

Bibliografía comentada

Enrique Limon

Enfermero

Bonner A, Greenwood J. The acquisition and exercise of nephrology nursing expertise: a grounded theory study. *J Clin Nurs* 2006; 15:480-9.

PALABRAS CLAVE: EXPERTO, EXPERIENCIA, ENFERMERÍA NEFROLÓGICA.

La mayoría de las grandes escuelas de enfermería están reflexionando sobre como potenciar el rol de la enfermera « experta » en un determinado campo. Los colegios profesionales y sindicatos han ido consensuando una carrera profesional, pero en la mayoría de los casos desde una visión carente de una base tanto metodológica como científica y llevada únicamente a términos económicos lo que impide reconocer realmente el valor de disponer en nuestras unidades de una enfermera verdaderamente experta. En todas las grandes áreas de la salud es importante reconocer esta labor pero en nuestra área es algo vital. La cronicidad de la patología, la necesidad de unos cuidados muy específicos, los riesgos de una mala practica o de un error en técnicas tan complejas implica que si de verdad queremos proporcionar unos cuidados de calidad debemos reconocer y valorar la importancia de disponer de ese valor añadido que podríamos denominar como “experiencia”. Esa experiencia no es únicamente el tiempo trabajado, que es importante, sino la suma de una implicación activa en la formación, en la adquisición de nuevos conocimientos y prácticas, en la motivación y en el reconocimiento, tanto por parte de la institución como de los compañeros.

Este artículo tiene como objetivo conocer ese proceso por el cual una enfermera va adquiriendo ese grado de experiencia. Se llevó a cabo un estudio en una unidad renal en New South Wales, Australia. Tomando como población once enfermeras consideradas expertas y seis enfermeras sin esa consideración. El equipo que hizo el estudio utilizó una metodología mixta: realizo entrevistas semi-estructuradas, llevo a cabo observación participante y procedió a un análisis de la documentación en-

fermera. El análisis de los datos permitió definir tres etapas en la adquisición de este grado de “experta”. En una primera etapa encontraríamos a las enfermeras no expertas, o que realizan su trabajo de forma polivalente en diversas áreas, en una segunda etapa estarían las enfermeras no expertas, pero con amplia experiencia en este campo y en el tercer grado estarían las enfermeras expertas. Lo que nos llevaría pasar de una a otra etapa serían los conocimientos, la experiencia en tiempo, la demostración de unas habilidades basadas en la evidencia, así como focalizar la carrera profesional hacia un área concreta y estar plenamente motivado.

Lo que nos ha llevado a comentar este artículo es su importancia, dada la poca literatura científica que hay al respecto y la relevancia que este reconocimiento de la “experiencia” puede tener en la práctica clínica. Sería muy interesante realizar este estudio en nuestro entorno dado el poco reconocimiento de la experiencia en nuestro sistema de salud.

Pryor J, Stewart G, Bonner A. Seeking evidence of rehabilitation in nephrology nursing. *Collegian* 2005; 12:20-6.

PALABRAS CLAVE: REHABILITACIÓN, FALLO RENAL

Las repercusiones de las patologías renales afectan a todo el estado de salud. En muchas ocasiones se actúa sobre los síntomas y signos de estas enfermedades, pero se ignora su alcance sobre el estado general. La rehabilitación se transforma en una de nuestras mejores armas para proporcionar una calidad de vida óptima en estos pacientes. En la mayoría de nuestros centros se lleva a cabo, y la profesionalidad de nuestras enfermeras expertas hacen que incidan mucho en este aspecto cuando realizan la gestión de los cuidados, sin embargo, la literatura científica no lo recoge. Si realizamos una búsqueda bibliográfica vemos que en muy pocos artículos está expli-

cita. Este no es un fenómeno exclusivamente nacional, sino que tal como nos muestra este artículo, en un sistema de tan alta calidad como es el australiano, presentan los mismos problemas a la hora de integrar entre las competencias enfermeras la rehabilitación. En el escrito se describe como en una investigación reciente sobre las características de la práctica de esta rehabilitación por parte de enfermeras ha ayudado a definir esta competencia propia. En unos momentos en que se está trabajando por definir las competencias propias es importante observar como lo están realizando nuestras colegas de otros lugares, para que estos dominios de competencias tengan unos estándares internacionales.

Delucchi A et al. Pediatric renal transplantation: a single center experience over 14 years. *Pediatr Transplant* 2006; 10:193-7.

PALABRAS CLAVE: TRASPLANTE RENAL PEDIÁTRICO.

En este número de la revista estamos recogiendo diversos artículos que hablan de la experiencia como parte fundamental de los cuidados. El estudio que describimos a continuación es importante por el amplio periodo de tiempo que se ha documen-

tado. Catorce años y más de cien trasplantes es una experiencia muy enriquecedora para ser compartida con la comunidad científica. Entre 1989 y el año 2003 el equipo del hospital infantil Calvo Mackenna en Chile realizó 100 trasplantes en un total de 96 pacientes ingresados en la unidad pediátrica. Los datos que nos proporcionan en el artículo son muy ricos. La población se movía en una media de edad de 10.9 +/- 3.9 años (1-17.6). Las patologías de origen fueron hipo/displasia en un 27%, reflujo nefropático en un 22% y un 17% glomerulonefritis crónica. Se utilizaron dos protocolos inmunosupresores diferentes en un primer periodo (n = 56, 1989-2000): Ciclosporina, esteroides y azatioprina, y durante un segundo periodo (n = 44, 2001-2003): FK, esteroides, MMF y "anti-CD25 antibody" (mAbs). Se produjo rechazo en 22 pacientes, 11% de donante vivo, 31% de donante cadáver (p < 0.01). Después de realizar inducción monoclonal el rechazo disminuyó de un 40% a un 8%. La supervivencia de los pacientes al año, a los tres y a los cinco años fue de un 100% para donante vivo y 96% para donante cadáver. Existen muchos otros datos relevantes por lo que es importante una lectura detallada del trabajo. El eje del artículo es describir las diferencias entre ambos grupos con dos protocolos inmunosupresores diferentes y la importancia del control de las infecciones secundarias, de la no adherencia y del rechazo; para adquirir unos valores aceptables de morbilidad, baja mortalidad y calidad de vida en los supervivientes.