

más efectivas. Comprender su cosmología, su imaginario, su percepción de salud-enfermedad y su lenguaje serían algunas de las condiciones que podrían llevar a una atención en salud más integral; esto soportado por un mejor entendimiento de las legislaciones y siguiendo el pluralismo razonable de Rawls. Consideramos que se debe tener un enfoque multidisciplinario, incluyendo aspectos históricos, antropológicos, culturales, filosóficos, médicos y políticos que sustenten la implementación de cátedras de etnoeducación en las facultades de salud, como un primer paso para mejorar la aplicabilidad de las normas existentes, y generar nuevas estrategias efectivas, al ser fundamentadas en los cimientos sólidos de un conocimiento formal de las culturas minoritarias.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2017.01.077>

Cambios y nuevas tecnologías para el cuidado de heridas utilizado por enfermeras con calificación en atención primaria enmarcado en el modelo de residencia. Un relato de experiencia



Laís Santos, Glauca Bohusch, Alice Mariz, Ana Carolina Tavares Vieira

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Introducción: Las heridas son atendidas por enfermeras desde el comienzo de la profesión. El escenario de estudio es una unidad de salud de la familia compuesta por 13 equipos, de los cuales 8 están en el Programa de Residencia en Enfermería de Salud de la Familia de la Municipalidad de Río de Janeiro, en Brasil (PRESF-RJ), desde marzo de 2015.

Objetivo: Analizar los cambios observados en el cuidado de heridas después del inicio de un programa de entrenamiento.

Método: El estudio utilizó como pruebas los registros de las lesiones hechas por las enfermeras en hojas de seguimiento de los pacientes y en sus registros electrónicos. Esta búsqueda identificó 34 pacientes acompañados y todos tratados con cobertura especial antes de la residencia.

Resultados: Después de 6 meses del inicio del PRESF-RJ, la unidad tenía 96 pacientes registrados, de los cuales 80 pertenecen a los equipos con enfermeras residentes, con un total de 87 pacientes con cobertura especial recetada. A partir del registro electrónico se observó que un mes antes de la llegada de las residentes de enfermería a la unidad solo se habían registrado 72 emplastos, y 6 meses después del inicio del programa de residencia fueron realizados 156 emplastos. Además, los equipos se han apropiado de más cuidado de los pacientes con lesiones y buscado tecnologías más avanzadas.

Conclusión: Con este aumento, se infiere que estos pacientes están siendo evaluados con mayor frecuencia, o que los pacientes que previamente no asistían a la unidad están llegando, lo que significa la ampliación del acceso y la continuidad de la atención al paciente. Por lo tanto, consideramos que las instancias de formación profesional a lo largo de las líneas de residencia contribuyen a la calidad del trabajo de enfermería en el cuidado de heridas y amplía el

acceso del paciente a los servicios disponibles, mejorando la calidad de vida de los usuarios.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2017.01.078>

Bases filosóficas de la evidencia como sustento de las conductas médicas actuales



Jose Luis Monroy Amado^a,
Jose Fernando Ospina^b

^a Universidad Tecnológica de Pereira

^b Universidad de Caldas

Objetivo general: Conocer aspectos filosóficos que soportan la medicina basada en la evidencia.

Objetivos específicos: Definir las bases aristotélicas de la evidencia y el conocimiento deductivo. Asociar conceptos de juicio analítico y sintético kantiano, de valor de verdad y de hecho de Leibniz y de relaciones de ideas y cuestiones de hecho de Hume, en la aplicabilidad de la medicina basada en la evidencia.

Resumen: En los últimos años se ha consolidado la estrategia de medicina basada en la evidencia (MBE) como pilar fundamental del acto médico, sus conductas, la investigación y la enseñanza de la medicina. Es claro que se intenta mejorar la práctica clínica en salud buscando mejores conductas y disminuyendo la variabilidad en la toma de decisiones. Sin embargo, se han generado vacíos en la conceptualización y se ha terminado por seguir protocolos y guías sin profundizar en bases fisiológicas o bioquímicas de las conductas, incluso llegando al límite de reducir la educación médica al acto de repetir recomendaciones de expertos con soportes estadísticos, sin acudir al empirismo como fuente de saber, reivindicado por Locke. Aristóteles definía el conocimiento científico como deductivo, viniendo de lo general a lo particular y comparable a algo evidente, definido a su vez como algo cierto y comprobable. Acá descubrimos la primera limitante, ya que el ser humano, como ente dinámico y en eterno movimiento, es poco probable que contenga muchos conceptos de absoluta verdad o que puedan incluirse en la lógica matemática o la geometría euclidiana. El estudio con mayor peso es el metaanálisis, que etimológicamente significa «más allá del análisis». Teniendo en cuenta el concepto kantiano en la *Crítica de la razón pura*, la proposición analítica es aquella cuyo valor de verdad puede ser determinado por el significado de los términos involucrados, a diferencia de las proposiciones sintéticas, que ameritan prueba o contrastación empírica. Leibniz sugiere los términos verdades de razón y verdades de hecho, las primeras con verdad necesaria, las segundas con verdad contingente. Para Hume, existe una distinción entre las relaciones de ideas (*relation of ideas*) como la geometría, el álgebra y la aritmética; en resumen, toda afirmación demostrativamente certera, y las cuestiones de hecho (*matters of fact*), que son los segundos objetos de la razón humana, que no son afirmados de la misma manera ni son evidencia para su verdad. El campo de la medicina es precisamente natural, por lo que sería incorrecto intentar darle valor de verdad analítica o de relación de ideas o de verdad de razón.