza la Maestría en Enfermería en modalidad pedagógica innovadora para los países centroamericanos, el Caribe y la Patagonia.

Se realiza la Reestructuración Administrativa de la Facultad, con creación de dos Unidades Básicas de Gestión y el Centro de Extensión e Investigación.

Se da paso a la segunda fase del proyecto **INNOVAR** con el nombre **INNOVAR Siglo XXI**.

2001

Se pone en funcionamiento el Centro de Extensión e Investigación con el fin de articular los procesos académicos administrativos, la formación integral, la interacción de los departamentos y la articulación de las funciones misionales de la Universidad.

2002

Mediante el Acuerdo 010 del Consejo Superior Universitario, se crea el **Doctorado en Enfermería**, que recibe la primera cohorte en el año 2004.

2003



Se funda la publicación **Kaana-Úai**, de ex alumnos de la Facultad de Enfermería

2004

Se establece la Ley 911 de responsabilidad deontológica en el ejercicio profesional de Enfermería.

Se crea el Doctorado Interdisciplinar e Interfacultades en Salud Pública, con la participación de la Facultad de Enfermería.

2006

El programa de Enfermería es acreditado por el Ministerio de Educación Nacional por siete años.

Mediante la Resolución 077 del Consejo de Facultad, se crea el Comité de Ética de Investigación.

Se crea en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia el Capítulo de la Sociedad de Honor de Enfermería Sigma Theta Tau International (STTI), denominado **Upsilon Nu**.

Se crea la Maestría en Salud y Seguridad en el Trabajo.

2007

Se establecen las Redes de Conocimiento e Investigación. La Red de Cuidado Cultural es la pionera en la implementación de esta estrategia.

2008

Se pone en vigor el Acuerdo 033, el cual establece la reforma académica de todos los programas de la Universidad Nacional.

Se pone en marcha la Reforma Académica, centrándose en la fundamentación disciplinar/profesional y en la flexibilidad curricular. Toma como punto de partida la situación de salud colombiana y de la región, así como los fenómenos de enfermería.

2013

Mediante la Resolución 9814 del Ministerio de Educación Nacional, se acredita el programa de Maestría en Enfermería por un periodo de ocho años.

Mediante la Resolución 9601 del Ministerio de Educación Nacional, se acredita el programa de Doctorado en Enfermería por un periodo de seis años.

El Consejo Superior Universitario aprueba el 18 de junio la construcción del nuevo edificio de la Facultad de Enfermería.

Según la Resolución 090, la Mesa Directiva del Honorable Senado de la República de Colombia le otorga un reconocimiento a la Facultad de Enfermería con la Orden del Gran Comendador, en virtud de sus desarrollos, logros y gestión visionaria.

2014

Mediante la Resolución 7728 del Ministerio de Educación Nacional, se reacredita el programa de Enfermería por un periodo de ocho años.

2015

En el cumplimiento de sus 10 años de creación, la maestría en Salud y Seguridad en el trabajo, da inicio al proceso de autoevaluación conducente a la acreditación.

Mediante la Convocatoria 693 de Colciencias 2014, se reconocen los Grupos de Investigación de la Facultad, clasificados así: 5 en A, 4 en B y 2 en C.

Se hace entrega del Nuevo Edificio de la Facultad de Enfermería, construido con parámetros estructurales, arquitectónicos y de tecnología de punta. Los costos fueron asumidos en su totalidad por la Vicerrectoría de la Sede Bogotá.



Consejo de Facultad

•**Decana:**

Dra. Renata Virginia González Consuegra.

•**Vicedecana:**

Dra. Ana Maritza Gómez Ochoa.

•**Directora de Bienestar:**

Magister Martha Patricia Bejarano Beltrán.

•**Directora del Departamento de Enfermería:**

Dra. Sandra Guerrero Gamboa.

•**Directora del Departamento de Salud de Colectivos:**

Magister Rubby Leonor Tovar Roa.

•**Directora del Centro de Extensión e Investigación:**

Magister Yanira Astrid Rodríguez Holguín.

•**Directora de Carrera (E):**

Magister Martha Lucio Álvarez.

•**Representante de los profesores ante el consejo de facultad:**

Dra. Yaneth Mercedes Parrado Lozano.

•**Representante estudiantil de pregrado:**

Estudiante William Arley Tarazona.

•**Representante del consejo superior ante el consejo de facultad:**

Profesora Martha Raquel Fontanilla Duque.

•**Secretaria de Facultad:**

Magister Magda Lucía Flórez Flórez.

Galería de Directoras y Decanas de la Escuela/ Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia 1937-2015

• Renata Virginia González Consuegra¹ •

• 1 • RN. M.Sc. Ph.D. Profesora Titular, Tenente del Cargo. Decana, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. E-mail: rvgonzalezc@unal.edu.co

doi: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n3.54020>

La Enfermería en la Universidad Nacional de Colombia se enmarca en una historia de desafíos por enfrentar y de éxitos por disfrutar. Esto ha sido posible gracias al respaldo efectivo y decidido de las directivas de la Universidad y a las contribuciones de instituciones internacionales, como el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Fundación Rockefeller (FR) y la Fundación W.K. Kellogg (FWKK). Pero el aporte más relevante ha derivado de la gestión visionaria de las enfermeras que en su momento tuvieron la responsabilidad de dirigir su destino con el apoyo incondicional de un equipo de profesoras y profesores de grandes calidades humanas y profesionales.

Es así que, con el deseo de brindar un homenaje a quienes a través del tiempo tuvieron que afrontar los retos y lideraron la toma de decisiones que hoy nos han llevado a cumplir 95 años de vigencia en el concierto de la ciencia nacional y en la educación superior, presentamos a continuación los aspectos biográficos² de las colegas que han ejercido como Directoras y Decanas en los periodos oficialmente establecidos.

• 2 • Datos recopilados mediante entrevistas y documentos consultados en la bibliografía citada.



Helena Samper Gómez de Salazar

Directora 1937-1939

Enfermera de la Escuela de Enfermeras del Medical Center Hospital de Nueva York, con especialización en la Escuela del John Hopkins Hospital de Baltimore de Estados Unidos.

Durante la reorganización de la Escuela Nacional Superior de Enfermeras (ENSE), se estableció que “La Escuela Nacional de Enfermeras tendrá una Directora que será enfermera graduada, provista de méritos y títulos suficientes para esta función. Podrá ser colombiana o extranjera”. Éste fue el momento en el que Helena Samper fue nombrada, constituyéndose en “la primera mujer que desempeñó un cargo directivo dentro de la Universidad Nacional de Colombia (1)”. Este nombramiento logró un cambio sustancial dentro de la carrera y el reconocimiento de la Enfermería como Profesión. De esta manera, se demostró mayor preocupación por la Escuela desde la Universidad y se aprobaron los cambios propuestos, lo que llevó a que se comprendiera la necesidad de hacer conocer más la carrera tanto en la sociedad como dentro de la Universidad misma.

Helena Samper le otorgó a la Escuela una excelente organización, similar a la de las distinguidas escuelas norteamericanas. Puede afirmarse por tanto que ésta era la escuela con la organización más notable de cuantas había existido hasta entonces en el país (1).

Con ocasión a la repentina muerte de Helena en 1939, en su reemplazo es nombrada como Directora Interina la Enfermera Ana Joaquina Castro. Posteriormente y a solicitud de las estudiantes, se nombra a la Secretaria de la Escuela Inés Hernández (2). Finalmente, se genera una crisis por no contar en el país con enfermeras de las calidades que exigía la normativa de la Universidad para optar por el cargo de Dirección de la Escuela. Por lo tanto, se hace necesario realizar múltiples acciones que conducen a traer enfermeras cualificadas del extranjero, como se apreciará en los periodos subsiguientes entre 1943 y 1955.



Helen Howitt

Directora 1943-1950

Enfermera egresada del Bellevue Hospital School of Nursing de la Universidad de Alberta en 1923³ y miembro del Panamerican Sanitary Bureau en Washington. Llegó a Colombia en 1942, gracias al SCI y a la solicitud realizada por el Dr. Luis Emilio Aconcha y el Dr. Héctor Pedraza —Director en esa época del Departamento Materno Infantil—, funcionarios del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social. Estuvo adscrita al Departamento de Protección Materno Infantil y fue nombrada como directora *ad honorem* de la ENSE desde marzo de 1943 hasta principios de 1951. Entre sus logros, se destaca haber conducido la formación universitaria hacia un enfoque clínico y salubrista (2, 3).

Durante su Dirección, se gestionó la construcción de la Sede de la Escuela Nacional Superior de Enfermeras. El espacio incluía capilla, cafetería, buses, campos de deporte, salones de clase, lavandería, sala de recepciones y visitas, laboratorio químico y de dietética, sala de demostraciones y sala de artes de enfermería. Además, contaba con habitaciones elegantemente dotadas para alumnas y profesoras, con un apartamento privado para la Directora (4).

Howitt se desempeñó como asesora del SCI en Salud Pública al lado del Dr. Aconcha. Junto con la FWKK y la FR, contribuyeron con equipos y adecuación de

servicios en medicina, cirugía, ginecología y obstetricia al Hospital San José y al Hospital de la Misericordia.

En entrevista concedida a Ana Luisa Velandía, Lelly Álvarez de Espitia señala que “lo que ella enseñó está y estará vigente por siempre: la importancia de la relación enfermera-paciente, el autocuidado, el cuidado integral, la ética profesional, la eficiencia, el cumplimiento, el orden, la disciplina, la educación continuada, principios fundamentales de la excelente calidad de enfermería que deberán ser de por vida los postulados de la carrera”.

Howitt también fue Directora de la Escuela de Enfermería del Hospital Santo Tomás de la Zona del Canal de Panamá y de la Escuela Nacional de Enfermeras de Bolivia y Venezuela.

• 3 • Álvarez de Espitia L., en entrevista concedida a Ana Luisa Velandía Mora el 13 de mayo de 2005.



Catherine M. Kain

Directora 1951-1952

Enfermera de la Escuela Hospital St. Mary de Milwaukee y Magíster de la Universidad Católica de América. Luego de hacer parte del cuerpo de enfermeras de la Marina de los EE. UU., prestó sus servicios en Río de Janeiro, Brasil, primera de las varias naciones que posteriormente visitó.

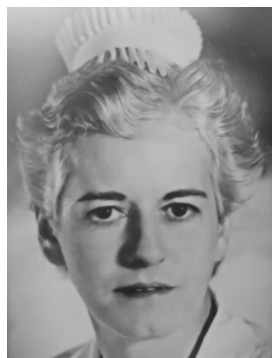
Fue funcionaria del Instituto de Asuntos Interamericanos. Después de la Segunda Guerra Mundial regresó a América Latina como parte de un proyecto de la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID), ahora la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Su papel en esta organización la condujo a realizar numerosos viajes y le dio la oportunidad de convertirse en experta en muchos idiomas.

La enseñanza impartida por Kain incluyó el establecimiento de programas de larga duración que optimaran los servicios de salud y educación. Ayudó a formar a enfermeras extranjeras que trabajaron para mejorar las prácticas de enfermería, considerando siempre el estado de las condiciones locales y la relación del país con los Estados Unidos.

En algunas circunstancias, los conceptos básicos de la salud pública recibieron énfasis. En las zonas más desarrolladas, el asesor de la enfermera participó

en la planificación del currículo, los procedimientos de concesión de licencias y el establecimiento de estándares de la práctica de enfermería.

Promovió la colaboración de otras organizaciones internacionales, como la UNICEF y la OMS, y el intercambio a nivel universitario, fomentando en las escuelas estadounidenses la admisión de enfermeras extranjeras y la contribución de personal y asistencia técnica en el extranjero (3, 5). Falleció en 1964 a la edad de 55 años.



Helen Murphy

Directora 1953-1955

Enfermera con grado de enseñanza de Enfermería y posgrado en Educación Sanitaria de la Universidad de Pensilvania. Miembro del Instituto de Asuntos Interamericanos. Nombrada como Directora a partir del 1 de septiembre de 1953.



María Teresa Murillo Pombo

Directora 1956-1958
Decana 1959-1960

Enfermera egresada de la ENSE. Especialista en Administración de Programas de Enfermería de Norteamérica y de Pedagogía de la Pontificia Universidad Javeriana. Fue activista gremial de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC) y miembro activo de la Unión de Ciudadanas de Colombia. Fue una importante líder sindical de la época.

Cabe destacar las palabras que María Teresa Murillo expresó en 1955 para celebrar el día de la enfermera:

La labor de las instructoras de la enfermería no debe concentrarse sólo a la enseñanza de los procedimientos para el cuidado del paciente, sino que es necesario observar y analizar la personalidad de la estudiante, de tal manera que pueda llegarse a un

buen conocimiento de su carácter, cualidades, defectos, etc... En el día de la enfermera, creo que el mejor homenaje que podemos hacer las enfermeras que trabajamos en el entrenamiento de las mismas es el de tratar de superarnos cada día, imitando hasta donde sea posible esta gran mujer que tanto beneficio ha brindado a la humanidad con su abnegación y tan acertadas ideas sobre la enfermera moderna (3).



Inés Durana Samper

Decana 1958-1959

Decana 1960-1964

Nació el 26 de febrero de 1931. Enfermera egresada de la Escuela Nacional Superior de Enfermeras (ENSE). Bachelor of Science in Nursing, Certificada en Public Health Nursing, Educación en Enfermería, Master of Science in Nursing en Administración de Servicios de la Catholic University of America. Realizó el Doctorado en Educación Industrial de la Maryland University.

Durante su periodo como Directora de la ENSE, en conjunto con once profesoras y con el apoyo de las directivas de la Universidad, se elaboró el programa académico de Licenciatura en Ciencias de la Enfermería, con duración de ocho semestres. Así mismo, mediante el Acuerdo 1 del 16 de enero de 1958 del Consejo Superior Universitario, la Escuela Superior de Enfermeras se elevó a la categoría de Facultad de Enfermería, cuya primera Decana fue Inés Durana Samper (2, 6).

Su trayectoria incluye los siguientes cargos: Directora del Departamento de Enfermería de la Universidad del Valle; Profesora visitante en las Universidades de Ramatibodi en Bangkok, Tailandia, y de Unaza, Kinshasa, en Zaire; Codirectora del Programa de Atención Primaria en Salud en el Convenio Colombo Holandés; Professor of Nursing de la Case Western University, Francis Payne Bolton School of Nursing; Consultora de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS); y Fundadora/Directora de los primeros servicios domiciliarios de enfermería en Bogotá.

Por lo anterior, fue merecedora de varias distinciones, entre las que se incluyen: el *Abraham Horwitz Award for Interamerican Health* del The Panamerican Health and Education Foundation Panamerican Health Organization, por su contribución al mejoramiento de la salud en las Américas; *Premio Excelencia Nacional al Mérito Profesional en Ciencias de la Vida de la Asociación de Exalumnos* de la Universidad Nacional de Colombia; y *Maestra de Maestras*, en homenaje a sus servicios, ACOFAEN.

Además, fue miembro asociado de la Academia Nacional de Medicina desde 1992 y Miembro activo de la Sociedad Colombiana de Historia de la Medicina desde el 2001. Autora de múltiples publicaciones, perteneció a importantes entidades científicas y profesionales del país y del exterior. De igual manera, dada su trascendencia histórica, en el marco del 1^{er} Congreso Nacional de Profesionales de Enfermería Clínica-Colombia, se decretó la entrega de la distinción *Inés Durana Samper*. Murió el 4 de agosto del año 2004.



Aminta Navas Uribe

Decana 1960-1961⁴

Fue una de las primeras cinco instructoras de la Escuela Nacional Superior de Enfermeras seleccionadas entre las primeras graduandas de la Escuela —Dependiente de la Facultad de Medicina (1).

• 4 • Vale aclarar que este dato cronológico puede variar, dado que no existe información suficiente para corroborarlo.



Inés Mora Cubides de Sanabria

Decana 1964-1966⁵

Licenciada en Ciencias de la Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Trabajó durante tres años supervisando la Práctica de Consulta Externa de los estudiantes de Enfermería en el Hospital San José. Ejerció el cargo de Decana por muy corto tiempo, pero sus aportes a la Universidad como docente fueron constantes, incluso hasta que inició el periodo de pensionada (6).

•5• Vale aclarar que este dato cronológico puede variar, dado que no existe información suficiente para corroborarlo.



Myriam Ovalle Bernal

Decana 1966-1968

Primera graduada como Licenciada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y Magíster en Administración y Educación de la Catholic University of América. Debido al reconocimiento ganado como estudiante, fue invitada a trabajar como docente de la Facultad. Así, los primeros años estuvo vinculada al Área de Pediatría, se desempeñó como Secretaria de la Facultad y posteriormente como Directora del *Plan Kellogg*. Durante su Decanatura, se promovió la educación posgraduada para los docentes, especialmente las maestrías, para lo cual estableció convenios con varias entidades en los Estados Unidos. Este hecho, según sus propias palabras, fue el punto de partida para que la Universidad reconociera oficialmente e instaurara como política la educación posgraduada para el profesorado. Fue Cofundadora de la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN) y elegida como Presidenta, cargo que ocupó por espacio de dos meses, hasta cuando se radicó en España.

Su trayectoria incluye cargos como: Asesora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS); Consultora de la Organización Mundial de la Salud (OMS); Directora del programa universitario de la Escuela de Enfermería de la Cruz Roja en Barcelona; integrante del Consejo General de Enfermería de España —donde continuó asesorando la creación de programas universitarios de enfermería—; y representante ante la Comunidad Europea del Comité de Educación para Enfermería (7), por lo cual ha sido ampliamente reconocida (8).



Nelly Garzón Alarcón

Decana 1968-1974

Enfermera General de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Bachelor and Master of Science in Nursing de la Catholic University of America. Asumió su primera Decanatura en 1968. Durante este periodo, se dio inicio al ingreso de estudiantes hombres a la Facultad de Enfermería y se presentaron grandes cambios, como la semestralización de la carrera y las admisiones anuales de los estudiantes al Programa de Enfermería. Además, se formaron enfermeras de otras regiones del país, quienes regresaron a sus lugares de origen a fomentar la creación de programas en diferentes universidades, como es el caso de la Universidad Industrial de Santander, bajo las orientaciones, el apoyo y el préstamo de docentes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia (6). En 1972, bajo su Decanatura, se aprueba el programa de Maestría en Enfermería. En 1974 se inicia un nuevo proceso de revisión curricular del programa de Enfermería aprobado mediante el Acuerdo 224 del 13 de diciembre de 1979 (6).

Su trayectoria incluye cargos como: Instructora Clínica; Docente en diferentes áreas; Vicedecana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia; Directora de Estudios de Posgrado; Vicerrectora Académica de la Universidad Nacional de Colombia; Jefe de la División de Planeación de Recursos Humanos y Directora

(E) de Recursos Humanos del Ministerio de Salud; Subdirectora de Desarrollo de la Educación Superior y Directora (E) del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES); Presidenta de la Asociación Colombiana de Facultades y de Enfermería (ACOFAEN); Consultora y Asesora de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en diferentes países y períodos; Miembro de varios Comités de Expertos de la OMS; Miembro del Panel de Expertos en Planificación de Recursos Humanos; Presidenta del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE); Miembro de la Junta Directiva de la Federación Latinoamericana de Bioética (FELAIBE); Miembro de la Junta Directiva del Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos (ICEB).

Así mismo, se desempeñó como Miembro Fundador del Centro Nacional de Bioética (CENALBE); Asesora Externa y Evaluadora Institucional de la Universidad de Sao Paulo; Evaluadora del ICFES para programas académicos e instituciones de educación superior; Par Académico de Enfermería del Consejo Nacional de Acreditación de Programas Universitarios de Enfermería; Asesora y Consultora en Enfermería, Educación, Ética y Bioética; y Presidenta del Tribunal Nacional Ético de Enfermería.

Entre los reconocimientos con los que cuenta, se destacan: *Miembro de la Sociedad de Honor de Enfermería de los Estados Unidos*, Society Sigma Theta Tau, Kappa Chapter; *Enfermera del Año*, elegida por la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC); ser una de las cinco mujeres destacadas en Colombia en la Actividad Socio-cultural; *Profesora Emérita y Medalla al Mérito Universitario*, Universidad Nacional de Colombia; *Condecoración Jorge Bejarano*, Ministerio de Salud; *Medalla Salud para Todos*, Organización Mundial de la Salud (OMS); *Presidenta Honoraria*, Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN); *Presidenta Honoraria*, ANEC, Seccional Cundinamarca; *Ex Alumno Distinguido*, Fellow Nightingale Society; *Premio de Excelencia*, Asociación de Ex alumnos, The Catholic University of America; *Premio Excelencia Académica*, Área de Salud Asociación de Exalumnos (ADEXUN) de la Universidad Nacional de Colombia; *Profesor Honorario*, Universidad Nacional de Colombia; y *Doctora Honoris Causa*, otorgado por el Consejo Superior Universitario de la Universidad Nacional de Colombia en el año 2012.



Esperanza Pinzón

Decana 1978-1980

Licenciada en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Educación en Enfermería. Su trayectoria abarca: Enfermera del Hospital San Juan de Dios, donde se desarrollaba el *Plan Kellogg*; Enfermera de Planta de la Clínica de Marly; Enfermera de Salud Pública de la Secretaría de Salud de Bogotá; Gestora del Proyecto de Atención Materno Infantil para el Desarrollo Comunitario AIMIDEC en 1986, con el apoyo de la Fundación wk Kellogg, el cual finalizó en 1996; y Docente Asistencial Investigativo UBAAIMIDEC en 1997 (9).

Bajo su Administración se inician las especializaciones clínicas de enfermería en Enfermería Cardiorrespiratoria y Renal, Materno Perinatal y Salud Mental, los cuales fueron los primeros posgrados clínicos para enfermeras en Colombia.

Participó en la creación e implementación del Centro de Documentación e Información en Enfermería (CENDINE). En compañía de la Profesora Rubby Leonor Tovar, ideó los Programas de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual, Tuberculosis y Enfermedad Diarreica Aguda que sustentaron la asignatura *Enfermería Comunitaria*. Fue Coordinadora del *Proyecto Red Distrital Materno Perinatal*, Instituto Materno Infantil y Secretaría Distrital de Salud; Coordinadora del Proyecto de *Consolidación de la Red Distrital Materno Perinatal*, Instituto Materno Infantil, Secretaría Distrital de

Salud; Coordinadora General del *Proyecto Guardianes de la Maternidad* en la Localidad de Suba-Centro de Epidemiología Clínica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia; Coordinadora Nacional del *Proyecto Vigilancia de la Salud Materna y Perinatal*, Cafesalud ARS; Directora del Centro Asociado al Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP)-Cafesalud/SaludCoop/Cruz Blanca EPS; y Coordinadora del Plan de Estudios de Salud Comunitaria, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (UDCA).

Su recorrido la ha hecho merecedora de múltiples reconocimientos, entre los que se exponen: *Profesora Ad Honorem*, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; *Premio Nacional de Obras Médicas*, Academia Nacional de Medicina (10); Finalista al *Premio Excelencia Universitaria*, Asociación de Ex alumnos de la Universidad Nacional de Colombia (ADEXUN) (11); y *Docente Excepcional*, Universidad Nacional de Colombia, en tres oportunidades.



María Mercedes Durán de Villalobos

Decana 1978-1980

Licenciada en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Advanced Postgraduated Studies in Nursing, Universidad de Boston. Magíster en Ciencias de la Enfermería, Universidad de Boston. Durante su periodo en la Decanatura, el plan de estudios adoptó cuatro modificaciones, entre las que se destacan fortalecer la investigación, introducir asignaturas opcionales e incluir la enseñanza del proceso de enfermería en el currículo.

En su gestión, en 1982, se crea la revista *Avances en Enfermería*, primer medio de divulgación emitido por una comunidad académica, y surge la Especialización en Salud del Trabajador en 1983.

Su trayectoria abarca los siguientes desempeños: Rol Asistencial en el Hospital San Juan de Dios y del Peter Bent Brigham Hospital en la Unidad Renal y de Trasplantes Renales de Boston; Consultora de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la WK Kellogg Foundation. En la actualidad es Profesora Especial de la Universidad Nacional de Colombia. Ha publicado importantes libros y artículos a nivel nacional e internacional, entre los que sobresale, debido al importante contenido disciplinar con el que cuenta, el libro *Enfermería: desarrollo teórico e investigativo*.

Gracias a su amplia trayectoria, ha sido galardonada con los siguientes reconocimientos: *Medalla al Mérito Universitario*, Universidad Nacional de Colombia; *Profesor Emérito*, Universidad Nacional de Colombia; *Miembro Adjunto*, Academia Nacional de Medicina de Colombia, 2000; *Miembro de la Sigma Theta Tau International* —Capítulos Alpha Epsilon y Upsilon Nu—; y *Doctora Honoris Causa*, otorgado por el Consejo Superior Universitario de la Universidad Nacional de Colombia en el año 2014.



Ligia Barrera Becerra

Decana 1974-1978

Decana 1986-1988

Enfermera, Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Enfermería Cardiorrespiratoria de la Universidad de Washington (1970). Pionera en el Cuidado del Paciente Quirúrgico Cardiovascular en la Clínica Shaio. En esta institución —así como en el Hospital San Juan de Dios— asesoró la Organización de las Unidades de Cuidados Intensivos entre 1975 y 1985 (12). Su recorrido además incluye diferentes cargos en la Universidad Nacional de Colombia, entre los que se destaca el de Vicerrectora Estudiantil. Hizo parte del Grupo Gestor de la Especialización en Enfermería Cardiorrespiratoria y Renal bajo la Decanatura de Esperanza Pinzón.



Lucy Muñoz de Rodríguez

Decana 1988-1992

Licenciada en Ciencias de la Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Enfermería con Énfasis en Salud Familiar, Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Enfermería Obstétrica de la Universidad del Valle.

Entre los cargos que ha ejercido se resaltan: Asesora de la Secretaría Distrital de Salud; Asesora del Proyecto de Consolidación de la Red Distrital Materno Perinatal; Coordinadora Grupo Fortalecimiento (AIMIDEC); Prestadora de Servicios en Capacitación al Proyecto de Vigilancia de la Salud Materna y Perinatal. En la actualidad es Profesora Especial de la Universidad Nacional de Colombia.

Ha sido merecedora de múltiples reconocimientos, entre los que se cuentan: *Mención al Mérito*, Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería; *Medalla al Mérito Universitario*, Universidad Nacional de Colombia; *Mención de Reconocimiento por la investigación Prácticas de autocuidado de salud de la mujer-Maricel Manfredi*; *Reconocimiento como uno de los Académicos más Notables del Siglo xx*, Universidad Nacional de Colombia; *Reconocimiento Institucional de la Universidad del Valle* por su sobresaliente y distinguida trayectoria profesional; *Miembro del Capítulo Upsilon Nu*, Sociedad de Honor de Enfermería Sigma Theta Tau Internacional; *Distinción como Profesora Emérita*, Universidad Nacional de Colombia; *Reconocimiento de la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer* como una de las 100 mujeres destacadas del Valle del Cauca.



Ana Luisa Velandia

Decana 1992-1994

Diplomada en Enfermería General, Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja Colombiana. Licenciada en Ciencias de Enfermería y Magíster en Administración de Salud de la Universidad Nacional de Colombia. Doctora en Ciencias Médicas con Énfasis en Salud Pública, Instituto de Medicina Sanitaria de San Petersburgo. Pasantía Posdoctoral, Universidad de Alicante. Ha sido Docente de la Universidad Nacional de Colombia. Directora del Departamento de Administración y Educación y Directora del Programa de Maestría en Enfermería. Es reconocida como pionera en la compilación y divulgación de la historia en enfermería para Colombia y América Latina. Entre las áreas de interés en docencia e investigación, se encuentran la Historia de la Enfermería y los Aspectos Socioeconómicos de la Salud. Entre sus publicaciones, se reconocen los libros *Historia de la Enfermería en Colombia* y *La Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia en el Siglo xx*. De igual manera, cuenta con numerosos artículos publicados en revistas nacionales e internacionales.

Su trayectoria la ha hecho merecedora de múltiples reconocimientos, entre los que sobresalen: *Profesor Honorario*, *Profesor Emérito* y *Profesora Titular*, Universidad Nacional de Colombia; *Beca Senior Pasantía Posdoctoral*, Universidad de Alicante; *Nominación al Premio Mérito Científico*, Asociación Colombiana para el Avance de la Ciencia; *Miembro de Honor*, Sociedad Cubana de Enfermería; *Primer Premio Concurso Nacional de Escritos de Enfermería*, Asociación Nacional de Enfermeras

de Colombia; *Beca para estudios de magíster*, 3M; *Mención de Honor*, Concurso Nacional de Escritos, Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería; *Mención Honorífica* en reconocimiento por su dedicación y espíritu universitario en el ejercicio de la docencia, Universidad Industrial de Santander (UIS); *Reconocimiento por la Excelente Labor Realizada como Presidenta de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia Durante su Periodo de Gobierno 1973-1976*; *Reconocimiento por su Promoción a Profesora Titular y su Excelente Labor Realizada en la Docencia y la Investigación durante varios lustros*, Universidad Nacional de Colombia-Comité Docente de la Facultad de Enfermería; *Reconocimiento por su Constante Apoyo y la Calidad de su Participación como Coordinadora del Comité Científico del VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería*, Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería; *VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería*, *Mejores Ponencias*, *Concurso UDUAL/OPS*, con motivo de la *Conferencia Integrada: Universidad Latinoamericana y Salud de la Población UDUAL/OPS*; *Mención de Honor ACOFAEN*, VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería; *Académica del Siglo xx en el Campo de la Enfermería*, Universidad Nacional de Colombia; *Diploma como Visitante Ilustre*, Universidad Nacional de Tucumán; y *Reconocimiento por los Aportes Brindados en el Grupo Preparatorio* que impulsó la creación del Programa de Doctorado en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.



Consuelo Gómez Serrano

Decana 1994-1996

Enfermera, Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. En su currículum en la Universidad Nacional de Colombia se destacan cargos como: Docente; Directora de Carrera; Secretaria del Consejo Superior; Secretaria General de la Universidad; Secretaria del Consejo de Sede; Enfermera y Directora del Departamento de Enfermería, Hospital San Juan de Dios. Entre sus acciones destacadas, se encuentra la Reforma curricular en la formación por ciclo vital humano.

Ha sido merecedora de varios reconocimientos, por ejemplo: *Docencia Excepcional*, Consejo Superior Universitario, Universidad Nacional de Colombia, años 1995 y 1996; *Mención Excelencia Académica*, Consejo Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; *Academia Integral Meritoria*, Consejo Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; *Mención de Reconocimiento a la Calidad Humana y Profesional*, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; *Diploma Individual en Reconocimiento a los Destacados Servicios Prestados al Desarrollo de la Enfermería*, Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPAFEN); *Mención al Mérito Miembro Individual*, Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN); *Medalla de Bronce por Servicios Distinguidos a la Asociación*, Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC); *Matrícula de Honor*, Universidad Nacional de Colombia; *Pergamino de la Asamblea de Socios de ANEC*, Seccional Cundinamarca, en reconocimiento a la labor desarrollada por la Junta Directiva Nacional de la ANEC en el período 1980-1982.

De igual manera, obtuvo la *Resolución de la Asamblea Nacional de Delegados de ANEC*, exaltando la labor de la Junta Directiva de la Asociación durante 1980-1982;

Designación como *Presidenta Honoraria del x Congreso Nacional de Profesionales de Enfermería*, en reconocimiento nacional a sus méritos profesionales e invaluable servicios a la Asociación y a la Profesión, Junta Nacional ANEC de 1984; *Placa de la Asociación de Ex Alumnos de Enfermería*, Universidad Nacional de Colombia, en reconocimiento a su destacada labor como Presidenta de ADEXUN Enfermería de 1992; *Resolución de la Decanatura de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia*, en reconocimiento a un grupo de docentes por la calidad de su labor docente y por la valoración que de ella hacen sus estudiantes; *Placa de los Estudiantes de Enfermería*, en reconocimiento a la dedicación, liderazgo y meritoria gestión como Decana de la Facultad de Enfermería, Estudiantes Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; *Placa en Reconocimiento al Nombramiento como Secretaria General de la Universidad Nacional de Colombia*, ANEC-Cundinamarca; *Placa en Reconocimiento a su Meritoria Labor en la Institución y por su Designación como Secretaria General de la Universidad*, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; *Moción de Agradecimiento del Consejo Superior Universitario por la Destacada y Meritoria Labor Desarrollada como Decana de la Facultad de Enfermería*, Universidad Nacional de Colombia, Consejo Superior Universitario; *Mención Excelencia Académica*, Decanatura Facultad Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; *Academia Integral Meritoria*, Consejo Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; *Mención de Reconocimiento Exaltando la Labor Realizada en la Formación de los Egresados*, ADEXUN Enfermería; y *Miembro de la Red Colombiana de Historia de la Enfermería y Red Iberoamericana de Historia de la Enfermería*.



Marina Arias de Ramírez

Decana 1996-1998

Enfermera, Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Educación, Universidad Pedagógica Nacional. Su trayectoria incluye la Dirección del Departamento de Administración y Educación de la Facultad de Enfermería. Ha sido autora de varias publicaciones de artículos y capítulos de libros.



Lola Cubillos de Donoso

Decana 1998-2002

Enfermera, Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Enfermería Materno Perinatal, Universidad Nacional de Colombia. Docente del Departamento de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría, Salud Pública, Materno Infantil y Enfermería del Adolescente. Durante su Decanatura, se dio inicio al ejercicio de Prospectiva como Estrategia para la Formulación de Planes de Desarrollo en la Facultad. Impulsó la reestructuración académica administrativa de la Facultad en 2002, que condujo a la creación del Centro de Extensión e Investigación y a dos Unidades Básicas de Gestión. Fomentó la conformación del *Proyecto de patrimonio vivo*, como estrategia de memoria institucional.

Su recorrido comprende cargos como: Representante de Profesores al Consejo Directivo; Vicedecana de Facultad; Coordinadora de la Línea de Énfasis en Escolares (Niño y Adolescente); Coordinadora de la Maestría en Familia de la Facultad de Enfermería con la participación en el diseño y desarrollo de esta línea entre 1990 y 1992; Coordinadora Grupo Académico Enfermería del Adolescente; Directora de Programas Curriculares, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; Presidenta de la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería; Vicerrectora, Universidad Nacional, Sede Manizales.

Entre su experticia en el área materno perinatal se destaca: desarrollo del Programa de Prevención del Hipotiroidismo Congénito en el Instituto Materno

Infantil; Vicepresidenta de la Sociedad Colombiana de Enfermeras Preparadoras para la Maternidad; Participación en las actividades de planeación para la Unidad Uriel Gutiérrez en el Grupo de Salud Reproductiva; coordinación, diseño y desarrollo inicial del proyecto de articulación docencia, extensión e investigación *Programa de Atención Integral del Adolescente, zona 4ª San Cristóbal Sur*. Ha sido autora de múltiples publicaciones en el Área Materno Infantil. En el marco del *xviii Seminario Internacional de Cuidado*, la Facultad de Enfermería reconoció su trayectoria y aportes significativos a la Universidad y a la disciplina en el 2014.



Irene Esguerra

Decana 2002-2004

Licenciada en Enfermería, Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Especialista en Educación Sexual, Universidad Santo Tomás. Magíster en Investigación y Docencia Universitaria, Universidad Santo Tomás.

En su trayecto profesional se resaltan los siguientes cargos: Directora del Departamento de Salud Mental y Psiquiatría; Vicedecana Académica y Directora de Carrera de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Así mismo, realizó actividades docentes en la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud y en la Cruz Roja Colombiana y desempeñó el rol asistencial en las Clínicas San Pedro Claver y Clínica de Marly.

Ha sido merecedora de diversos reconocimientos, entre los que figuran: *Docencia Excepcional*, Consejo Superior Universitario, Universidad Nacional de Colombia; *Mejor Trabajo de Extensión Solidaria para el Programa de apoyo y seguimiento al hogar de personas con antecedentes de enfermedad mental*, Universidad Nacional de Colombia; *Reconocimiento por el Trabajo de Investigación Percepción que tienen los jóvenes acerca de la vejez y el proceso de envejecimiento*, Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería —en el marco del VII Coloquio Panamericano de Investigación año 2000—; y *Reconocimiento por la Asesoría al Programa de Enfermería*, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.



Beatriz Sánchez

Decana 2004-2006

Enfermera, Pontificia Universidad Javeriana. Especialista en Gerontología, Universidad de Pensilvania. Magíster en Ciencias de la Enfermería, Universidad de Pensilvania.

Entre los cargos que ha desempeñado en la Universidad Nacional de Colombia están: Vicerrectora General; Directora de Bienestar, Sede Bogotá; Directora Nacional de Bienestar; Coordinadora de Postgrados en Enfermería; Directora Programa de Maestría en Enfermería; y Representante de Postgrados ante el Consejo de Facultad.

Ha participado en instituciones de importancia para la disciplina como: Comité de Formación Avanzada (ACOFAN); Comisión Tripartita de Programas de la Tercera Edad a nivel nacional; Asociación Interdisciplinaria de Gerontología —miembro fundador y primera Presidenta—; Sociedad Internacional de Enfermería en Cáncer —miembro fundador y Representante por Centro y Suramérica en la Junta Directiva Mundial—; Asociación Colombiana de Enfermería Oncológica; Consejo Internacional de Enfermería (CIE) —representante por Colombia durante la Primera Conferencia Latinoamericana de Gerontología—; University of Pennsylvania —Profesora Adscrita en el Curso de Gerontología y Salud Internacional—; Caja Nacional de Previsión Social; y Dirección de Atención Gerontológica Integral.

Ha sido reconocida con el *Premio al Programa de Extensión de la Universidad Nacional de Colombia en Salud y Desarrollo por un Municipio Saludable* en Funza, Cundinamarca; *Reconocimiento del VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería*, como finalista del *Premio Maricel Manfredi* con el trabajo *La experiencia de ser cuidadora de personas en situación de enfermedad crónica*; *Honor al Mérito*, Asociación Interdisciplinaria de Gerontología; *Excelencia Académica*, Universidad Nacional de Colombia; *Reconocimiento por la Gestión Académico-administrativa en las Sedes de Presencia Nacional de la Universidad Nacional de Colombia*; *Primer Premio de Investigación*, XIV Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería (ACOFAN); *Distinción Docencia Excepcional*, Universidad Nacional de Colombia; *Premio de la Liga Iberoamericana de la Lucha Contra el Cáncer*, Programa para la Prevención del Cáncer de Seno; *Premio de Investigación del Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería*, (ACOFAN, 1992); y *Segundo Premio*, Congreso de Enfermería Universidad Javeriana. Ha sido autora de numerosas publicaciones en libros y artículos.



Evelyn Vásquez Mendoza

Decana 2006-2008

Enfermera, Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Gerencia de Proyectos, Universidad EAN. Especialista Aplicada al Fenómeno de las Drogas, Universidad de Ribeirão Preto. Magíster en Administración de Servicios de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Docencia Universitaria, Universidad Pedagógica Nacional.

Durante su Decanatura, la Facultad de Enfermería fue admitida en la Sociedad de Honor Sigma Theta Tau y se le otorgó el *Capítulo Upsilon Nu*. También se concibió el Programa de Maestría en Salud y Seguridad en el Trabajo, el cual es de carácter interdisciplinario. De igual forma, bajo su Administración se obtiene la acreditación del pregrado con vigencia de siete años por parte del Ministerio de Educación Nacional.

Ha ejercido varios cargos en la Facultad de Enfermería, entre los que se encuentran: Directora de Carrera, Directora de la Unidad Académico-Administrativa de Salud de Colectivos; Directora del Departamento de Salud de Colectivos; Miembro del Comité de Autoevaluación de Facultad; y Vicedecana de la Facultad. En su experiencia también se halla haber hecho parte del Hospital Federico Lleras Acosta, de la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN) y de la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE). Ha sido autora de diversas publicaciones en libros y artículos en revistas científicas.



Natividad Pinto Afanador

Decana 2008-2012

Enfermera, Universidad Industrial de Santander (UIS). Especialista en Enfermería Neurológica, Pontificia Universidad Javeriana. Magíster en Enfermería con Énfasis en Gerencia, Universidad Nacional de Colombia.

Durante su Decanatura, la Facultad de Enfermería realizó la Reforma del programa de pregrado, que estableció un total de diez matrículas en el plan de estudios, el cual se adaptó al sistema de créditos académicos. Además, se fortaleció la movilidad internacional, tanto de estudiantes como de profesores. En su trayectoria se destacó la participación en el *Proyecto INNOVAR Siglo XXI*.

Su trayecto investigativo cuenta con un gran número de obras, por ejemplo: *Uso de TIC para brindar soporte social en Enfermería*; *Soporte social con tecnología de punta para cuidadores de familiares de personas con enfermedad crónica en Latinoamérica*; e *Implementación en red y evaluación del programa Cuidando a Cuidadores*. El enorme legado de libros y de artículos publicados en revistas científicas que nos deja está relacionado en gran parte con su participación en el Grupo de Investigación *Cuidado de enfermería al paciente crónico*, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Su labor, en compañía de otros investigadores de reconocimiento en el campo, ha obtenido grandes logros, como el haber impulsado hasta el Senado de la República de Colombia una ley para la protección del cuidador familiar del paciente con enfermedad crónica.

Su desarrollo investigativo la hizo merecedora de un gran número de distinciones, entre las que sobresalen: *Mejor Enfermera Profesional*, Fundación Carlos Ardila Lulle-Centro Médico de los Andes; *Participación en Proyecto de Extensión Solidario Premiado por la Universidad Nacional en el municipio de Funza*, Universidad Nacional de Colombia. *Reconocimiento por el Trabajo Desarrollado como Tutora del Programa de Maestría*, Universidad Autónoma de Puebla; *Reconocimiento de ACOFAEN por su Participación en la Organización del VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería*, Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería; *Reconocimiento de la Facultad de Salud*, Universidad del Tolima; *Investigación Meritoria*, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; y la *Excelente Participación en el Grupo de Trasplantes*, Fundación Santa Fe de Bogotá. Murió en el año 2012.



Renata Virginia González Consuegra

Decana 2012-2016

Enfermera, Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Salud Internacional e Investigación Cualitativa, Universidade de São Paulo. Especialista en Salud Ocupacional, Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Enfermería Cardiorrespiratoria, Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Docencia Universitaria, Universidad de la Salle. Magíster en Epidemiología, Universidad de Alicante. Doctora en Salud Pública, Universidad de Alicante.

Durante su Decanatura, se resaltan los siguientes logros: el fortalecimiento de la internacionalización mediante la movilización de estudiantes y profesores; la gestión para el desarrollo de diversos propuestas que fortalezcan la implementación del Modelo de cuidado y el Modelo pedagógico de la enseñanza del cuidado en el naciente Hospital Universitario; la aprobación y construcción del nuevo Edificio de la Facultad de Enfermería; el reconocimiento otorgado por el Senado de la República de Colombia con la *Orden del Gran Comendador*, en virtud de sus desarrollos, logros y gestión visionaria; la Reacreditación de los Programas de Pregrado, Maestría y Doctorado en Enfermería.

Su trayectoria abarca los siguientes cargos en la Universidad Nacional de Colombia: Directora del Departamento de Enfermería Clínica; Directora Académica de la Especialización en Enfermería Cardiorrespiratoria, entre otros. En el ámbito externo a la Universidad, fue Coordinadora de Cuidado Intensivo en la Fundación Instituto Neurológico de Colombia; Enfermera de Salas de

Cirugía en la Fundación Abood Shaio; Directora Técnica en Servisalud Arauca; y Profesora Asociada, Directora del Departamento de Enfermería y Decana de la Facultad de Salud en la Universidad Popular del Cesar.

Actualmente es Profesora Titular de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia; Integrante del Grupo de Investigación de Cuidado para la Salud Cardiorrespiratoria; y Miembro del Grupo Cuidado Perioperatorio, grupos clasificados por Colciencias en Categoría B; fue la Cofundadora del *Programa de Extensión Clínica de Heridas bajo la Teoría Autocuidado de Orem*, Universidad Nacional de Colombia-UNISALUD 2004. Ha sido autora de numerosos artículos en revistas indexadas, capítulos de libros y libros, así como ponente en eventos nacionales e internacionales.

Ha sido merecedora de variados reconocimientos, entre los que se destacan: *Mejor Investigación*, Sociedad Colombiana de Cardiología; *Reconocimiento Promoción y Prevención*, Servisalud Arauca; *Reconocimiento a la Meritoria Labor como Enfermera Intensivista*, Fundación Instituto Neurológico de Colombia; *Reconocimiento a la Labor Académica e Investigativa*, Universidad Popular del Cesar (UPC); *Reconocimiento por la Asesoría al Programa de Enfermería*, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; *Reconocimiento por Postulación a la Distinción Mejores Proyectos de Extensión Solidaria*, Universidad Nacional de Colombia; *Reconocimiento Especial: Alcaldía de Maracaibo República Bolivariana de Venezuela*,

Estado Zulia, Declara Visitante Distinguido; Reconocimiento por Desempeño Académico Durante 10 años de Servicios Continuos en la Facultad de Enfermería, Consejo de Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; Distinción a la Academia Integral Meritoria, Consejo de Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia;

Reconocimiento de COLCIENCIAS por la Trayectoria y Producción Académica, Consejo de Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; Reconocimiento a los 25 Años de Vida Profesional, ADEXUN Enfermería; Moción de Felicitación y Reconocimiento por Cambio de Categoría a Profesora Titular, Consejo de Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; Reconocimiento como Profesora Titular por su Aporte a la Docencia, a la Investigación y por los Servicios Prestados a la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, Universidad Nacional de Colombia; Segundo Premio Investigación Comunicación Oral, Asociación Española de Enfermería Vascular; Certificado de Acreditación como Experto Nivel Avanzado en el Cuidado de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas, GNEAUPP; Tesis Doctoral Cum Laude por Unanimidad, Universidad de Alicante; Profesora Honoraria, Universidad Nacional de Tumbes; Investigación Finalista para el Premio Científico de la Fundación Sergio Juan, Simposio Nacional sobre Úlceras por Presión y Heridas Crónicas;

Reconocimiento Consejo de Facultad de Enfermería por Examen de Calificación Sobresaliente y Premio Investigación Asociación Española de Enfermería Vascular, Consejo de Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; Reconocimiento por su Trabajo Destacado como Profesora de la Carrera de Enfermería, Universidad Popular del Cesar; Reconocimiento por su Contribución al Desarrollo y Conservación del Patrimonio Cultural con su Aporte en las Danzas Folclóricas Colombianas en la Universidad Nacional de Colombia, Universidad Nacional de Colombia; Reconocimiento por la Labor Desarrollada como Integrante del Comité de Reclamos, Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia; Reconocimiento por Parte del Consejo de Facultad de Enfermería por 20 años de Trayectoria Académica, Consejo de Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; y Tenencia del Cargo, Consejo Superior Universitario, Universidad Nacional de Colombia.

Además, ha sido Miembro de la Junta Directiva ANEC Nacional y Vicepresidenta 1994-1998; Miembro de la Junta Directiva ANEC Seccional Cesar y Seccional Cundinamarca; Miembro del Consejo Nacional Técnico de Enfermería (CNTE); Representante del Ministro de Educación Nacional, periodo 1996-1998; Miembro de la Junta Directiva Vicepresidenta (s) Asociación Nacional de Facultades y Escuelas de Enfermería (ACOFAEN) 2014-2016; Líder General del Comité Permanente de Investigación de ACOFAEN (COPEI); y Miembro de la Junta Directiva —como asesora—, desde 2006 hasta la fecha, de la Sigma Theta Tau Capítulo Upsilon, Universidad Nacional de Colombia.

Agradecimientos especiales

A la colega y egresada Karen Tatiana Roa Lizcano, estudiante de la Maestría en Enfermería y Becaria, por su apoyo en la elaboración de este texto mediante la búsqueda bibliográfica y realización de entrevistas.

Fotografías tomadas por: María Isabel Arzuaga. Imágenes tomadas de la Galería de Decanas, Decanatura, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, septiembre de 2015.

Referencias

- (1) Velandia AL [blog en Internet]. Bogotá: Blogger; c2014 [actualizado: 01 jun 2015; acceso: 06 nov 2015]. Publicaciones y reflexiones Ana Luisa Velandia Mora. [aprox. 47 pantallas]. Disponible en: <http://analuisa-velandia-mora-publicaciones.blogspot.com.co/>
- (2) Gómez C, Munar C, Parrado Y, Urbano G, Rodríguez M, Vargas E, Velandia AL. Tres escuelas una historia: la formación de enfermeras en la Universidad Nacional de Colombia 1920-1957. Bogotá: Gráficas Ducal; 2011.
- (3) Castro B. Los inicios de la profesionalización de la enfermería en Colombia. Invest Educ Enferm. 2011;29(2):267-285.
- (4) Velandia AL. Helen Howitt: una semilla canadiense en la enfermería latinoamericana. Av Enferm. 2009;27(1):93-101.

(5) Hanink E. Working Nurse [web site]. California: Working Nurse [update: 2015 Nov 07; access: 2015 Nov 07]. Profiles in nursing: Catherine M. Kain, RN and State Dept. Diplomat. In the effort to resist communism, nurses were assigned to countries all over the world [about 3 screens]. Available from: <http://www.workingnurse.com/articles/Catherine-M-Kain-RN-and-State-Dept-Diplomat>

(6) Pinto N. Conmemoración de los 88 años del Programa de enfermería y de los 50 años de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Av Enferm. 2008;26(2):126-131.

(7) Vargas E. La calidad tiene que ser el sello: Myriam Ovalle [Editorial]. Av Enferm. 2008;26(2):11-13.

(8) Consejo General de Enfermería. Discurso del Presidente del Consejo General de Enfermería. Profesor Doctor Máximo A. González Jurado. Madrid: Consejo General de Enfermería; 2008.

(9) DeMonterrosa E. Una experiencia de atención primaria de salud en Santafé de Bogotá D.C. 1989-1996. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1996.

(10) Serrano CG. Esperanza de Monterrosa: ¡fuerte, persistente y segura como el bambú! Kaana Úai. 2013;8(1-2):5-8.

(11) Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Notas varias: Profesoras Galardonadas en 1990. Av Enferm. 1990;8(2):116.

(12) González RV. 92 años de enfermería en la Universidad Nacional de Colombia. Trayectoria con liderazgo de la enfermería... hacia el centenario. Av Enferm. 2012;30(3):143-149.

El laboratorio de simulación de la Facultad de Enfermería: un espacio para el desarrollo académico

• Ximena Sáenz Montoya¹ •

•1• Magíster en Enfermería. Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. E-mail: xsaenzm@unal.edu.co

Tradicionalmente los procedimientos y técnicas para el cuidado de enfermería de los pacientes se han enseñado a los estudiantes a través de exposiciones catedráticas, de lecturas o simplemente mediante la demostración en el aula o en tiempo real en un escenario clínico. En la actualidad, han surgido interrogantes frente a esta metodología, dado el alto riesgo que reviste para los pacientes, a pesar de la adecuada supervisión docente (1). La seguridad de los pacientes ha tomado un relevante lugar a nivel mundial dado el alto impacto de los errores de la atención en salud en la morbilidad y mortalidad, lo que ha impulsado la simulación como estrategia pedagógica de primera mano en la formación y reentrenamiento del personal de la salud.

La simulación, cuando se utiliza con fines pedagógicos, consiste en la utilización de diversos métodos de réplica artificial de fenómenos, procesos o situaciones del mundo real con el fin de lograr

un objetivo académico establecido (1). Permite además integrar el conocimiento, las habilidades y los factores humanos; facilita el desarrollo de habilidades en ambientes reales y la repetición de la técnica las veces que requiera el estudiante para adquirir la competencia; desarrolla un aprendizaje basado en la propia experiencia; y permite el entrenamiento estandarizado mientras se estimula el análisis y el pensamiento. La evaluación puede hacerse de manera más objetiva cuando se utiliza la grabación, lo que genera mayor conciencia del proceso enseñanza-aprendizaje.

El laboratorio de simulación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia es el espacio académico dedicado al desarrollo de actividades de enseñanza aprendizaje a través de la simulación para promover en el estudiante el desarrollo de habilidades psicomotoras, del pensamiento crítico, del conocimiento en acción, de la toma de decisiones, del trabajo en equipo, de la comunicación efectiva y del aprendizaje a través de los errores, para contribuir así en la formación de excelencia de los estudiantes de la Facultad.

El laboratorio es asimismo un escenario para el desarrollo de actividades de investigación y de extensión. El objetivo general es proporcionar a los profesores y estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia de las diferentes áreas curriculares un espacio académico/práctico para el desarrollo de actividades de docencia, extensión e investigación basadas en la simulación, mediante los siguientes criterios:

Objetivos específicos

- Desarrollar prácticas académicas tanto de las diferentes asignaturas y programas de posgrado que ofrece la Facultad de Enfermería y otras facultades, como de las actividades de extensión e investigación.
- Promover estudios de investigación que apoyen los procesos de enseñanza-aprendizaje mediante el uso de la simulación y las tecnologías de la información y la comunicación.
- Propiciar el aprendizaje significativo en los estudiantes con el uso de escenarios simulados de diferentes áreas del conocimiento disciplinar de enfermería que

promuevan en el estudiante el pensamiento crítico, el análisis, la toma de decisiones, el trabajo en equipo y el desarrollo de las habilidades comunicativas.

- Ofrecer a los estudiantes prácticas de refuerzo para la adquisición de habilidades y destrezas en todo tipo de técnicas de la disciplina.
- Ofrecer a la comunidad académica espacios para el aprendizaje a través de la experiencia, la reflexión y el error.
- Estimular en los estudiantes la toma de decisiones y la resolución de problemas.

Líneas de acción:

- Formación de estudiantes de pregrado y posgrado de las áreas curriculares de la Facultad de Enfermería y de otras facultades de la Universidad, de acuerdo con requerimientos específicos.
- Formación de los docentes de la Facultad en el uso de la simulación como estrategia pedagógica innovadora y útil en la enseñanza de las ciencias de la salud.
- Investigación orientada hacia la utilización de la simulación como estrategia pedagógica en la formación de recursos humanos en salud.
- Extensión a través de programas de educación continua que incluyan en los programas la enseñanza de habilidades técnicas y no técnicas que se puedan transmitir o reentrenar mediante la simulación.
- Gestión en el desarrollo de un modelo para la consolidación del laboratorio como una dependencia eficiente.

Por otra parte, el nuevo edificio de la Facultad de Enfermería contará con un laboratorio de simulación diseñado para tal fin bajo los más altos estándares. En él las diversas áreas del conocimiento disciplinar e interdisciplinar gozarán de espacios específicos para las prácticas. Su diseño permite disponer de áreas flexibles, las cuales se podrán acondicionar a requerimientos específicos. Las instalaciones físicas, la dotación de equipos, la tecnología, el recurso humano y la gestión

de procesos le permitirán al laboratorio en el año 2025 ser reconocido a nivel local, regional y nacional como un referente de alto nivel, de excelencia e innovación en la formación de profesionales de enfermería y reentrenamiento del personal de las áreas de la salud.

El principal desafío del laboratorio es ofrecer a la comunidad de la Facultad un espacio académico acreditado y dotado de la última tecnología y de los más altos estándares de calidad en sus procesos, con guías basadas en la evidencia que sean conocidas y utilizadas por todos los profesores de la Facultad, tanto de planta como ocasionales. El propósito con esto es que la enseñanza de las diferentes técnicas sea unánime y así evitar diferentes interpretaciones por parte del estudiante que lo conducen finalmente a la confusión y a dificultades en la adquisición de la competencia. Los escenarios de práctica en el laboratorio contarán con la debida descripción y las listas de chequeo para una evaluación objetiva; se propiciará además el desarrollo de la investigación en el área y finalmente se alcanzará la formación docente en simulación para una mayor utilización e integración curricular.

Referencias

- (1) Gómez LM, Calderón M, Sáenz x, Reyes G, Moreno MA, Ramírez LJ *et al.* Impacto y beneficio de la simulación clínica en el desarrollo de las competencias psicomotoras en anestesia: un ensayo clínico aleatorio doble ciego. *Rev Colomb Anestesiología*. 2008;36(2):93-107.

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 es considerada *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 a la publicación.

3. Cambios en la autoría

Criterios:

- 3.1. Hace referencia a la adición, supresión o reorganización de los nombres de autor en la autoría de un artículo aceptado.
- 3.2. 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
 - a) la razón por la cual debe ser añadido o eliminado, o los nombres de los autores reorganizados.
 - b) 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:

- 4.1. 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*. Los conflictos pueden ser reales o potenciales.
- 4.2. Los conflictos de intereses más evidentes se asocian a las relaciones financieras, que pueden ser
 - a) *directas*: empleo, propiedad de acciones, becas, patentes.
 - b) *indirectas*: honorarios, asesorías a organizaciones promotoras, propiedad de fondos de inversión, testimonio experto pagado.

- 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

- a) algún tipo de interés personal en los resultados de la investigación.
- b) opiniones personales que están en conflicto directo con el tema que se esté investigando.

Recomendaciones:

- 4.4. 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.
- 4.5. 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.
- 4.6. 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.
- 4.7. 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*.
- 4.8. 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.
- 4.9. Todas las fuentes de apoyo financiero para el proyecto deben ser revelados.
- 4.10. 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 arbitrales 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, equipos 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.
- . "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.
- . "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.
- . "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.
- . "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.
- . "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.

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 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

Formato 2:

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

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 del artículo. 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 del capítulo. 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. La palabra “En”: título oficial del congreso, simposio o seminario. Lugar de publicación: (ciudad) editorial; año. Página inicial-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]. 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; año.
- *Documentos legales*: Nombre completo del país de emisión. Nombre de la institución que lo emite. Título de la ley o el decreto, nombre/número del boletín oficial. 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/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) A razão pela qual deve ser adicionado ou eliminado, ou os nomes dos autores reorganizados.
- b) 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:

- 4.1. 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*. Os conflitos podem ser reais ou potenciais.
- 4.2. Os conflitos de interesses mais evidentes se associam às relações financeiras, que podem ser
 - a) *diretas*: emprego, propriedade de ações, bolsas, patentes.
 - b) *indiretas*: honorários, assessorias a organizações promotoras, propriedade de fundos de investimento, testemunho como especialista pago.
- 4.3. Os conflitos também podem existir como resultado de relações pessoais, a competência acadêmica e a paixão intelectual. Por exemplo, um pesquisador que tenha
 - a) algum tipo de interesse pessoal nos resultados da pesquisa.
 - b) opiniões pessoais eu estão em conflito direto com o tema que se estiver pesquisando.

Recomendações:

- 4.4. 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.

4.5. 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.

4.6. 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.

4.7. 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*.

4.8. 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.

4.9. Todas as fontes de apoio financeiro para o projeto devem ser reveladas.

4.10. Deve-se descrever o papel do patrocinador do estudo.

5. Publicação duplicada

Critérios:

- 5.1. 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.
- 5.2. 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.
- 5.3. 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

Crítérios:

- 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

Crítérios:

- 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 enviesa 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.
- . “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.
- . “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.

11. Correção de artigos publicados

Critério:

- 11.1. Quando um autor descobre um erro ou uma inexistência 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.
- . “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.
- . “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.
- . “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 aspectos relativos ao processo:

Tipos de artigos para publicação (segundo Colciencias)

1. Artigo de pesquisa científica e tecnológica. Documento original que apresenta detalhadamente os resultados originais de projetos de pesquisa. A estrutura geralmente utilizada inclui quatro partes fundamentais: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados e Conclusões. Número mínimo de referências: 25.

2. Artigo de reflexão. Documento que apresenta resultados de pesquisa desde uma perspectiva analítica, interpretativa ou crítica do autor, sobre uma questão específica, utilizando fontes originais. Número mínimo de referências: 25.

3. Artigo de revisão. Documento que decorre de uma pesquisa onde se analisam, sistematizam e integramos resultados de pesquisas publicadas ou não publicadas, sobre 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 *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 Comité 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 de la 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 Comité 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 Comité Editorial para designar dois (2) pares avaliadores para sua revisão: um deles docente da Facultad de Enfermería de la 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 Comité 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 Comité 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 Comité Editorial entenderá que ele aceita as correções editoriais realizadas.
7. O autor deve enviar os dados do formato Publin-dex ao Comité 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

Formato 2:

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 quatro 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, uma síntese do conteúdo 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, as 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 as 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 complementemente estritamente com as *Normas Vancouver*. Veja: 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, memórias, 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 respectivas:

- *Artigo de revista:* Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título do artigo. Abreviatura internacional do título do periódico. Ano; volume(número); página inicial-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 (cidade): editora; ano.
- *Capítulo de livro:* Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores do capítulo. Título do capítulo. Palavra "Em": sobrenome e duas iniciais dos nomes do diretor/coordenador/editor/compilador do livro. Título do livro. Edição. Local de publicação (cidade): editora; ano. Página inicial-final do capítulo.
- *Palestras:* Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores do trabalho. Título da palestra. Palavra "Em": título oficial do congresso, simpósio ou seminário. Local de publicação (cidade): editora; ano. Página inicial-final da palestra.
- *Artigo de revista on-line:* Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores do artigo. Título do artigo. Título abreviado do periódico [periódico na Internet]. Ano [dia mês (abreviado) ano de consulta]; volume(número); página inicial-final. "Disponível em: (URL/doi)"
- *Livro ou monografia on-line:* Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título [documento em Internet]. Edição. Local de publicação (cidade): editora; data de publicação [dia mês ano da última atualização; dia mês 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. Local de edição (cidade): editora; ano.
- *Documentos legais:* Nome completo do país de emissão. Nome da instituição que emite a lei. Título da lei ou decreto, nome/número do diário oficial, data de publicação.
- *Tese de mestrado-doutorado:* Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título da tese [tese de mestrado/doutorado]. Local de publicação (cidade): editora; 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 or 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:
- Fabrication of data: invention of data and investigation results in order to be published.
 - 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.
- 8.11. Enclose in quotes and reference all contents taken from a previously published source, even if you are stating them with your own words.

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.

———. "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.

———. "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.

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.

———. "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.

———. "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.

———. "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 researches should be designated to assume the responsibility on behalf of the group. In this case, the other members are not perceived as authors, and they shall be listed on the acknowledgement list. When submitting an article to the Editorial Committee, its author accepts that:

- In no case shall he/she receive any payment for the inclusion of the article in the publication.
- He/she can not submit the same article to the consideration of other publications' Editorial Committee until he/she obtains an answer in writing on the decision made regarding acceptance or rejection of his/her article.
- In case of publication, his/her article becomes permanent property of the Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia and cannot be published in any other media without written permission from its autor and the University.

Articles selection and revision procedure

The procedure to select articles and ensuing revision for inclusion in *Avances en Enfermería* is as follows:

1. As soon as manuscripts are submitted through ojs, they are sent to Editorial Committee and shall be initially reviewed by the Editor Assistant to verify that they comply with the formal elements required in the *Instructions to authors*. Should they not fulfill those criteria, the document shall be excluded of the selection process evaluation. If errors are minor, manuscript will be returned to the author, indicating the failures found in the first evaluation.
2. If it complies with the formal requirements, the document is then submitted to our Non-Plagiarism System and its bibliographic references will be thoroughly revised. Subsequently, we sent an email to inform authors manuscript was received.
3. Immediately, manuscript is sent to two peer-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 copyeditor 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 and that authors transfer copyrights of their articles to Universidad Nacional de Colombia. 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

Format 2:

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 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; it 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 should 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 should have 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

According to the requirements of indexing in respect of validity period and quality of the bibliography, in reference list a 20% of the so-called "Grey Literature" will be accepted only (books, book chapters, master/doctoral theses, dissertations, reports, guides, manuals, statistics, laws, self-citations, citations from other citations, etc.), in other words, all of the references that do not come from research/original articles published in indexed journals. It is also necessary for the references of indexed journals to come from articles that they bear a publication date

not more than five years. The manuscript submitted must have the minimum number of references required by the journal, in accordance with section submission (type of article) that it has been included. The Editorial Team will carry out a comprehensive monitoring of those requirements, whose result will determine whether the manuscript continues process, if it requires references adjustments or even if it must be rejected.

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*: Surname and two initials of the names of autor/s. Title of article. International title abbreviation of the journal. Year;volume(issue): first-last page. When the article has more than six authors, the abbreviation *et al.* shall be written after the sixth authors name.
- *Books and monographs*: Surname, and two initials of the names of autor/s. Title of book. Edition. Place of publication (city): publisher; year of publication.
- *Chapter of book*: Surname and two initials of the names of autor/s. Title of the chapter. Word "In": Director/Coordinator/Editor/Compiler of the book. Title of the book. Edition. Place of publication (city): publisher; year of publication. First-last page of the chapter.
- *Presentations*: Surname and two initials of the names of autor/s of the paper. Title of the paper. Word "In": official title of the congress, symposium or seminar. Place of publication (city): publisher; year. First page-last page of the paper.
- *Online journal article*: Surname and two initials of the names of autor/s of the article. Title of the article. International title abbreviation of the journal [serial on the Internet]. Year [access: year month day];volume(issue):first page-last page. "Available from (URL/DOI):"
- *Book or monograph online*: Surname and two initials of the names of autor/s. Title [document on the Internet]. Edition. Place of publication (city): publisher; year of publication [date of last update; date of consultation]. "Available from (URL/DOI):"
- *Audio-visual material*: Surname and two initials of the names of the authors. Title (CD-ROM, DVD, disk, as the case may be). Edition. Place of publication (city): publisher; year of publication.
- *Legal documents*: Full name of the country. Name of emission law institution. Title of law, ordinance, official journal name/number and date of publication.
- *Master-doctoral thesis*: Surname and two initials of the names of autor/s. Title of thesis [master/doctoral thesis]. Place of publication (city): publisher (institution); year of publication.
- *Unpublished material*: It refers articles already approved but still not published. The format is: Surname and two initials of the names of the authors. Title. Name of publication. "In press". Date.

