

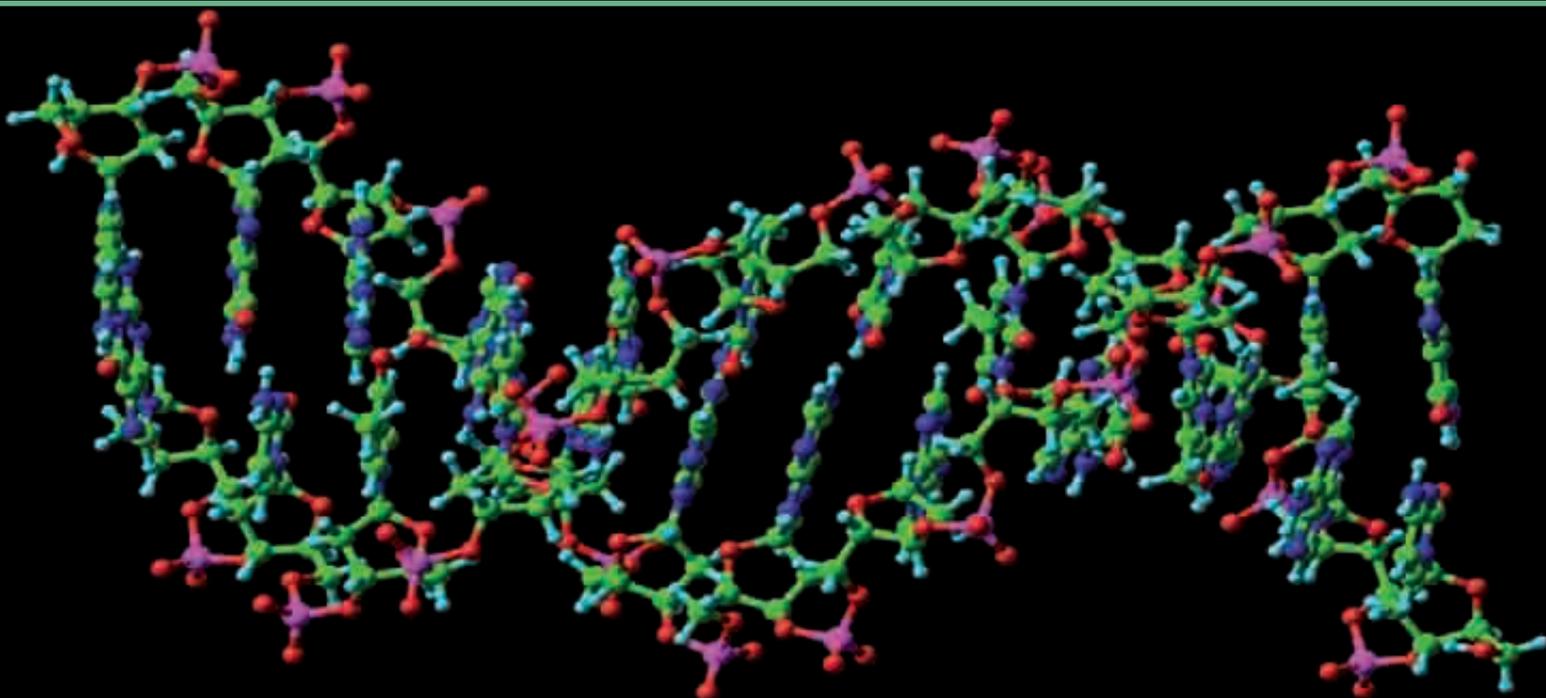
Nuberos Científica



El rol de la enfermería
en la eliminación de las
desigualdades en salud



Protocolo de atención a
patología aguda desde
enfermería de AP



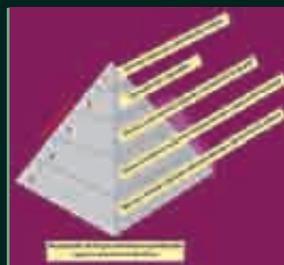
Estudio transversal para la
evaluación del estado
nutricional en una
consulta de Atención
Primaria según los nuevos
criterios de la OMS



Estudio sobre
automedicación con
benzodiazepinas por
parte del equipo de
enfermería hospitalaria



Análisis del balance
hídrico de enfermos
con hepatopatías y
restricción hídrica



Diseño de una EVIDE
basada en las
14 necesidades
fundamentales de
V. Henderson



Revisión y creación de
nuevos protocolos de
enfermería en las
consultas externas del
Hospital Laredo



Que reciba el mejor cuidado, importa.
Que esté totalmente protegida, importa.
Pero lo que de verdad importa es su sonrisa,
tu recompensa.

Muchos cuidadores de pacientes dependientes con incontinencia acuden a su consulta. Por eso TENA, como marca experta en incontinencia, quiere ayudarle a proporcionar la mejor atención a los cuidadores no profesionales y lanza la iniciativa **TENA Solutions para el cuidador**. Con esta iniciativa TENA estará a su lado para asesorar y formar a cuidadores no profesionales, a través de diversos materiales, como guías de formación, muestras de productos, y un video para apoyar sus sesiones.

Descubra la iniciativa **TENA Solutions para el cuidador**, solicitándonos la información más completa para una atención más eficaz.

SOLICITANOS
MATERIALES GRATIS
EN EL TELÉFONO DE
ATENCIÓN AL
PROFESIONAL:
900 121 012

www.TENA.es/cuidadores

Iniciativa
TENA Solutions
para el
Cuidador 



Nuberos Científica

AÑO 1 NUM. 4 JULIO-OCTUBRE 2011

REVISTA DE LA FUNDACIÓN DE LA ENFERMERÍA DE CANTABRIA

C/ Cervantes, 10 - 5º - SANTANDER
Tfnos. (942) 31 97 20 / 21 y 696 433 625
colegio@enfermeriacantabria.com
www.enfermeriacantabria.com

MAQUETACIÓN Y PUBLICIDAD: EDITORIAL SENSEI

Pl. Piqué y Varela, 1 2ºA - 39300 TORRELAVEGA
Tfno. 942 08 34 59 y 654 534 346
jesusibanez@mundivia.es

IMPRIME: GRAFICAS J. MARTINEZ

ISSN: 2173-822X Dep. Legal: SA-135-2011

DIRECTORA: Pilar Elena Sinobas

CONSEJO ASESOR:
M^a Asunción González Salas
Rocío Cardeñoso Herrero
Montserrat González García
Rosa González Casquero

COMITÉ CIENTÍFICO:
Teresa Aguirre Oteiza
Montserrat Carrera López
Víctor Fradejas Sastre
María Fuente Merino
Vanessa Martínez González
Soledad Ochoa Gutiérrez
Elena Rojo Santos
Raquel Sarabia Lavín

SUMARIO

ORIGINAL

- 6** EL ROL DE LA ENFERMERÍA EN LA ELIMINACIÓN DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD
Angeles Cabria García

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

- 11** ESTUDIO TRANSVERSAL PARA LA EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN UNA CONSULTA DE AP SEGÚN LOS NUEVOS CRITERIOS DE LA OMS
José M^a de Andrés Carreira, Soraya Cirillo Ibargüen y Marina Rosa Ortiz Otero

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

- 24** ESTUDIO SOBRE AUTOMEDICACIÓN CON BENZODIACEPINAS POR PARTE DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA
Victor Manuel Balbás Liaño y Agustín Felipe Gómez Laso
- 34** ANÁLISIS DEL BALANCE HÍDRICO EN ENFERMOS CON HEPATOPATÍAS Y RESTRICCIÓN HÍDRICA
Raquel Pardo Vitorero, Nieves Ordóñez Banegas, Amaya Riaño Laguillo y Mercedes Olivia Gómez Paz
- 41** DISEÑO DE UNA EVIDE BASADA EN LAS 14 NECESIDADES FUNDAMENTALES DE V. HENDERSON
Mónica Cueli Arce, M^a Yolanda Raya Martín, Vanesa Fernández Martínez, Soraya Velasco Martín, Soraya Álvarez Andrés y Mar Rodríguez Garrido

ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

- 48** REVISIÓN Y CREACIÓN DE NUEVOS PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL LAREDO
M^a Teresa Herrería Argos y M^a Teresa Rueda Ortiz

ARTÍCULO ESPECIAL

- 56** PROTOCOLO DE ATENCIÓN A PATOLOGÍA AGUDA DESDE ENFERMERÍA EN AP
- 60** AGENDA
- 61** NORMAS DE PUBLICACIÓN



NUMEROS CIENTIFICA

Apuesta por la calidad de los cuidados

La investigación en la disciplina enfermera pretende dar respuestas a las preguntas que se nos plantean en nuestra práctica diaria en el campo de la promoción, prevención y recuperación de la salud, mejorando la oferta y calidad de servicios que prestamos en la sociedad de nuestros días, potenciando el reconocimiento social y de los otros profesionales que forman parte del equipo de salud.

Nuestra publicación pretende ser vehículo de comunicación y contribuir en el progreso científico a través de los trabajos que aquí se exponen. El objetivo prioritario es el estímulo a los profesionales de enfermería y creemos que es de la práctica asistencial desde donde nacen las cuestiones a investigar, que van a contribuir a potenciar la efectividad de nuestra labor profesional.

Desde **Numeros Científica** animamos a las profesionales de enfermería para que se atrevan a buscar respuesta a esas preguntas que se plantean en el marco de la práctica profesional, remarcando la importancia de las búsquedas bibliográficas y el método científico, como garante de credibilidad y rigor en los trabajos.

Hasta que un producto de investigación no es publicado "no es ciencia".

ARTÍCULO ORIGINAL

Es un placer poder incluir en este número de NC la conferencia inaugural impartida con ocasión de la celebración del pasado Día Internacional de la Enfermería en Cantabria.

Con el título **El rol de la Enfermería en la eliminación de las desigualdades en salud**, su autora describe el desempeño enfermero, analizado desde el derecho universal a la salud de todas las personas, el logro del acceso a la salud y la equidad en salud en el contexto de los sistemas sanitarios.

Considera, también, que la actuación profesional de la enfermera siempre ha sido más próxima a las personas, por lo tanto, debe estar implicada en los aspectos de la equidad en salud o, al menos, trabajar para reducir las inequidades existentes en este tema.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Este trabajo evalúa el estado nutricional en una consulta de enfermería de pediatría de atención primaria. La prevalencia de obesidad en la infancia y adolescencia ha experimentado un crecimiento alarmante en el curso de las tres últimas décadas, constituyendo el desorden nutricional más frecuente, no solo en las sociedades desarrolladas sino también en los países en vías de desarrollo.

La prevención activa de esta patología debe integrar los componentes dietéticos-nutricional, psicológico-psiquiátrico, familiar, actividad-condición física y desarrollarse también desde las esferas social e institucional.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Análisis del balance hídrico en enfermos con hepatopatías y restricción hídrica.— Este proyecto de investigación tiene por objeto analizar los criterios de administración de líquidos por vía oral y parenteral en pacientes con hepatopatía y ascitis.

También se valorarán los conocimientos de estos pacientes y de los profesionales de enfermería en aspectos relacionados con la restricción hídrica.

Se espera que los resultados sirvan para unificar la actuación de enfermería en la unidad en la que se atiende a estos pacientes, así como ayudarles con unas recomendaciones que mejoren su calidad de vida.

Diseño de una Escala de Valoración Integral de Enfermería (EVIDE).— El proyecto de investigación sobre el diseño de una escala de valoración de enfermería basada en las necesidades de V. Henderson y las necesidades humanas de A. Maslow, supone avanzar en su clasificación concreta para cada paciente y su cuidador principal.

Con este objetivo se conseguirá planificar cuidados individualizados y específicos, además de concretar sobre las necesidades de ayuda o suplencia.

Estudio sobre automedicación con benzodiazepinas.— Este proyecto propone un estudio en un hospital de la comunidad de Cantabria, para valorar el exceso de uso de benzodiazepinas por parte de los profesionales de enfermería, sin prescripción médica alguna y para conocer cuáles son los factores que influyen en este comportamiento.

MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

Esta sección es una constante en las inquietudes investigadoras de la enfermería profesional, al menos, así se observa en los diversos números de NC.

El trabajo que ahora se publica desarrolla la puesta en marcha de protocolos en consultas de enfermería del Hospital Laredo y el consecuente logro de beneficios para los profesionales y la mejora de la calidad de la atención para la ciudadanía.

Nota anexa: Quisiéramos pedir disculpas por el error cometido en el anterior número (NC nº 3), pues en el último trabajo sobre 'Aspectos éticos de la investigación clínica en enfermería', se incluyó el capítulo de bibliografía que no correspondía. Por esta razón lo añadimos al final de este nº 4.



ORIGINAL



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

Nuberos Científica

www.enfermeriadedcantabria.com/nuberoscientifica

CONFERENCIA:

El rol de la Enfermería en la eliminación de las desigualdades en salud

Jornada Día Internacional de la Enfermera 2011

Santander, 20 de mayo de 2011



Autora:

Angeles Cabria García

Directora del Observatorio de Salud Pública de Cantabria

Autor para correspondencia:

acabria.ospc@fmdv.org

Recibido: Mayo 2011

Aceptado: Julio 2011

Estimadas compañeras y compañeros de profesión, agradezco al Colegio de Enfermería de Cantabria la oportunidad de participar en esta jornada de celebración del Día Internacional de la Enfermera 2011, en la que celebro que el Consejo Internacional de Enfermeras haya colocado este año a la equidad en salud como tema central.

Cuando observamos la carga de la desigualdad en el mundo se nos dibuja un mapa en el que el índice de pobreza, el analfabetismo femenino o las situaciones de conflicto bélico, afectan de forma desproporcionada a las mismas regiones –África, sur de Asia, sur de América–, el llamado “sur global”. Mientras que si nos fijamos en el producto interior bruto o en los índices de profesionales médicos y de enfermería por población se nos dibuja otro mapa radicalmente opuesto, en el que son los países industrializados, norte América, Europa o Japón, Australia y Nueva Zelanda, los que se llevan la mayor parte del peso. En ese mapa de la desigualdad nos encontramos también con España y con Cantabria.

En la lucha contra la desigualdad estamos todas las profesiones implicadas y, por ello, he decidido centrar mi intervención en el rol de la enfermería y en su resolución a través de aumentar el acceso y la equidad en salud. Como ejemplos de la situación en nuestra comunidad autónoma, voy a hacer uso de algunos datos e informaciones generadas por el Observatorio de Salud Pública de Cantabria (OSPC) al que represento.

Para conocimiento de quienes aun no han estado en contacto con el OSPC o para recuerdo de quienes desde su inicio están colaborando en distintos proyectos, la entidad es una iniciativa del Gobierno de Cantabria que nació a fines de 2006 con el propósito de generar información relevante a gestores, investigadores, profesionales de la salud y a la ciudadanía, para la mejora de políticas, programas y servicios sanitarios que respondan de forma equitativa y eficiente a las necesidades de salud de la población y contribuyan a la reducción de desigualdades en salud en Cantabria. La contribución al conocimiento que plantea el OSPC va dirigida tanto a la Administración como al resto de actores participantes y a la ciudadanía en general. De esa forma se han generado dos líneas de análisis simultáneos: por un lado, de los factores determinantes de la salud y de las desigualdades en la accesibilidad a información y servicios y, por otro, de la respuesta del sistema sanitario a las necesidades en salud y a los problemas de enfermedad de la población, incluyendo los modelos de planificación de los servicios y el análisis de las prácticas del personal de salud que los integra.

El enfoque interdisciplinar e intersectorial que desarrollamos en el OSPC comienza por la propia conformación de nuestro equipo, compuesto actualmente por una médica epidemióloga, un sociólogo y una enfermera de salud pública. El OSPC cuenta además con un Comité Asesor en el que está representada una diversidad de sectores y disciplinas, incluido el Colegio de Enfermería de Cantabria y la Sociedad de Enfermería Comunitaria. Asimismo, colaboramos desde el comienzo de nuestra andadura con otros equipos multidisciplinares, tanto de Cantabria como de otras comunidades autónomas, y a nivel estatal e internacional.

Es desde este enfoque interdisciplinar desde donde quiero plantear el rol de la enfermería en la consecución de la equidad en nuestro sistema de salud. Tratar de matizar dicho rol implica

repensar los diversos ámbitos de desarrollo de la profesión y del liderazgo enfermero, desde una perspectiva de profesión no dependiente sino interdependiente con las otras disciplinas que trabajan en la salud, y no solo con la profesión médica a la que ha estado históricamente supeditada. La enfermería se está construyendo unas nuevas señas de identidad a través de la ampliación de sus horizontes y en esa línea se coloca el reto de contribuir a la eliminación de las desigualdades en salud en nuestro entorno.

Pero, ¿A qué nos referimos cuando hablamos de equidad en salud en nuestro sistema cántabro de salud? Nos referimos, para comenzar, al derecho universal a la salud de todas las personas residentes en la comunidad autónoma. El derecho a disfrutar de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) que ofrezca el acceso a la información y a los servicios de salud a través de un sistema público de salud equitativo y de calidad. Un sistema de salud que garantice a su vez el derecho de las personas a decidir sobre su salud y a participar activamente en el desarrollo de las políticas de salud.

El ejercicio de reflexión desde la enfermería, debe tratar de dar respuesta a la pregunta de qué implica trabajar por la equidad en salud o, dicho de otra forma, qué debemos de hacer desde la enfermería para superar las inequidades en salud, presentes en mayor o menor medida en todos los sistemas de salud del

mundo. En principio, supone la adopción de una visión holística de la salud y un enfoque de las prácticas en los determinantes sociales de la salud de las personas y en las desigualdades que se producen en base a los mismos. Estos determinantes incluyen el género, la edad y las generaciones, el nivel educativo, la clase socioeconómica, la situación laboral, el origen étnico y cultural, la religión, el ámbito de residencia (rural, urbano, semiurbano), los niveles de capacidades (física, intelectual, sensorial, etc.), la diversidad sexual y de género, los movimientos migratorios (desplazamientos

internos, externos, situaciones de asilo), los entornos de conflicto y violencia, y un largo etc. de posibles escenarios políticos, sociales, económicos o culturales que determinan las posibilidades reales de hombres y mujeres de todas las edades a la salud.

Sabemos que la enfermería ha sido siempre una profesión muy cercana a las personas y por lo tanto con un gran potencial de contemplar los contextos en los que se desenvuelven y viven. Para conocer la importancia que le dan los profesionales de atención primaria (tanto profesionales médicos, como de enfermería y trabajo social) a los determinantes sociales de la salud y, en concreto, sobre su conocimiento y prácticas desde una perspectiva de género en salud, llevamos a cabo desde el OSPC una encuesta a gestores, técnicos y profesionales de salud de Cantabria. Los resultados, en el caso del personal de enfermería, nos mostraron (sin diferencias significativas respecto al resto de profesionales) que existen aspectos que todavía hoy se escapan al ojo clínico de la profesión y no son considerados suficientemente a la hora de la atención. El aspecto que los profesionales de la enfermería tienen más en cuenta es la edad (96%), seguida más de lejos por el sexo (77,0%), el nivel educativo (72,3%), la ocupación (68,0%), el nivel socioeconómico (57,0%) y el origen étnico (55,0%). Lo cual nos indica que salvo la edad, el resto de determinantes sociales consultados no son suficientemente tenidos en cuenta, si consideramos la gran relevancia e impacto que tienen en la salud de

Equidad en el Sistema Cántabro de Salud es el derecho universal a la salud de todas las personas residentes en nuestra comunidad autónoma.

las personas, tal como establece la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud.

El estudio sobre *determinantes sociales la salud y acceso a servicios de la población inmigrante en Cantabria*, realizado por el OSPC desvela, por ejemplo, que en más de la mitad de los municipios de Cantabria, el 20% de inmigrantes empadronados no tienen Tarjeta Sanitaria. Junto a las problemáticas vinculadas al acceso al sistema de salud, las personas inmigrantes entrevistadas valoran que al sistema le falta empatía, adolece de escasez de sensibilidad intercultural y desconoce las situaciones que enfrentan las personas inmigrantes en sus procesos migratorios y el impacto que tienen en todas las esferas de la vida, en particular sobre la salud, además de abusar de la medicalización. Por otra parte, los discursos de los profesionales de salud en cuanto a los factores determinantes de la salud de las personas inmigrantes y, en concreto, respecto al proceso migratorio y su posible impacto en la salud, muestran diferencias relevantes de acuerdo a los distintos niveles profesionales. Mientras los profesionales médicos, de forma mayoritaria, tienden a separar la clínica que *“deben practicar como médicos”* de la atención a las demandas de los usuarios inmigrantes derivadas de los factores de orden más psicosocial asociados al proceso migratorio, los profesionales de enfermería señalan el impacto de éste en el desarreglo de toda una serie de comportamientos y hábitos (alimentarios, ejercicio físico, etc.) que pueden traducirse en ciertos problemas de salud, como pueda ser la obesidad. Por su parte, las profesionales de trabajo social apuntan a la importancia de los cambios en los contextos individual y social de las personas inmigrantes así como a sus condiciones de vida, las cuales pueden acabar siendo somatizadas y dar lugar a problemas de salud mental. Claramente, es el colectivo de trabajadoras sociales el que más relaciona los determinantes sociales con la salud de las personas inmigrantes. El resto de profesionales médicos y de enfermería, digamos que deja estas cuestiones en manos de las trabajadoras sociales, por considerar que no entran tanto en el ámbito de sus funciones. Existe por lo tanto una brecha entre lo que se considera esencial a las funciones de los profesionales de salud desde la Comisión de Determinantes de la Organización Mundial de la Salud y lo que consideran los propios profesionales.

De igual forma, el estudio sobre *los determinantes sociales de salud de la población gitana*, desarrollado por el OSPC, señala para comenzar que, de acuerdo al Ministerio de Sanidad y Consumo y a la Fundación Secretariado Gitano (2005), las personas gitanas tienen una esperanza de vida de 8 a 10 años inferior con respecto a la población española, manifiestan una peor salud percibida que la población general (solo el 10,2% de las mujeres gitanas mayores de 55 años declaran una salud buena o muy buena, frente al

38,5% de las mujeres de la población general y al 33,4% de los hombres gitanos) y muestran peores indicadores generales de salud. En este contexto, es absolutamente prioritario tener en cuenta que la pertenencia a la comunidad gitana es el mayor factor de riesgo asociado a la exclusión social, la cual a su vez tiene un reconocido impacto en la salud, ocupando el 12% del espacio social de la exclusión severa (considerando que la población gitana representa el 2% de la población total en España), y que el nivel de estudios de la población gitana cántabra es más bajo que en el resto de España y la brecha de género es aun mayor. No tienen estudios reglados terminados el 44,81% de las personas gitanas (66,50% de mujeres y 31,40% de los hombres).

Hay mucho, como podemos apreciar, para evaluar, aprender e implementar, en el contexto de nuestra comunidad autónoma. Dentro de un orden de prioridades, la evidencia nos indica que precisamos adoptar, en general, un modelo más biopsicosocial de la salud, desde el que poder valorar, por ejemplo, en el caso de la población inmigrante, el impacto de los procesos migratorios en las personas, de acuerdo al género y su relación con otros determinantes sociales (irregularidad administrativa, precariedad laboral y económica, marginalización social y cultural, alejamiento familiar, discriminación racial, etc.). El impacto de la ac-

ulturación en las relaciones de género, el impacto del duelo migratorio (los cambios, las pérdidas) en la salud mental, o las diferentes necesidades informativas (sobre el sistema de salud y sobre el sistema en general) de la diversidad de colectivos inmigrantes.

La experiencia de los estudios con población inmigrante y con población gitana nos ha aportado importantes aprendizajes y recomendaciones sobre las culturas y necesidades de dichos colectivos, así como sobre la cultura del sistema sanitario y sus necesidades para dar respuesta a las situaciones de desigualdad en salud y acceso a servicios. Pero, fundamentalmente, ambos estudios desvelan claves comunes que deben ser tratadas de forma conjunta, ya que en parte responden a creencias y falencias del sistema, que han estado presentes por largo tiempo y que también han afectado, por ejemplo, a la población autóctona no gitana de origen rural. Por otro lado, estos estudios muestran asimismo cómo el personal sanitario tiende en general a responder a las crisis y tensiones que emergen en el sistema de forma más adaptativa que reflexiva o cuestionadora.

Un sistema equitativo no es aquel que trata a todo el mundo por igual, sino el que trata a las personas de acuerdo a sus necesidades. Precisamos, por ello, fomentar la sensibilidad y conocimiento intercultural de los profesionales del sistema, así como desarrollar nuevas estrategias de comunicación con la diversidad de población a la que tratamos. Como decíamos al inicio, la profe-

Los estudios con población inmigrante y con población gitana han aportado importantes aprendizajes y recomendaciones sobre las culturas y necesidades de dichos colectivos, así como sobre la cultura del sistema sanitario y sus necesidades para dar respuesta a las situaciones de desigualdad en salud y acceso a servicios.

¹ Las clases obtenidas a partir de la ocupación actual son: I) Directivos de la administración pública y de empresas de 10 o más asalariados. Profesiones asociadas a titulaciones de segundo y tercer ciclo universitario. II) Directivos de empresas con menos de 10 trabajadores. Profesiones asociadas a titulaciones de primer ciclo universitario. Técnicos superiores. Artistas y deportistas. III) Empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores de los servicios personales y de seguridad. Trabajadores por cuenta propia. Supervisores de trabajadores manuales. IV(a/b)) Trabajadores manuales cualificados/semicualificados. V) Trabajadores no cualificados.

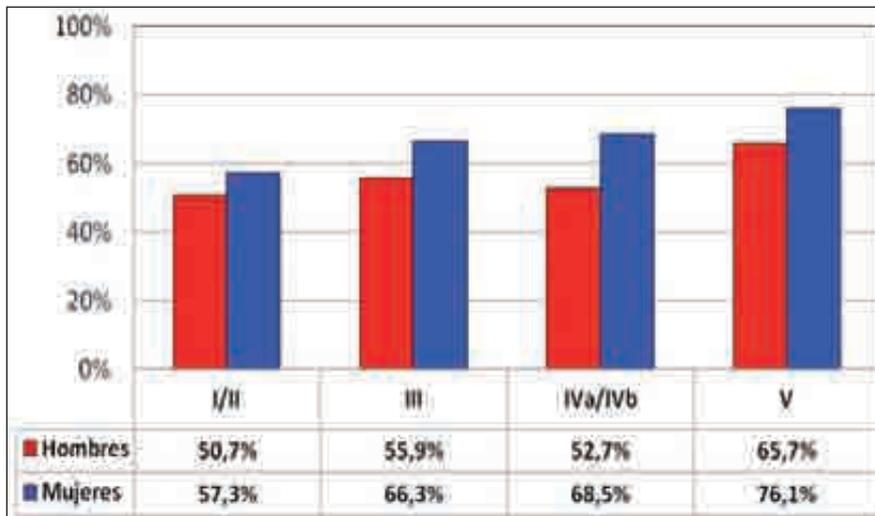


Gráfico. Problemas de salud crónicos o de larga duración diagnosticados, alguna vez, por sexo y clase social. Elaborado por el OSPC.

sión enfermera como el resto de profesiones sanitarias, es interdependiente y, por tanto, su labor debe de ejercerse de forma interdisciplinar e intersectorialmente. No todos los problemas de salud tienen una solución en el ámbito de los servicios sanitarios. Muchas veces están relacionados a las tareas que desarrollamos, al aire que respiramos o a las condiciones estructurales del barrio en el que vivimos, por lo que las soluciones deben de encontrarse en coordinación con los sectores relacionados.

El análisis de la *encuesta de salud de Cantabria 2006*, realizado por el OSPC, muestra diferencias significativas entre hombres y mujeres que evidencia que el sexo y la clase socioeconómica de pertenencia, entre otros factores, tienen una clara influencia en la salud de las personas. Concretamente, y sirva solo como ejemplo de lo que se da como un patrón a lo largo de la encuesta, los problemas de salud crónicos diagnosticados aumentan a medida que disminuye el nivel socioeconómico de las personas, fundamentalmente en las mujeres, como se observa en el gráfico¹. En todas las clases sociales, las mujeres sufren más problemas crónicos de salud que los hombres. Desde un análisis de género podríamos especular que estos problemas puedan estar relacionados, entre otras cosas, a las tareas que se desempeñan en la vida diaria.

Sin embargo, el análisis del exceso de peso en la población cántabra nos muestra un patrón contrario respecto al sexo al de las enfermedades crónicas, en el que son los hombres quienes presentan mayor sobrepeso y obesidad que las mujeres. El análisis a nivel territorial nos muestra diferencias significativas de acuerdo al tamaño de residencia en el que se vive (independientemente de que se trate de diferencias en el acceso a información o de la cultura alimentaria y estilos de vida), siendo los municipios más pequeños los que detentan en general el mayor índice de sobrepeso y obesidad, como se observa en el mapa de Cantabria por áreas sanitarias y tamaño de municipio².

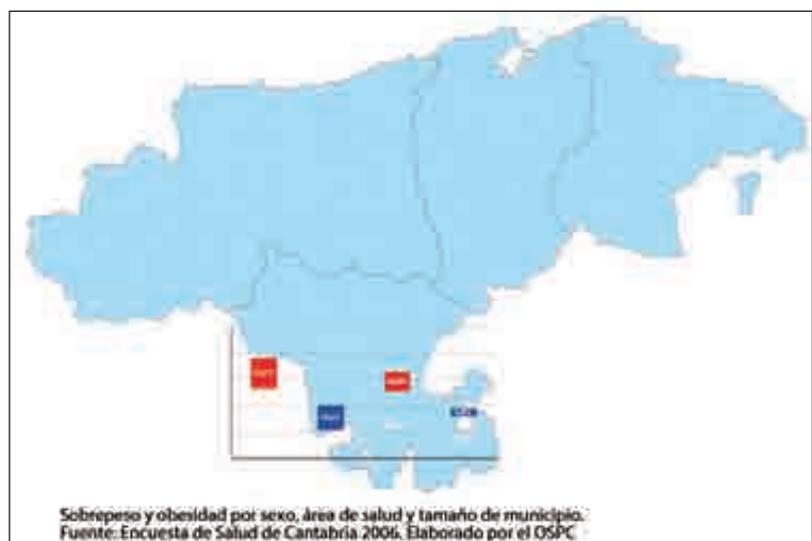
La encuesta de salud nos permite asimismo acercarnos a las diferencias entre hombres y muje-

res en materia de trabajo reproductivo, es decir a aquellas actividades relacionadas al cuidado del hogar y de la familia. En todas ellas, el análisis muestra una importante mayor dedicación de las mujeres que de los hombres. Por ejemplo, el 53,9% de las mujeres y el 6,4% de los hombres se dedican solas y solos a las tareas del hogar, mientras que al cuidado de menores lo hacen solas las mujeres en un 38,5% frente al 1,4% de hombres. Podríamos, a la vista de estos datos, seguir especulando desde una visión de género, sobre la relación entre las tareas que se desempeñan diariamente y el estado de salud general de las personas.

El conocimiento de todos estos factores que determinan la salud de la población nos permite hacer una reflexión más profunda sobre lo que supone trabajar por el cambio y la mejora de la atención a la diversidad de las necesidades dentro del sistema sanitario. Mejorar y transformar la realidad implica, en primer lugar, internalizar la necesidad de integrar un enfoque en determinantes sociales de la salud, de género e interculturalidad, en nuestras prácticas diarias, así como continuar formándonos y contribuir a la sensibilización y formación de los distintos colectivos profesionales, fomentando y demandando para la enfermería espacios de participación en el desarrollo de las políticas de salud y evaluando nuestras actuaciones y los servicios, programas o políticas, en las que se enmarcan. Todo ello requiere, obviamente, del compromiso y apoyo político que nos permita y facilite avanzar en ese sentido.

La enfermería tiene, junto al resto de profesionales sanitarios y en coordinación con los otros sectores sociales, un papel primordial en movilizar la maquinaria del sistema para garantizar el derecho equitativo a la salud de la diversidad de la población cántabra.

Muchas gracias y esperamos poder continuar colaborando con el Colegio de Enfermería y con todo el sector de profesionales en futuros proyectos. Estamos a vuestra disposición.



² Tamaño de municipio.- Pequeño: menor o igual a 10.000 habitantes. Mediano: de 10.001 a 50.000 habitantes. Grande: de 50.001 a 400.000 habitantes.



TRABAJO DE INVESTIGACION



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Estudio transversal para la evaluación del Estado Nutricional en una consulta de Enfermería de Pediatria de Atención Primaria según los nuevos criterios de la OMS

Premio de Investigación
'Sor Clara' 2011 del Colegio
de Enfermería de Cantabria



Autores:

José M^a Andrés Carreira^(*)
Soraya Cirillo Iburgüen y
Marina Rosa Ortiz Otero

^(*)Centro de Salud de Vargas

Autor para correspondencia:
chema_arenillas@hotmail.com

Recibido: Julio 2011

Aceptado: Septiembre 2011

Resumen:

Estudio transversal realizado en un Centro de Atención Primaria durante los cuatro primeros meses del año 2011 en sujetos de 2 a 16 años de edad (317 niños y 289 niñas). Se realizaron mediciones antropométricas según técnica estándar y se calculó el índice de masa corporal que permitió clasificar el estado nutricional (Pág. Web de la OMS) de los sujetos como delgadez, normalidad, sobrepeso y obesidad. La interpretación del IMC se hizo de acuerdo con los nuevos criterios publicados por la OMS.

La prevalencia de la delgadez fue del 1,7% (IC-95%: 0,9 a 3,0), del sobrepeso 25,1% (IC-95%: 21,8 a 28,7), de la obesidad 7,8% (IC-95%: 5,9 a 10,2) y del exceso de peso 32,8% (IC-95%: 29,2 a 36,7).

Dada la elevada prevalencia del exceso de peso detectado en este estudio, aplicando los criterios que aconseja actualmente la OMS, se hace necesaria la implicación de la enfermera de Atención Primaria en la prevención y el tratamiento de este problema.

Palabras clave:

- Índice de masa corporal.
- IMC.
- Peso.
- Talla.
- Perímetro cefálico.
- Medidas antropométricas.
- Delgadez.
- Sobrepeso.
- Obesidad.
- Exceso de peso.
- Estado nutricional.
- Criterios OMS.
- Lactancia materna.

Abstract:

Cross-sectional study carried out in a primary care center from January to March of year 2011 in subjects of [2, 16] years of age (317 boys and 289 girls). They were measured according to standard technique and calculated the BMI which allowed classify the nutritional status (web page of WHO) of subjects such as thinness, normal, overweight and obesity. The interpretation of BMI was made in accordance with the criteria published by WHO.

Thinness prevalence was the 1,7% (IC-95%: 0,9 a 3,0), overweight 25,1% (CI-95%: 21,8 to 28,7), obesity 7,8% (CI-95%: 5,9 to 10,2) and excess weight 32,8% (CI-95%: 29,2 to 36,7).

Due to the prevalence of the excess weight detected in this study, applying the criteria that currently the WHO recommend, it is necessary the implication of the Primary Attention nurse in the prevention and the treatment of this problem.

Keywords:

- Body index mass.
- BMI.
- Weight.
- Height.
- Cephalic circumference.
- Anthropometric measures.
- Thinness.
- Overweight.
- Obesity.
- Nutritional status.
- WHO.
- Breast feeding.

1- INTRODUCCIÓN

El crecimiento del niño es un indicador muy sensible de su estado de nutrición¹, por lo que su control y valoración es una tarea muy importante en Enfermería de Atención Primaria. Con mucha frecuencia el crecimiento deficiente se debe a una alimentación insuficiente, sobre todo en países menos desarrollados. Bien distinta es la situación en países desarrollados y, concretamente en nuestra sociedad actual, se observa un aumento del exceso de peso por aumento de la masa grasa corporal, que en la práctica clínica habitual se valora mediante el índice de masa corporal (IMC)^{2,3}; para lo cual la Enfermería de Atención Primaria, tras pesar y medir, debe calcular el IMC e interpretar adecuadamente dichos valores, utilizando las gráficas de crecimiento⁴, ya que el examen clínico sin mediciones antropométricas («a simple vista») es muy impreciso.

Los problemas derivados de la obesidad no se restringen solo a la época adulta; en la infancia también existen muchos problemas de salud relacionados con la obesidad: asma, problemas ortopédicos, falta de autoestima, ...

El exceso de peso es la epidemia del siglo XXI⁵, que afecta tanto a países desarrollados⁶ como a los que están en vías de desarrollo⁷, por lo que la OMS empezó a aconsejar que se investigase este problema, al que catalogó como el mayor problema de salud pública al que se enfrenta el mundo⁸. Esta epidemia implica un importante consumo de recursos económicos y sanitarios. En este sentido, en nuestro país el coste de la obesidad y sus patologías asociadas representa un coste de 2.000 millones de euros, lo que

equivale al 7 % del total de gastos del Sistema Nacional de Salud⁹.

En la mayoría de los países se ha observado un incremento de la prevalencia de la obesidad en los últimos 25 años¹⁰, de manera que se ha convertido en un problema de salud pública, en el que se debe actuar con sentido común, es decir, mediante programas que fomenten la actividad física¹¹ y la disminución de la ingesta calórica¹². Este tipo de programas, que pretenden crear hábitos saludables, deben durar más de 6-12 meses y pueden llevarse a cabo en los ámbitos educativo, comunitario y sanitario. En este último ámbito, la Enfermería de Atención Primaria debe jugar un papel fundamental por su gran accesibilidad y porque sus consejos son muy bien valorados y aceptados por las familias.

No solo la prevalencia del sobrepeso y obesidad está creciendo en la Unión Europea (UE), sino que también las tasas anuales –en el sobrepeso (aproximadamente un 2% anual) y en la obesidad (aproximadamente un 0,5% al año)– Figura 1¹³

Se piensa que la incidencia creciente de la obesidad y de las múltiples comorbilidades que la acompañan, van a llevar a la generación actual de niños a ser la primera que tenga una expectativa de vida menor que la de sus padres¹⁴, pese al desarrollo tecnológico y médico actual. La Internacional Obesity Task Force (IOTF)¹⁵, en 2010 estima que 200 millones de niños en edad escolar de todo el mundo tienen exceso de peso y, de ellos, 40-50 millones son obesos y que en la UE hay 12 millones de niños en edad escolar con exceso de peso (sobrepeso u obesidad). El estado actual del exceso de peso en el mundo se puede consultar en la página Web de IOTF.

En cuanto a la prevalencia global en el mundo, encabeza el

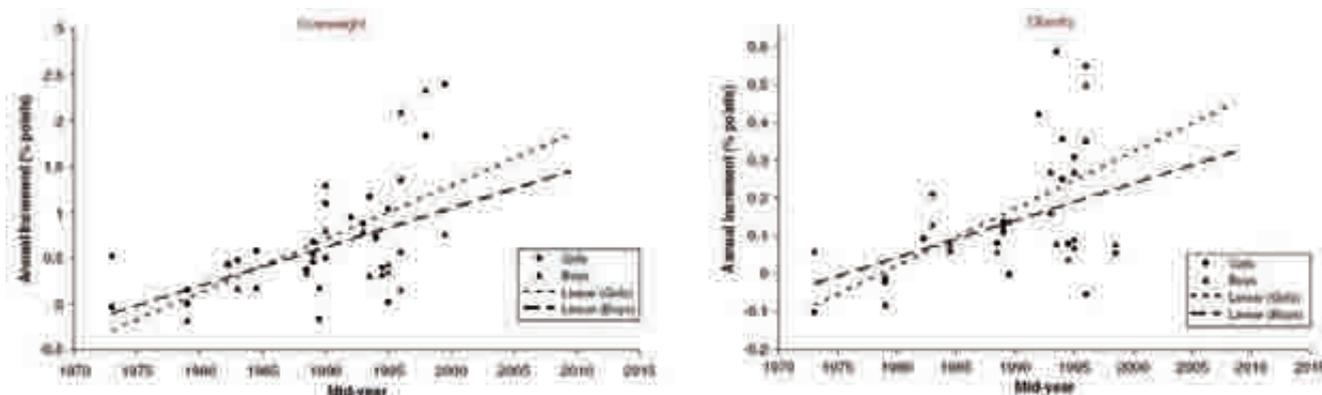


Figura 1: Incremento de las tasas de prevalencia del sobrepeso (a la izquierda) y de la obesidad (a la derecha). Tomado de Leach y Lobstein (2006).

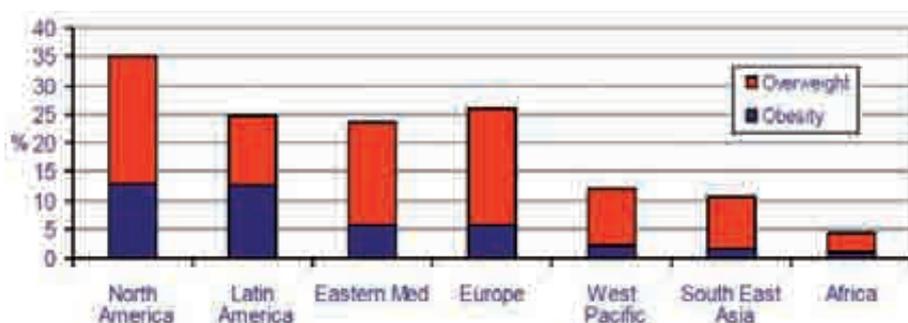


Figura 2: Prevalencia de SO + OB en el mundo en 2008 (Modificado de James y Leach).

ranking Estados Unidos, pero Europa se está acercando. (Figura 2)

El aumento de prevalencia observado en otros países también se ha evidenciado en España. Así, el estudio PAIDOS¹⁶, realizado en 1984 en niños de 6 a 12 años de edad, puso de manifiesto una prevalencia de la obesidad del 4,9%. Tres lustros más tarde, el estudio ENKID¹⁷ evidenció una prevalencia de sobrepeso (SO) en el 12,4% y de obesidad (OB) en el 13,9%. Un par de años más tarde, el estudio AVENA¹⁸ (en el que participó Cantabria) puso de manifiesto que la prevalencia del exceso de peso (EP=SO+OB) era similar a la del estudio ENKID, pero evidenció que era superior en los adolescentes varones (25,7%) que en las mujeres (19,1%). La Encuesta Nacional de Salud de 2010¹⁹ mostró una prevalencia del 19,2% para el SO y del 9,4% para la OB. Estos estudios han evidenciado la misma tendencia creciente en nuestro país que la observada en otros países de nuestro entorno.

En la Comunidad de Cantabria, la ENS-2006²⁰ puso de manifiesto una prevalencia de SO en los chicos del 23,85%, algo superior al 17,93% de las chicas, mientras que la prevalencia de la OB fue similar en ambos sexos, el 7,01%. También los escasos estudios existentes en nuestra Comunidad sobre prevalencia están de acuerdo que esta tendencia es creciente. Así el estudio de Redondo et al.²¹, realizado en una muestra representativa de 787 niños de 2 a 14 años utilizando los puntos de corte de la International Obesity Task Force (IOTF) obtuvo una prevalencia de SO del 24,1% (IC-95%: 21,3 a 27,3) y una prevalencia de OB del 4,6% (IC-95%: 3,3 a 6,3%). Otro estudio realizado 10 años más tarde²², en una muestra de 297 adolescentes de 10 a 17 años, encontró una prevalencia de SO del 27,6% (IC-95%: 22,8 a 33,0%) y de OB del 6,7% (IC-95%: 4,4

a 10,2%). Es decir, se evidenció que en Cantabria también se está produciendo un incremento en la prevalencia del EP.

Los estudios que investigan la tendencia del exceso de peso en países europeos son bastante heterogéneos en cuanto a su metodología, calidad y comparabilidad de los datos y persisten las ausencias de datos de subgrupos socio-demográficos²³. Cada vez se utilizan más los criterios IOTF que permiten comparar unos estudios con otros, aunque algunos autores dicen que estos criterios

IOTF subestiman la obesidad de los niños españoles²⁴. Otros estudios en niños europeos abogan por utilizar las curvas de la OMS, con puntos de corte en 1, 2 y 3 desviaciones estándar, que arrojan menores tasas y remueve las diferencias de género²⁵.

Se dice que la lactancia materna (LM) proporciona la nutrición óptima para el lactante y que sus beneficios no solo se manifiestan en la época de la lactancia, sino que se extienden a épocas futuras^{26,27}, ya que el «programming» de los genes que influirán en el metabolismo se realiza en la época fetal y esta primera fase de la vida extrauterina. Un metaanálisis de Horta et al. publicado por la OMS²⁸, tras el análisis de 39 estudios, en uno o ambos sexos, concluyó que la LM puede tener un pequeño efecto protector, sobre todo frente a la OB más que al SO¹.

En vista de estas variaciones en la prevalencia, su tendencia creciente en el mundo desarrollado y la falta de datos actuales en nuestra comunidad, se decidió estudiar la prevalencia del exceso de peso en una consulta de enfermería pediátrica de Atención Primaria.

2- OBJETIVOS:

Objetivo General:

Este estudio se ha diseñado para conocer la situación actual de la prevalencia del exceso de peso en una consulta de enfermería de pediatría de Atención Primaria. Para lo que se utilizarán los criterios publicados por la Organización Mundial de la Salud.

Los autores concluyeron: «The evidence suggests that breastfeeding may have a small protective effect on the prevalence of obesity. In spite of the evidence of publication bias, a protective effect of breastfeeding was still observed among the larger studies (>1500 participants), suggesting that this association was not due to publication bias. With respect to confounding, studies that controlled for socioeconomic status and parental anthropometry also reported that breastfeeding was associated with a lower prevalence of obesity. This effect seems to be more important against obesity than against overweight».

Objetivos específicos:

1. Evaluar la prevalencia global según el sexo y las prevalencias de la delgadez, del sobrepeso y de la obesidad.
2. Evaluar la asociación entre el exceso de peso y la procedencia.
3. Y evaluar la influencia del estado nutricional al nacer y la lactancia materna en la prevalencia del exceso de peso.

3- METODOLOGÍA (PERSONAS Y MÉTODOS)

Marco de referencia. El Centro de Atención Primaria (CAP) VARGAS es un CAP urbano situado en el centro de la ciudad de Santander, en el que se atienden a 33.860 personas por un equipo de 56 profesionales (18 médicos de familia, 3 pediatras, 1 odontólogo, 17 enfermeras, 2 matronas, 2 fisioterapeutas, 1 trabajador social, 2 auxiliares de clínica, 9 auxiliares administrativos y 1 celador).

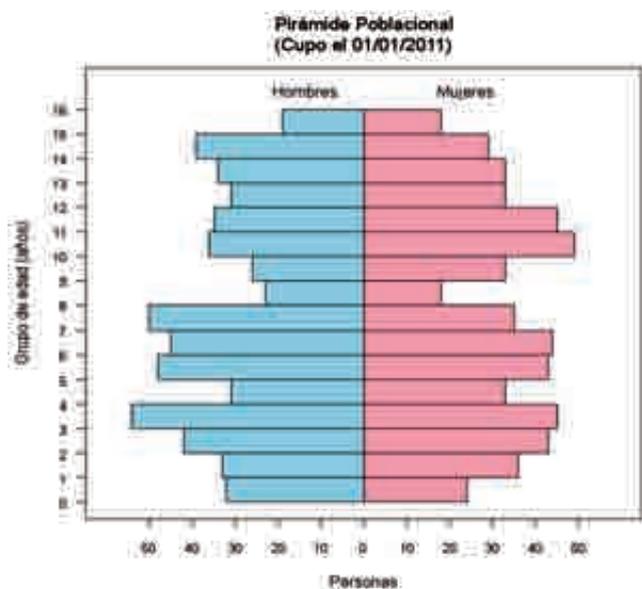


Figura 3: Pirámide de población en forma de «tonel» de uno de los cupos pediátricos del CAP VARGAS formada por 1.139 niños, 578 chicos y 561 chicas.

Al comienzo del año 2011, uno de los tres cupos de pediatría del CAP VARGAS estaba formado por 1.139 personas menores de 16 años de edad, 578 chicos (50,7%) y 561 mujeres (49,3%), cuya

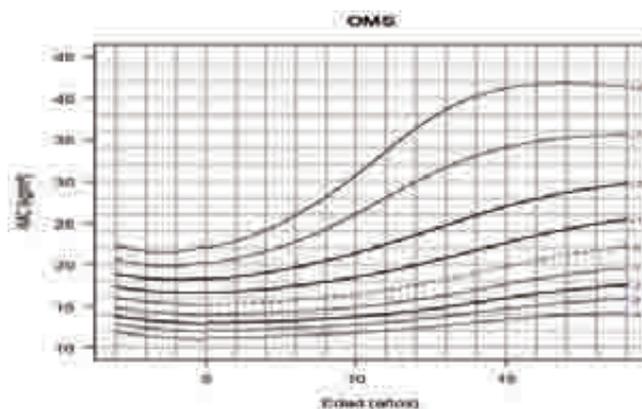


Figura 4: Curvas de la OMS [Pág. Web]. Se presentan las curvas de Z-scores correspondientes a -4DE, -3DE, -2DE, -1DE, 0DE, +1SD, +2DE, +3DE y +4DE. La imagen de la izquierda corresponde a chicos y la de la derecha a chicas. Las curvas correspondientes a los tres límites que diferencian entre los cuatro estadios (DE, NO, SO, OB) están en negrita.

distribución etaria se presenta en la Figura 3, en la que no se aprecia la típica «pirámide», sino una forma de «tonel» causada por una disminución en el número de niños en los últimos años.

VARIABLES. Durante el primer cuatrimestre del año 2011 se realizaron mediciones antropométricas a los niños de este cupo que acudieron al CAP. Estas mediciones consistieron en la determinación del peso, talla y perímetro cefálico. También se registró la procedencia de los niños, distinguiendo entre: españoles, gitanos (españoles, pero con una mayor tendencia a acumular grasa), latinoamericanos (con alta tendencia a la obesidad), europeos (fundamentalmente de los países del Este de Europa, con menor tendencia a la obesidad respecto a los niños españoles), africanos y asiáticos. Cuando no coincidía la procedencia de ambos padres, se registraba la de la madre. Finalmente se registraba el peso (g), la talla (cm) y el perímetro cefálico (cm) al nacer y la duración (días) de la lactancia materna recibida.

La determinación del peso se realizó tras colocar al niño, desnudo o con muy poca ropa, en el centro de la placa de una báscula Seca^T (precisión de 50 g) y calibrada con frecuencia. La medición de la talla se realizó colocando al niño descalzo con los talones en el borde posterior de la placa, los pies juntos, las rodillas bien extendidas, apoyando en la barra vertical del tallímetro (precisión de 1 mm) las nalgas, la espalda y la nuca. La cabeza bien recta, la mirada en horizontal para que se adaptara al plano de Frankfurt y apoyando la pieza móvil en la parte más elevada de la cabeza. La medición del perímetro cefálico se hizo con una cinta métrica inextensible (precisión de 1 mm) colocándola en la frente, inmediatamente por encima de las cejas, y rodeando toda la cabeza, ajustándola un poco para arriba o para abajo con el fin de conseguir el mayor perímetro cefálico.

Los datos se almacenaron en un fichero Excel, en el que se implementaron distintos mecanismos lógicos que impedían la introducción de valores erróneos.

Los datos se analizaron con el programa R [29], para lo cual primero se recuperaban los datos desde el fichero Excel y se creaban nuevas variables derivadas.

Las variables almacenadas en la BdD eran: **a) la edad** del sujeto en el momento de la antropometría expresada como una variable continua, calculada como la diferencia entre la fecha de la exploración y la fecha de nacimiento, con una precisión de tres decimales; **b) el IMC** expresado como una variable numérica continua medida en $\text{kg}\cdot\text{m}^{-2}$, calculado dividiendo el peso (kg) entre la talla (m) elevada al cuadrado **c) la valoración del IMC**

aplicando los criterios adoptados por la OMS (Figura 4), en el que se define como obesidad (OB) a todo IMC igual o superior a +2 desviaciones estándar (DE), sobrepeso (SO) a todo IMC igual o superior a +1 DE y menor de +2DE, normalidad entre menor de +1DE e igual o superior a -2DE y delgadez a todo IMC menor de -2DE ; **d) el código de información del paciente (CIP)**, formado por la fecha de nacimiento, las iniciales de los apellidos y nombre y el sexo. Se trata de un código anónimo que permite al investigador tener identificado al sujeto examinado, sin tener que incluir su nombre en la BdD, con el fin de respetar la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal; **e) la edad categorizada** en cuatro grupos, de [2, 5), [5, 10), [10, 13) y [13, 16) (el paréntesis cuadrado indica que incluye dicho valor y el paréntesis curvo que ese valor no está incluido); **f) el IMC categorizado** en cuatro grupos: delgadez (DE), normalidad (NO), sobrepeso (SO) y obesidad (OB), y **g) se calculó el año de nacimiento**.

Estas nuevas curvas quieren reunificar y consensuar las múltiples curvas que se están utilizando actualmente. El estudio se hizo a nivel mundial y muestra el crecimiento infantil idóneo para poder comparar entre diferentes países.

Métodos estadísticos. Con el fin de determinar la prevalencia del exceso de peso en esta consulta (hasta ahora desconocida) con una precisión del 2,5% y un nivel de confianza del 95%, asumiendo un muestreo sin reemplazo y corrección por población finita, se calculó el tamaño muestral necesario en 589 niños (Tabla 1), para lo que se utilizó la siguiente fórmula, que presupone una corrección por población finita:

$$n = \frac{N z^2 p(1-p)}{i^2 (N-1) + z^2 p(1-p)}$$

TM necesario para estimar una proporción:

Prueba	bilateral
Nivel de significación (z)	0,05 (1,959964)
Precisión de la estimación	2,5%
Porcentaje de pérdidas	10%
Tamaño de la población general	1.014
Proporción estimada	0,35
TAMAÑO MUESTRAL total	654

Figura 1: Cálculo del tamaño muestral.

Assumiendo un 10% de pérdidas, se tenían que evaluar 654 niños y adolescentes, por lo que se estimó en cuatro meses el trabajo de campo necesario para lograr el TM calculado, es decir, durante todo el primer cuatrimestre del año 2011.

La estadística descriptiva de las variables cualitativas se realizó mediante la descripción de las proporciones de cada una de sus categorías e intervalos de confianza del 95% calculados por el método recomendado de Wilson. La prevalencia se expresa en porcentaje. La estadística descriptiva de las variables numéricas se realizó mediante la media y DE si seguían una ley normal comprobada con la prueba de Shapiro-Wilk y, si no la seguían, se describía mediante la mediana y el rango intercuartílico. Para valorar la asociación de dos variables cualitativas se utilizó la prueba de ji-cuadrado. Para comparar dos medias se utilizó el análisis de la variancia o la prueba de Mann-Whitney si no se cumplían las

condiciones de aplicación y, cuando se compararon más de dos medias se utilizó el ANOVA o la prueba de Kruskal-Wallis. La fuerza de la asociación de los factores estudiados con la variable dependiente se valoró mediante la odds ratio (OR) y su intervalo de confianza del 95% se calcula utilizando el paquete Epi [30] para el programa R, con la función twoby2().

Antes de comenzar el análisis de los datos se procedió a eliminar:

- a) 24 sujetos no pertenecientes al cupo.
- b) 50 registros duplicados (ya que a algunos niños se les exploró en más de una ocasión durante el tiempo de estudio); quedando un total de 606 antropometrías válidas (102,9% del TM calculado) para el análisis estadístico, aunque estas pérdidas fueron del 10,9% (un 0,9% más de las supuestas en el cálculo del TM).

El reclutamiento fue competitivo, es decir, se exploraron cada día todos los sujetos que era posible, entre los que acudían a la consulta, sin que interfirieran en la práctica de la misma, aproximadamente unos 10 cada día.

Para poder valorar la aleatoriedad del estudio, en la Tabla 2 se presenta la distribución de la población de referencia (es decir, la asignada al cupo) y de la población examinada, según año de nacimiento y sexo, después de excluir a los 55 niños y las 60 niñas nacidas en los años 2009 y 2010 y, por tanto, con menos de dos años de edad (el único criterio de participación en este estudio era tener cumplidos los 2 años de edad al inicio del año 2011).

Año de nacimiento	Población asignada		Población examinada			
	Chicos	Chicas	Chicos	%	Chicas	%
1995	19	18	12	63,2	15	83,3
1996	39	29	26	66,7	16	55,2
1997	34	33	19	55,9	20	60,6
1998	31	33	18	58,1	17	51,5
1999	35	45	28	80,0	23	51,1
2000	36	49	15	41,7	21	42,9
2001	26	33	11	42,3	21	63,6
2002	23	18	14	60,9	11	61,1
2003	50	35	27	54,0	16	45,7
2004	45	44	25	55,6	27	61,4
2005	48	43	40	83,3	27	62,8
2006	31	33	21	67,7	23	69,7
2007	54	45	37	68,5	33	73,3
2008	42	43	24	57,1	19	44,2
Total	513	501	317	61,8	289	57,7

Tabla 2: Distribución de los sujetos en las poblaciones de referencia y explorada según año de nacimiento y sexo.

En esta tabla se puede comprobar que no hay diferencias entre el número de sujetos explorados por sexo y año de nacimiento ($\chi^2=12,79$; $gl=13$; $p=0,464$), lo que permite agrupar ambos sexos y comprobar que los explorados, por cada año de nacimiento, siguen la misma distribución que la población asignada ($\chi^2=14,46$; $gl=13$; $p=0,342$); lo que nos permite afirmar que el reclutamiento competitivo no introdujo ningún sesgo.

Aspectos éticos. Durante todo el estudio, los investigadores se

adhirieron a las Normas de Buena Práctica Clínica³¹ y a los principios de la Declaración de Helsinki³². Debido a que el estudio se desarrolló en el entorno de la práctica habitual, no se consideró necesario la solicitud de un consentimiento firmado, ya que únicamente se recogieron datos informativos de las historias clínicas tras eliminar la posibilidad de identificar a los sujetos, en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. Además, tras la depuración de la base de datos, se eliminó de la misma el campo CIP, es decir el que contenía la fecha de nacimiento, iniciales y sexo, para que no quedase ningún rastro identificativo de los sujetos. Si, tras la valoración, se observaba alguna desviación del estado nutricional normal, se le ofrecía al sujeto una actuación específica según la práctica clínica habitual (y que no es objeto de este estudio).

4- RESULTADOS

Exploraciones auxométricas. Durante el primer cuatrimestre del año 2011 se realizaron 606 auxometrías válidas, es decir se examinó al 59,8% (IC-95%: 56,7 a 62,7%) del total de la población asignada al cupo, con una distribución no uniforme según año de nacimiento, como resultado de la diferente frecuentación de los sujetos a lo largo de la edad pediátrica (Figura 5).

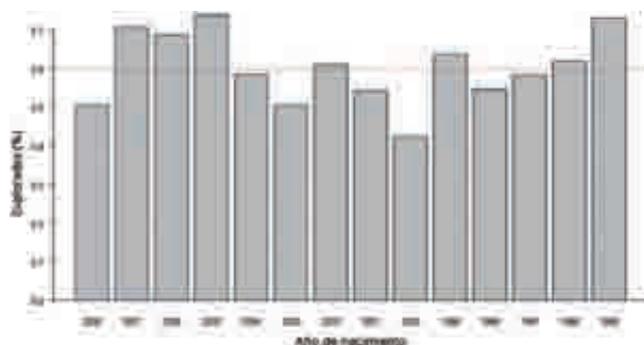


Figura 5: Representación gráfica del porcentaje de niños explorados según el año de nacimiento de los 1.139 niños asignados al cupo del investigador.

Cuando se analizan las exploraciones antropométricas, distribuidas según sexo y grandes grupos de edad, se encuentra que no hay diferencias significativas ($t^2=1,03$; $p=0,794$), es decir que dichas exploraciones se distribuyeron de manera similar (Tabla 3).

Grupos de edad	Chicos	Chicas
Niños [2, 6) años	116	97
Niños [6, 10) años	81	75
Adolescentes [10, 13) años	62	65
Adolescentes [13, 16) años	58	52
Total	317	289

Tabla 3: Distribución de los niños explorados según sexo y grandes grupos de edad.

IMC. Teniendo en consideración la clasificación de la OMS en 10 categorías, la distribución del IMC según el año de nacimiento se presenta en la Tabla 4, en la que se puede apreciar que la prevalencia de la delgadez grado 3 es 0,0% (IC-95%: 0,0% a 0,6%), de la delgadez grado 2 es 0,0% (IC-95%: 0,0% a 0,6%), de la delgadez grado 1 es 1,7% (IC-95%: 0,9% a 3,0%), del sobrepeso es 25.1% (IC-95%: 21.8% a 28.7%), de la obesidad grado 1 es 6,1% (IC-95%:

Año nac.	Delgadez			Normalidad			SO	Obesidad		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1995	0	0	2	2	5	10	7	1	0	0
1996	0	0	0	0	11	22	7	2	0	0
1997	0	0	1	1	6	12	13	4	2	0
1998	0	0	1	6	9	8	10	1	0	0
1999	0	0	1	3	13	16	16	2	0	0
2000	0	0	0	3	3	7	17	6	0	0
2001	0	0	1	2	6	10	11	2	0	0
2002	0	0	1	1	5	10	3	4	1	0
2003	0	0	0	3	8	16	13	2	1	0
2004	0	0	1	5	7	22	14	2	1	0
2005	0	0	0	6	17	21	15	5	3	0
2006	0	0	1	3	13	17	8	2	0	0
2007	0	0	0	8	25	20	11	4	2	0
2008	0	0	1	5	8	22	7	0	0	0
	0	0	10	48	136	213	152	37	10	0

Tabla 4: Distribución de los sujetos (317 niños y 289 niñas) según el año de nacimiento y su IMC categorizado según la OMS y agrupado en 4 categorías (0+1+2=Delgadez, 3+4+5=Normalidad, 6=Sobrepeso y 7+8+9=Obesidad).

4,5% a 8,3%), de la obesidad grado 2 es 1,7% (IC-95%: 0,9% a 3,0%), de la obesidad grado 3 es 0,0% (IC-95%: 0,0% a 0,6%).

Si se agrupan las categorías para mantener únicamente cuatro grandes grupos: delgadez, normalidad, sobrepeso y obesidad, los resultados se recogen en la Figura 6.

IMC según edad y sexo. La representación gráfica del IMC se-

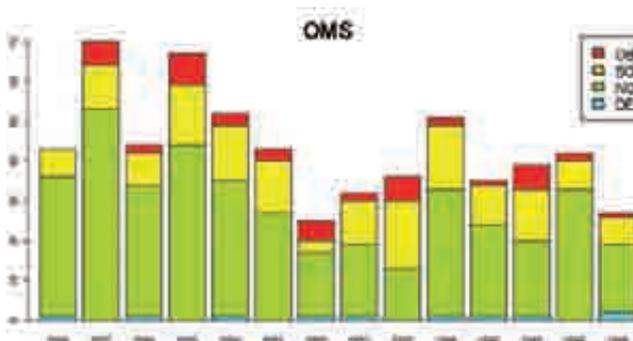


Figura 6: Gráfico de barras de la distribución de los sujetos según su año de nacimiento e IMC, éste último categorizado como delgadez (DE), normalidad (NO), sobrepeso (SO) y obesidad (OB).

gún la edad y el sexo de los sujetos explorados se presenta en la Figura 7, en la que se puede ver que predominan los de un estado nutricional normal, tanto chicos como chicas.

Prevalencia global. Si clasificamos el estado nutricional en cuatro grandes categorías (delgadez, normalidad, sobrepeso y obesidad), la prevalencia global de la delgadez, del sobrepeso, de la obesidad y del exceso de peso (sobrepeso más obesidad), aplicando los criterios de la OMS, se recoge en la Figura 8 y Tabla 5, donde se aprecia que la prevalencia del exceso de peso alcanza una cifra preocupante (32,8%, IC-95%: 29,2% a 36,7%).

Prevalencia global por sexo. Más interesante es describir el estado nutricional (las cuatro categorías del IMC) según el sexo (Figura 9 y Tabla 6). En dicha figura se aprecia una distribución de las distintas categorías del estado nutricional bastante similar en ambos sexos, sin diferencias estadísticamente significativas ($t^2=6,57$; $p=0,087$).

Prevalencia de la delgadez. Se encontraron 10 con delgadez sobre un total de 606, es decir que la prevalencia de la delgadez es del 1,7% (IC-95%: del 0,9 a 3,0%).

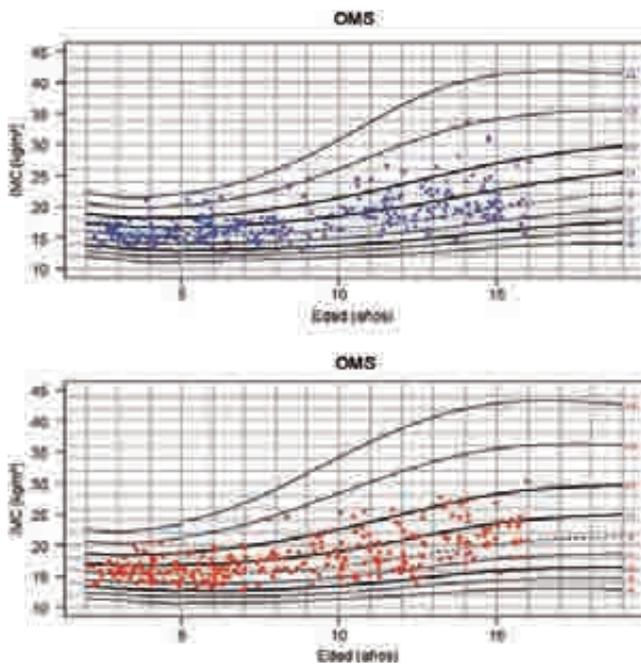


Figura 7: Representación, según los criterios de la OMS, de los valores del IMC válidos teniendo en cuenta su edad y sexo (la imagen superior corresponde a los 317 chicos y la inferior a las 289 chicas).

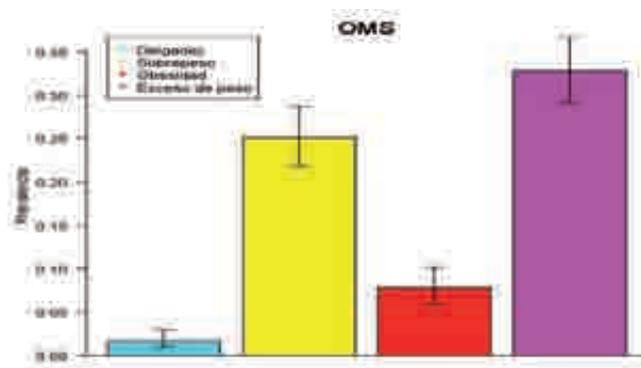


Figura 8: Prevalencia global de la delgadez (DE), sobrepeso (SO), obesidad (OB) y exceso de peso (EP), junto con sus correspondientes intervalos de confianza del 95%.

Estado nutricional	Criterio OMS		
	n	Prev.	IC-95 %
Delgadez	10	1,7	0,9 a 3,0
Sobrepeso	152	25,1	21,8 a 28,7
Obesidad	47	7,8	5,9 a 10,2
Exceso de peso	199	32,8	29,2 a 36,7

Tabla 5: Prevalencia global (% e IC-95%).

La delgadez en las chicas -0,7%- (IC-95%: del 0,2 a 2,7%) es algo menos frecuente que en los chicos 2,5% (IC-95%: del 1,3 a 5,0%), pero sin diferencias significativas ($p=0,110$; $OR=0,27$; IC-95%: de 0,06 a 1,28), como puede verse en la Figura 10 (arriba).

Cuando se recompara por grupos de edad y sexo, se observa que la delgadez en casi todos los grupos es más frecuente en los chicos que en las chicas (Figura 10 abajo y Tabla 7), pero sin diferencias estadísticamente significativas.

En el 24,6 % (IC-95%: del 20,0 a 29,9%) de las chicas se en-

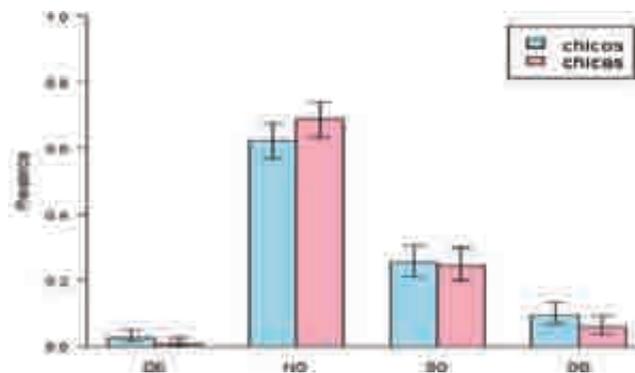


Figura 9: Prevalencia global de cada una de las cuatro categorías del estado nutricional, delgadez (DE), normalidad (NO), sobrepeso (SO) y obesidad (OB), según el sexo. Las barras verticales representan los intervalos de confianza del 95%.

Estado nutricional	Chicos			Chicas			Signif. p
	n	Prev.	IC-95%	n	Prev.	IC-95%	
Delgadez	8	2,5	1,3 a 4,9	2	0,7	0,2 a 2,5	0,110
Normalidad	198	62,5	57,0 a 67,6	199	68,9	63,3 a 73,9	0,105
Sobrepeso	81	25,6	21,1 a 30,6	71	24,6	20,0 a 29,8	0,851
Obesidad	30	9,5	6,7 a 13,2	17	5,9	3,7 a 9,2	0,127

Tabla 6: Prevalencia de la delgadez, normalidad, sobrepeso y obesidad en niños (n=317) y niñas (n=289) de 2 a 16 años de edad.

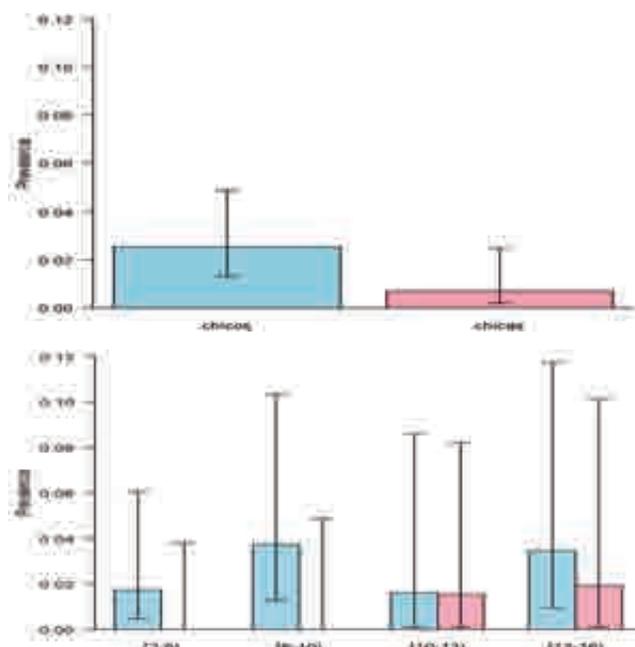


Figura 10: Prevalencia de la delgadez. Arriba, por sexos. Abajo por sexos y grupos de edad.

Grupo de Edad (años)	Chicos			Chicas			Signif. p
	n	Prev.	IC-95%	n	Prev.	IC-95%	
[2 - 6]	2	1,7	0,5 a 6,1	0	0,0	0,0 a 3,8	0,502
[6 - 10]	3	3,7	1,3 a 10,3	0	0,0	0,0 a 4,9	0,246
[10 - 13]	1	1,6	0,1 a 8,6	1	1,5	0,1 a 8,2	1,000
[13 - 16]	2	3,4	1,0 a 11,7	1	1,9	0,1 a 10,1	1,000

Tabla 7: Prevalencia de la delgadez por grupos de edad en niños (n=317) y niñas (n=289) de 2 a 16 años de edad.

contró un sobrepeso similar al de los chicos 25,6% (IC-95%: del 21,1 a 30,6%) y sin diferencias significativas ($p=0,851$; $OR=0,95$; IC-95%: de 0,66 a 1,37), como puede verse en la Figura 11 (arriba).

Cuando se recompara por grupos de edad y sexo, se observa que el sobrepeso es similar por sexo en cada uno de los cuatro grupos de edad (Figura 11 (abajo) y Tabla 8).

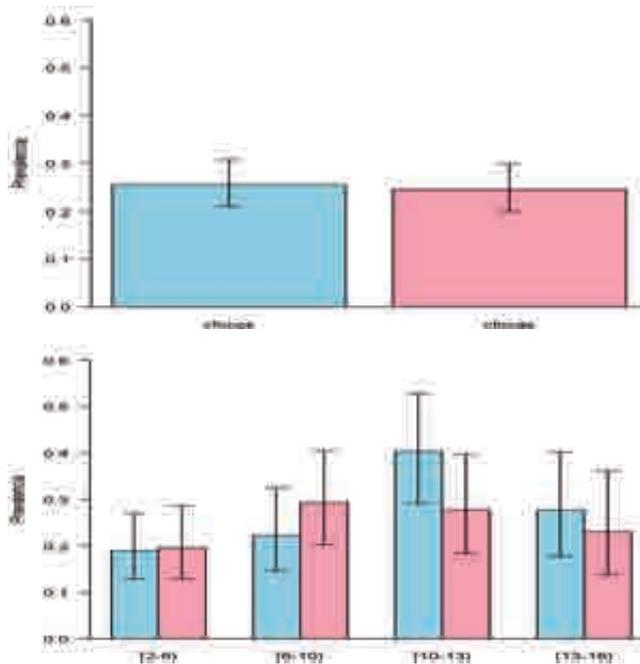


Figura 11: Prevalencia del sobrepeso (en la gráfica de arriba prevalencia del sobrepeso según sexo y en la gráfica de la abajo prevalencia según sexo y grupos de edad: de 2 a 5, de 6 a 9, de 10 a 12 y de 13 a 15 años de edad).

Grupo de Edad (años)	Chicos			Chicas			Signif. p
	n	Prev.	IC-95%	n	Prev.	IC-95%	
[2 - 6]	22	19,0	12,9 a 27,0	19	19,6	12,9 a 28,6	1,000
[6 - 10]	18	22,2	14,5 a 32,4	22	29,3	20,2 a 40,4	0,361
[10 - 13]	25	40,3	29,0 a 52,7	18	27,7	18,3 a 39,6	0,140
[13 - 16]	16	27,6	17,8 a 40,2	12	23,1	13,7 a 36,1	0,664

Tabla 8: Prevalencia del sobrepeso por grupos de edad en niños ($n=317$) y niñas ($n=289$) de 2 a 16 años de edad.

Prevalencia de la obesidad. Se encontraron 47 con obesidad sobre un total de 606, es decir que la prevalencia de la obesidad es del 7,8% (IC-95%: del 5,9 a 10,2%).

La obesidad en las chicas: 5,9% (IC-95%: del 3,7 a 9,3%) es menos frecuente que en los chicos: 9,5% (IC-95%: del 6,7 a 13,2%), pero sin diferencias significativas ($p=0,128$; $OR=0,60$; IC-9%: de 0,32 a 1,11), como puede verse en la Figura 12 (arriba).

Cuando se recompara por grupos de edad y sexo no se observan diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas, en cada uno de los grupos de edad (Figura 12 (abajo) y Tabla 9).

Prevalencia global del exceso de peso. Se encontraron 199 con exceso de peso (sobrepeso más obesidad) sobre un total de 606 niños, es decir, que la prevalencia del exceso de peso es del 32,8% (IC-95%: del 29,2 a 36,7%).

El exceso de peso en las chicas: 30,5% (IC-95%: del 25,4 a

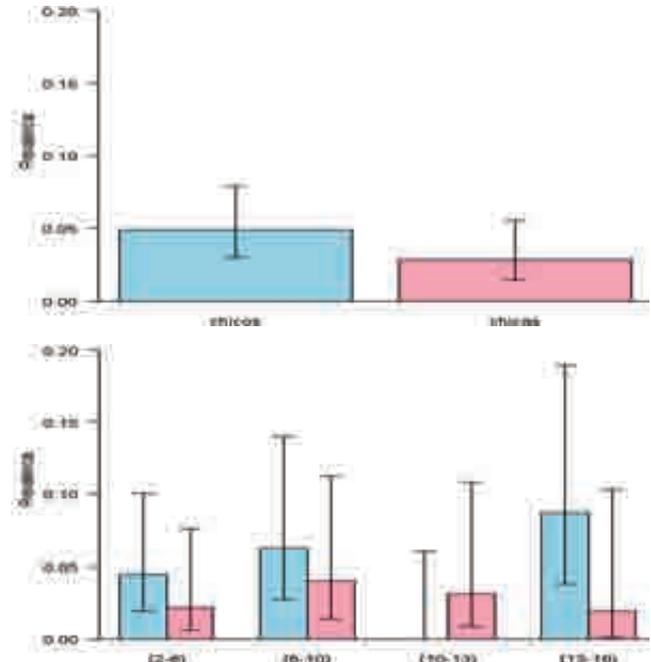


Figura 12: Prevalencia de la obesidad (arriba, prevalencia de la obesidad según sexo y en la gráfica de abajo, prevalencia según sexo y grupos de edad: de 2 a 5, de 6 a 9, de 10 a 12 y de 13 a 15 años de edad).

Grupo de Edad (años)	Chicos			Chicas			Signif. p
	n	Prev.	IC-95%	n	Prev.	IC-95%	
[2 - 6]	9	7,8	4,1 a 14,1	5	5,2	2,2 a 11,5	0,582
[6 - 10]	9	11,1	6,0 a 19,8	5	6,7	2,9 a 14,7	0,407
[10 - 13]	6	9,7	4,5 a 19,5	4	6,2	2,4 a 14,8	0,524
[13 - 16]	6	10,3	4,8 a 20,8	3	5,8	4,8 a 20,8	0,495

Tabla 9: Prevalencia de la obesidad por grupos de edad y sexo en 317 niños y 289 niñas de 2 a 16 años.

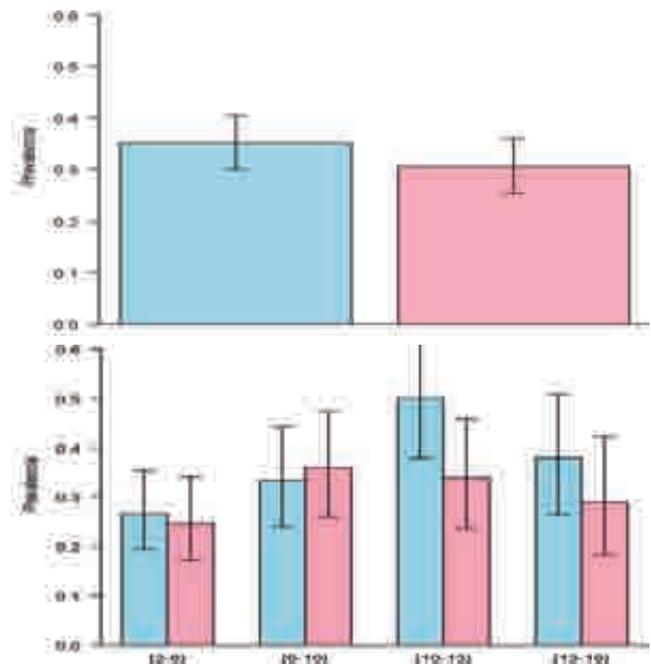


Figura 13: Prevalencia del exceso de peso (arriba, prevalencia del exceso de peso según sexo y abajo prevalencia según sexo y grupos de edad: de 2 a 5, de 6 a 9, de 10 a 12 y de 13 a 15 años de edad).

Grupo de Edad (años)	Chicos			Chicas			Signif. p
	n	Prev.	IC-95%	n	Prev.	IC-95%	
[2 - 6)	31	26,7	19,5 a 35,4	24	24,7	17,2 a 34,2	0,756
[6 - 10)	27	33,3	24,0 a 44,1	27	36,0	26,1 a 47,3	0,739
[10 - 13)	31	50,0	37,9 a 62,1	22	33,8	23,5 a 46,0	0,074
[13 - 16)	22	37,9	26,6 a 50,8	15	28,8	18,3 a 42,3	0,419

Tabla 10: Prevalencia del exceso de peso por grupos de edad y sexo.

36,0%) es menos frecuente que en los chicos, con el 35,0% (IC-95%: del 30,0 a 40,4%), pero sin diferencias significativas ($p=0,260$; $OR=0,81$; IC-95%: de 0,58 a 1,14), como puede verse en la Figura 13 (arriba).

Cuando recompara por grupos de edad y sexo, se observa que el exceso de peso es similar en las chicas que en los chicos en todos los grupos de edad, excepto en el grupo de [10,13) en que predomina, casi significativamente, en chicos (Figura 13 (abajo) y Tabla 10).

Exceso de peso según la procedencia. El exceso de peso se asocia llamativamente con la procedencia, predominando en los latinoamericanos (40,7%). Es más bajo en los niños provenientes de

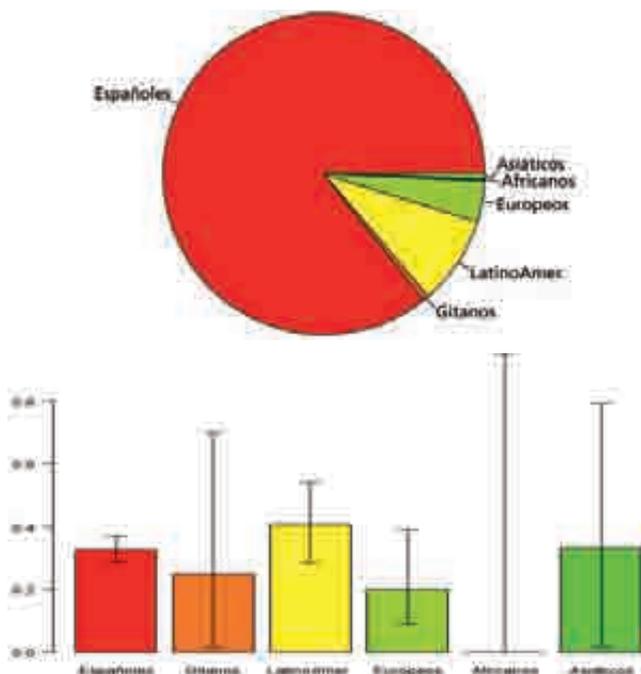


Figura 14: Prevalencia del exceso de peso (abajo) según la procedencia de los sujetos (arriba).

Etnia	n	total	%	Inf.	Sup.
Españoles	170	519	32,8	28,9	36,9
Gitanos	1	4	25,0	1,3	69,9
Latinoamericanos	22	54	40,7	28,7	54,0
Europeos	5	25	20,0	8,9	39,1
Africanos	0	1	0,0	0,0	94,9
Asiáticos	1	3	33,3	1,7	79,2
	199	606	32,8	29,2	36,7

Tabla 11: Prevalencia e intervalos de confianza del 95% del exceso de peso según la procedencia de los sujetos.

los países del Este de Europa (20,0%), mientras que en los españoles el exceso de peso ocupa una posición intermedia con el 32,8% (Tabla 11 y Figura 14). El escaso número de gitanos, africanos y asiáticos no permite extraer conclusiones.

Probablemente, los genes ahorradores de la obesidad se expresen más en los latinoamericanos influidos por las condiciones de vida hoy en día.

Peso al nacer y estado nutricional futuro. Se encontró una asociación significativa ($r=0,65$; $p<0,0001$) entre el IMC actual y el peso que tuvieron al nacer. Se aprecia una relación directa entre el peso que tuvieron al nacer y el IMC en las chicas (prueba de Kruskal-Wallis, $p=0,078$) y una relación inversa en las chicas ($p=0,049$), como se aprecia en la Figura 15.

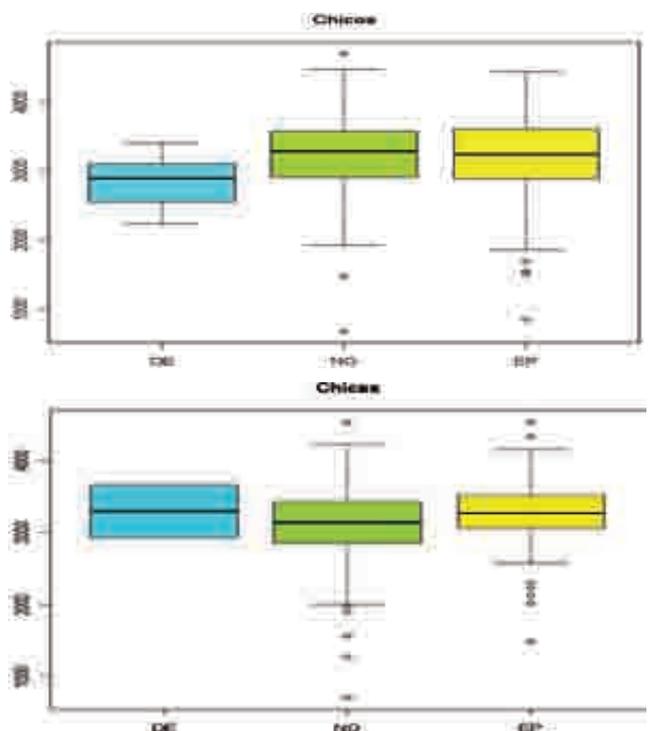


Figura 15: Relación entre el peso que tuvieron al nacer y el IMC actual. Arriba los chicos y abajo las chicas.

Estado nutricional al nacimiento y estado nutricional futuro. Se encontró una asociación casi significativa (prueba de Kruskal-Wallis, $p=0,080$) entre el IMC al nacer y el IMC actual.

Cuando se ajustó por sexo, se encontró una relación significativa en chicos (prueba de Kruskal-Wallis, $p=0,018$) y en chicas (prueba de Kruskal-Wallis, $p=0,027$), como se puede apreciar en la Figura 16. En los chicos (arriba de la figura) se aprecia cómo los delgados y con exceso de peso actuales tuvieron un menor IMC al nacer, mientras que en las chicas ocurre al revés, tanto las delgadas como las que tienen exceso de peso ahora tuvieron un mayor IMC al nacer.

Es decir, respecto a las desviaciones del IMC al nacer, el sexo se comporta como factor protector respecto al IMC futuro en los varones y como factor de riesgo en las mujeres, ya que los varones que nacen con poco tejido adiposo tiene más probabilidad de desarrollar una delgadez en el futuro; mientras que las chicas que nacen con mucho tejido adiposo es más probable que en el futuro tengan delgadez.

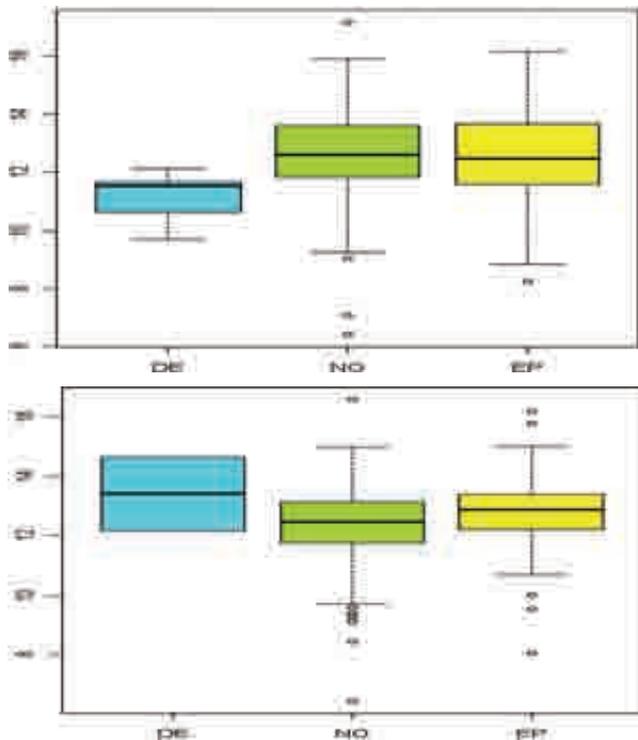


Figura 16: Relación entre el IMC que tuvieron al nacer y el IMC actual. Arriba los chicos y abajo las chicas.

Lactancia materna y estado nutricional en el futuro. La duración de la lactancia materna que recibieron los niños en su primera etapa vital y el estado nutricional actual parecen mostrar una relación (Tabla 12 y Figura 17), en el sentido de que, cuanto más LM recibieron menor IMC en el futuro, sin significación estadística (prueba de Kruskal-Wallis, $p=0,659$).

Estado	n	Media	DE	min.	máx.	P10	P25	P50	P75	P90
Delgadez	10	156	116,2	0	365	0	92	150	231	279
Normalidad	371	164	206,4	0	1.444	0	30	111	210	339
Sobrepeso	146	163	220,7	0	1.550	0	22	91	183	394
Obesidad	46	157	199,2	0	1.040	7	45	86	178	400
ExcesoPeso	192	161	215,2	0	1.550	0	30	91	185	404

Tabla 12: Lactancia materna (días) que recibieron los niños según el estado nutricional actual.

Cuando se analiza la relación (ver Tabla 13 y Figura 18) entre en estado nutricional actual medido en tres categorías y la LM que recibieron categorizada como nada (ningún día), poca (1-90 días) y mucha (>90 días) se observa una relación casi significativa ($\chi^2=7,97$; $p=0,092$)

En la Figura 18 se aprecia cómo la LM no influye en el estado nutricional futuro.

5- DISCUSIÓN

1) Características del estudio: fortalezas y debilidades. Una de las principales fortalezas de este estudio es que todas las antropometrías han sido efectuadas en un único centro, en el que se han preocupado de comprobar la calibración de los

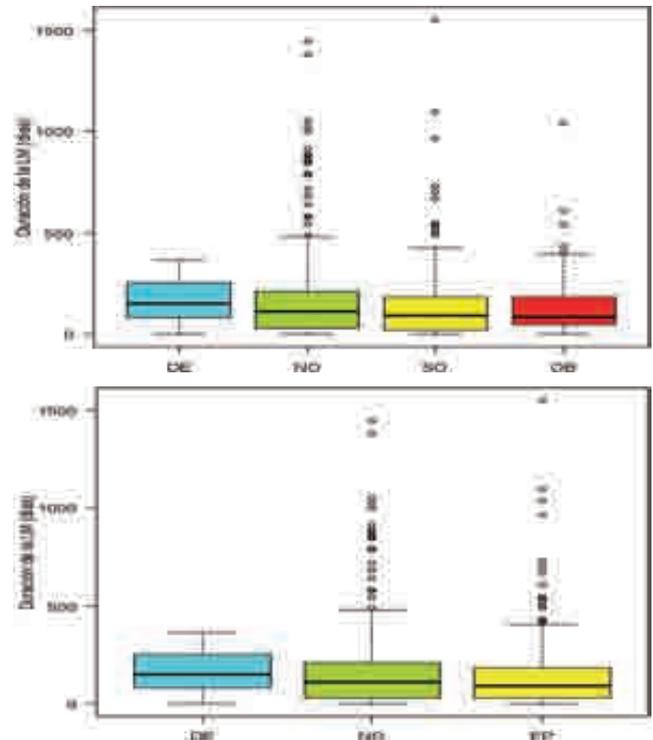


Figura 17: Lactancia materna recibida (arriba) y clase de estado nutricional (abajo).

	Criterio OMS		
	Nada	Poca	Mucha
Delgadez	2	1	7
Sobrepeso	43	117	211
ExcesoPeso	20	76	96
	65	194	314

Tabla 13: Relación entre el estado nutricional y la LM que recibieron.

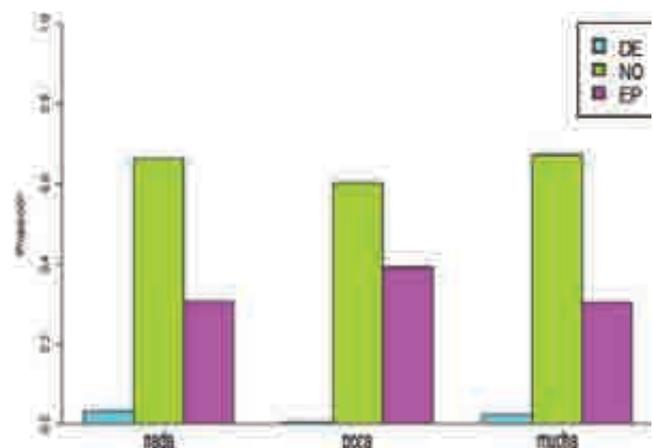


Figura 18: Proporciones de delgadez, normalidad y exceso de peso según la lactancia materna que recibieron.

aparatos de medida cada día que realizaron exploraciones antropométricas.

Una posible crítica es la época de realización del estudio, de enero a abril de 2011, ya que es una época invernal en la que es

habitual ingerir comidas más ricas en calorías y hacer menos ejercicio debido al mal tiempo, por lo que este estudio posiblemente proporcione unas cifras de prevalencia de SO y OB más elevadas que otro realizado en época veraniega en la que se suelen comer más vegetales (menos calorías) y se suele hacer más ejercicio.

2) Comparación con otros estudios. No podemos comparar con otros estudios ya que, hasta ahora, no se han aplicado los criterios de la OMS. Las cifras ofrecidas por la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2006, que arrojaba unas cifras de sobrepeso de 23,85% en chicos y 17,93% en chicas empleando los criterios de la Internacional Obesity Task Force. En nuestro estudio la prevalencia en chicos es superior (25,6% en chicos y 24,6% en chicas) pero empleando los criterios de la OMS. Este aumento puede ser debido a la tendencia creciente en la prevalencia que se está observando en todos los estudios, o simplemente al cambio de criterios. El mismo razonamiento se puede emplear para el cambio observado en la obesidad desde 2006 (ENS, 7,01 en chicos y chicas) y 2011 (nuestro estudio, 9,5% de los chicos son obesos y 5,9% de las chicas con obesidad).

3) Importancia de los hallazgos. La primera y fundamental es haber demostrado que en una consulta de Enfermería Pediátrica de Atención Primaria se puede conocer, sin gran esfuerzo, la prevalencia de la delgadez, sobrepeso y obesidad existente en su cupo y, por tanto, se puede implicar activamente en la prevención y tratamiento de dichos problemas, porque para realizar esto último es fundamental la detección previa.

En la Comunidad Gitana, que supone entre el 1,8% y 2,1% de la población española, existe una deficiente alimentación y nutrición, con muy poca ingesta de frutas y verduras y un elevado consumo de grasas³³ y niveles bajos de actividad física; esto hace que la prevalencia de la OB en la edad pediátrica sea del 16,1% en los varones y del 22,9% en las mujeres, cifras mucho más elevadas que las del resto de la población española de similar edad³⁴. En nuestro estudio no hemos podido confirmar la hipótesis de que los gitanos tienen mayor prevalencia de exceso de peso, ya que en nuestro cupo hay pocos gitanos, en concreto 4 sujetos: dos chicos que estaban delgados y dos chicas (una de las cuales con exceso de peso).

Los inmigrantes de origen latinoamericano ocupan la primera posición en la prevalencia. Se tiene la opinión (que no hemos estudiado en este trabajo) que cuando inmigran tiene un estado nutricional normal y que al poco tiempo de estar en nuestro país comienzan con el exceso de peso. Parece como si su *programing* metabólico hiciera expresarse más a los genes que están en relación con el acúmulo de grasa ('genes ahorradores').

En cuanto a los provenientes de los países de Europa del Este, de los que se pensaba que no tenían EP, se pone de manifiesto que sí existe tal problema, porque probablemente se están adaptando a los hábitos de vida existentes en nuestro país.

Llama la atención, pese al escaso número de sujetos, que los asiáticos (fundamentalmente adoptados en China), que suelen venir muy delgados, también están teniendo un comportamiento de expresión de los genes ahorradores, de manera que hemos encontrado un 33,3% de exceso de peso.

4) Lactancia materna y obesidad. Nuestro estudio no pone en evidencia el papel protector que algunos autores han atribuido a la LM en cuanto a prevención de la futura obesidad. Está fuera de toda duda la importancia de la LM en la nutrición del lactante y en esto deberá basarse nuestro consejo a las madres para seguir fomentando la LM; pero no deberemos decir que evita la obesidad futura, porque nosotros no lo hemos evidenciado.

5) Otros hallazgos. Se describe, por primera vez, la prevalencia de la delgadez a lo largo de toda la edad pediátrica y no solamente en la adolescencia como se hace en otros estudios (fundamentalmente preocupados por la anorexia nerviosa). Hasta ahora, lo que está preocupando en los países desarrollados es el exceso de peso, no la delgadez, por lo que hay pocos estudios de prevalencia de la delgadez en nuestro país.

También se ponen de manifiesto los cambios en las cifras de prevalencia cuando se emplean diferentes criterios de clasificación

Probablemente debiéramos seguir utilizando los criterios IOTF para poder comparar unos estudios con otros.

6- CONCLUSIONES

Queda demostrado con este trabajo de investigación que lo que nos advierte la Organización Mundial de la Salud, respecto a esta epidemia, se repite en este cupo de pediatría.

Dentro de las múltiples labores que realiza la Enfermera de Pediatría en su consulta, una importante son la recogida de medidas antropométricas. No nos debemos de quedar solo en eso. Ya ha quedado demostrado a lo largo de este estudio de las importantes consecuencias del sobrepeso y obesidad y del aumento de la prevalencia que se está produciendo en nuestra sociedad, concretamente en Cantabria..

La Enfermera de Pediatría, desde su consulta, tiene los medios y los conocimientos necesarios para detectar y tratar este problema, que ha de hacerse desde dos aspectos diferentes:

1º En la PREVENCIÓN. En todas las revisiones que realizamos del niño sano, desde que nace hasta los 16 años, somos un referente tanto para él como para su familia y hacen mucho caso de los consejos que les damos. Por tanto, debemos incidir más y mejor en todas las revisiones, recalcando especialmente la correcta alimentación y la necesidad de realizar un ejercicio físico adecuado a cada paciente.

2º En el TRATAMIENTO. Tenemos que saber qué IMC tiene el paciente que pesamos y medimos para conocer su estado nutricional (delgado, normal, sobrepeso u obesidad) y así poder actuar en consecuencia. Valorar bien a cada uno. A continuación prescribir una alimentación correcta y variada, y aconsejar un ejercicio físico personalizado. Esto ha de hacerse convenciendo al paciente y a la familia de la importancia de estos cambios en su estilo de vida y trabajando con ellos a lo largo del tiempo.

Con estas actuaciones, la Enfermería está en un puesto fundamental para influir adecuadamente en esta epidemia moderna que tanto preocupa a la OMS.

7- BIBLIOGRAFÍA

1. Michaelsen KF. Crecimiento del niño. En: Koletzko B, Cooper P, Makrides M, Garza C, Uauy R, Wang W. Nutrición pediátrica en la práctica. México: Intersistemas, 2010, pp 1-5.
2. Olsen IE, Mascarenhas MR, Stallings VA. Clinical assessment of nutritional status. In: Walker WA, Watkins JB, Duggan C (eds.). Nutrition in Pediatrics. London: Decker, 2005, pp 6-16.
3. Hall DMB, Cole TJ. What use is the BMI? Arch Dis Child 2006;91:283-286.
4. Wright CM. The use and interpretation of growth charts. Curr Pediatr 2002;12:279-282.
5. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation (WHO Technical Report Series 894). WHO: Geneva, 2000.
6. Fisberg M, Baur L, Chen W, Hoppin A, Koletzko B, Lau D, Moreno L, Nelson T, Strauss R, Uauy R. Obesity in Children and Adolescents: Working Group Report of the Second World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2004; 39: S678-S687.
7. Kosti R, Panagiotakos D. The epidemic of obesity in children and adolescents in the world. Cent Eur J Pub Health. 2006;14:151-159.
8. James PT. Obesity: A Modern Pandemic. In Serrano-Ríos M, Ordovás JM, Gutiérrez-Fuentes JA (eds.) Obesity. Ámsterdam: Elsevier, 2011. pp. 19-34.
9. García Fuentes M, Redondo Figuero C, González Lamuño D, Noriega Borge MJ, de Rufino Rivas P, González Gross M, Bueno Lozano G, Moreno Aznar L. Obesidad infantil en España. Epidemiología, comorbilidades y prevención con especial referencia a la población adolescente. En: Informa Salud Infancia Adolescencia y Sociedad (SIAS-6). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y Sociedad de Pediatría Social, 2007. pp. 211-226.
10. Wang Y, Lobstein T. Worldwide Trends in Childhood Overweight and Obesity. Int J Pediatr Obes. 2006;1:11-25.
11. Bauman A, Craig CL. The place of physical activity in the WHO Global Strategy on Diet and Physical Activity. Int J Behav Nutr Phys Act 2005, 2:10.
12. WHO. WHO. Process for a Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva: WHO, 2003.
13. Jackson-Leach R, Lobstein T. Estimated burden of paediatric obesity and co-morbidities in Europe. Part 1. The increase in the prevalence of child obesity in Europe is itself increasing. Int J Ped Obesity. 2006; 1: 26-32.
14. Olshansky SJ, Passaro DJ, Hershov RC, Layden J, Carnes BA, Brody J, et al. A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century. N Engl J Med. 2005;352:1138-1145.
15. <http://www.iaso.org/iotf/obesity/obesitytheglobalepidemic/> (visitada el 19-feb-2011).
16. <http://www.iaso.org/iotf/obesity/> (visitada el 19-feb-2011).
17. PAIDOS'84. Estudio epidemiológico sobre obesidad y nutrición infantil. Proyecto universitario. Madrid: Jomagar, 1985.
18. Serra L, Ribas L, Aranceta J, Pérez C, Saavedra P. Epidemiología de la obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del estudio enKid (1998-2000). Med Clin (Barc). 2003;121:725-732.
19. Moreno LA, Mesana MI, Fleta J, Ruiz JR, González-Gross M, Sarría A, Marcos A, Bueno M; AVENA Study Group. Overweight, obesity and body fat composition in spanish adolescents. The AVENA Study. Ann Nutr Metab. 2005;49:71-76.
20. MSC. Sistema Nacional de Salud de España 2010 [monografía en Internet]. Madrid. Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/librosSNS.htm>.
21. Consejería de Sanidad y Observatorio de salud Pública de Cantabria. Encuesta de Salud de Cantabria 2006. Santander: Gobierno de Cantabria. <http://www.saludcantabria.org/infGeneral/pag/index.aspx>
22. Redondo C, Bercedo A, Capa L, González-Alciturri MA. La televisión como hábito no saludable en el niño. Santander: Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales, 2000. ISBN: 84-699-3853-3 y DL: SA-815-2000.
23. Samperio-Mazorra V, Del Barrio JA, Redondo-Figuero C. La autoimagen en los adolescentes: influencia de la nutrición, actividad física y descanso. [en prensa].
24. Lien N, Henriksen HB, Nymoel LL, Wind M, Klepp KI. Availability of data assessing the prevalence and trends of overweight and obesity among European adolescents. Public Health Nutr. 2010;13:1680-1687.
25. Serra-Majem L, Ribas-Barba L, Pérez-Rodrigo C, Ngo J, Aranceta J. Methodological limitations in measuring childhood and adolescent obesity and overweight in epi-demiological studies: does overweight fare better than obesity? Public Health Nutr. 2007;10:1112-1120.
26. Cattaneo A, Monasta L, Stamatakis E, Lioret S, Castetbon K, Frenken F, Manios Y, Moschonis G, Savva S, Zaborskis A, Rito AI, Nanu M, Vignero J, Caroli M, Ludvigsson J, Koch FS, Serra-Majem L, Szponar L, van Lenthe F, Brug J. Overweight and obesity in infants and pre-school children in the European Union: a review of existing data. Obes Rev. 2010;11:389-398.
27. Schack-Nielsen L, Michaelsen KF. Breast feeding and future health. Curr Opin Clin NutrMetab Care 2006;9:289-296.
28. Horta BL, Bahl RB, Martines JC, Victora CG. Evidence of the long-term effects of breastfeeding: Systematic reviews and Metaanalysis. Geneva: WHO, 2007. Disponible en <http://www.who.int/child-adolescent-health>.
29. Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding. Geneva: WHO, 2007.
30. R Development Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2010. ISBN 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org/>.
31. Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thin-ness in children and adolescents: international survey. BMJ. 2007;335(7612):194.
32. Redondo C. Experiencia en el tratamiento en la obesidad infantil en Atención Primaria. Ponencia al Congreso al IV Congreso Nacional de Pediatría para Estudiantes de Medicina. Santander, marzo 2010.
33. BOE 298, Martes 14 diciembre 1999: 43088-43099.
34. LaParra D y Grupo de Salud del Consejo Estatal del Pueblo Gitano. Hacia la Equidad en Salud: Estudio comparativo de las encuestas nacionales de salud a población gitana y población general de España, 2006. Madrid: Ministerio de sanidad y Política Social y Fundación Secretariado Gitano, 2009. Accesible en http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/equidadSalud_05Mayo.pdf (consultado el 20-feb-2011).



PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Estudio sobre automedicación con benzodiacepinas en equipos de Enfermería Hospitalaria



Autores:

**Víctor Manuel Balbás
Liaño y Agustín Felipe
Gómez Laso**

*Enfermeros del Servicio de Urgencias
del Hospital Comarcal Sierrallana*

*Autor para correspondencia:
victormanuelbalbas@gmail.com*

Recibido: Junio 2011
Aceptado: Septiembre 2011

Resumen:

Sin duda alguna, la mayoría de nosotros hemos escuchado en alguna ocasión a un compañero de trabajo decir "Anoche tuve que tomarme un Noctamid porque no había forma de dormirme". Este hecho, que bajo nuestro punto de vista es muy frecuente y al que no se le da la importancia que realmente tiene, oculta una serie de riesgos y de problemas complejos que queremos estudiar en el proyecto de investigación que os presentamos a continuación.

La automedicación en nuestro país es un comportamiento muy frecuente, más aún entre los profesionales sanitarios y, en concreto, entre los profesionales de Enfermería.

El presente estudio, a desarrollar durante 12 meses, es descriptivo, transversal, mediante cuestionario anónimo autocumplimentado y tendrá como objetivo conocer el grado de automedicación con benzodiazepinas del personal de enfermería del Hospital Comarcal Sierrallana, determinando los factores que influyen en este comportamiento.

Palabras clave:

- Personal de Enfermería.
- Automedicación.
- Benzodiazepinas.

Abstract:

Without doubt, sometimes most of us have listened our partner saying: "Last night I had to take a Noctamid pill because I couldn't sleep". From our point of view, this fact happens very often and it is not taken in account as a very serious problem. It also involves risks and complex problems that we would like to study in this project of research.

Not only taking medicines without having been prescribed by a doctor is a very common behaviour in our country, but also healthcare professionals are very prone to do it. We consider that self-medication is a common practice among nursing staff.

This study has a descriptive and cross-sectional design. Data will be collected by an anonymous self-fulfilling questionnaire during 12 months from nursing-staff behaviour who work in the regional Sierrallana Hospital.

The aim of the present study is to know how many nurses are taken benzodiazepines without been prescribed by doctors and to determine which factors have influenced on this behaviour.

Keywords:

- Nursing staff.
- Self medication.
- Benzodiazepines.

1- INTRODUCCIÓN

Según el Ministerio de Sanidad y Política Social, en su campaña para el uso racional de los medicamentos (año 2007), España se encuentra entre los países europeos con mayor tasa de automedicación junto con Lituania y Rumanía⁷.

Los problemas principales que entraña la automedicación (uso de medicamentos por iniciativa propia sin ninguna intervención por parte del médico) son, según la Generalitat Catalana y su Centro de Información de Medicamentos¹²:

1. Toxicidad: efectos secundarios, reacciones adversas y algún caso de intoxicación.
2. Falta de efectividad: porque pueden ser utilizados en situaciones en las que no está indicado.
3. Resistencia a antibióticos: el uso inadecuado de los antibióticos puede hacer que los microorganismos creen mecanismos de defensa contra estos medicamentos perdiendo así la eficacia de los mismos.
4. Interacciones: con alimentos u otros medicamentos que la persona este tomando.
5. Enmascaramiento de procesos clínicos graves: y por lo tanto retraso en el diagnóstico y tratamiento.
6. Dependencia o adicción.

En el caso de la profesión enfermera, existen muy pocos estudios que indiquen el comportamiento de este gremio en relación a la automedicación. Según Tizón¹⁴ en su estudio sobre

"Automedicación en el Personal de Enfermería Hospitalaria" (2006), el 91% de las profesionales de Enfermería encuestadas tomaba medicamentos durante el año de estudio, aunque sólo el 14,3% de ellas habían consultado con el médico y éste se lo había prescrito; solamente el 8,9% acudía siempre a su médico de cabecera para la prescripción de medicamentos. La prevalencia, según Borrajo de Lama¹, de la automedicación en la Enfermería, ascendía al 85,6%, porcentaje elevado que requiere una especial atención.

Centrándonos en las benzodiazepinas, algunos estudios indican que estos psicofármacos constituyen uno de los medicamentos más prescritos en la práctica médica. Su uso clínico está muy generalizado para el tratamiento de los estados de ansiedad e insomnio. La prevalencia del consumo de benzodiazepinas estimada en la población general presenta grandes variaciones entre los países y en función de la pauta, pero en general, se mantiene en tasas elevadas. Según Naranjo³, entre el 10 y el 20% de la población de los países occidentales reconoce el consumo de estas sustancias en el último año, y entre el 1 y el 3% las ha consumido diariamente durante más de un año.

En general se observa un mayor consumo en mujeres, en personas de 50 a 65 años y una utilización de benzodiazepinas hipnóticas más elevada que la de las ansiolíticas. En España, el 4,2% de la población mayor de 16 años ha consumido sedantes e hipnóticos en alguna ocasión. Las indicaciones principales de estos medicamentos son el tratamiento de la ansiedad y del insomnio⁴.

Según S. Oliveros¹¹ en su publicación sobre el uso racional de las benzodiazepinas, el mal uso y el abuso de las mismas puede conllevar múltiples efectos adversos, entre los que se destacan: somnolencia y sedación diurna, incoordinación motora con riesgo de caída, amnesia anterógrada y dificultad de concentración, tolerancia, dependencia, síndrome de abstinencia y síndrome de retirada. La dependencia y tolerancia a estos medicamentos fue descrita poco después de su comercialización por Hollister en 1976.

A lo largo de los años 70, hubo ocasión de comprobar la realidad de la existencia de fenómenos adversos de rebote y dependencia, no sólo con dosis altas de benzodiazepinas de vida media corta (sobre todo) o larga, sino también con dosis terapéuticas de las mismas. La mayor preocupación sobre los efectos secundarios y la dependencia de benzodiazepinas ha tenido lugar durante los años 80, tras la comercialización masiva de potentes benzodiazepinas de vida media corta y muy corta.

Determinados productos con características de gran potencia y vida media corta o muy corta, como el alprazolam, el loracepam y el triazolam, se han labrado entre los clínicos una reputación de sustancias que ocasionan problemas de dependencia.

Según Busto², son muchas las variables que operan de forma simultánea para determinar si una persona puede llegar a abusar o ser dependiente de un medicamento. Estas variables se pueden agrupar en tres grandes categorías: el medicamento o droga, el individuo que la ingiere y el medio ambiente que rodea al individuo, siendo estas tres variables las que se analizan en el estudio que os presentamos.

A pesar de la importancia de los datos citados anteriormente y de la gravedad y repercusión que la automedicación tiene en la salud, no existen estudios específicos sobre la automedicación con benzodiazepinas por parte de los profesionales de Enfermería.

2- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1 HIPÓTESIS:

La automedicación con benzodiazepinas es una actividad habitual entre el personal de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermería).

2.2 OBJETIVOS:

Objetivo General:

- Conocer el grado de automedicación con benzodiazepinas del personal de enfermería del Hospital Comarcal Sierrallana (prevalencia).

Objetivos Específicos:

- Identificar los factores que determinan la práctica de la automedicación con benzodiazepinas entre los profesionales de enfermería del Hospital Comarcal Sierrallana.
- Identificar la prevalencia de la automedicación con benzodiazepinas de enfermeras y auxiliares de enfermería del Hospital Comarcal Sierrallana.
- Conocer que tipo de benzodiazepinas son las más utilizadas y con qué frecuencia se utilizan con la automedicación.
- Identificar qué síntomas son los que justifican la automedicación con benzodiazepinas por parte del equipo

de enfermería.

- Conocer las fuentes de obtención de estos medicamentos.
- Definir cuáles son los motivos principales por los que no se consultó previamente con el médico.
- Conocer si el equipo de enfermería considera la automedicación con este tipo de medicamentos como una buena práctica.

3- METODOLOGÍA

3.1 DISEÑO Y CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL ESTUDIO:

El presente trabajo se trata de un estudio descriptivo, transversal, mediante cuestionario anónimo autocumplimentado de forma voluntaria. Los sujetos de estudio serán enfermeras y auxiliares de enfermería del Hospital Comarcal Sierrallana (Torrelavega/Cantabria).

3.2 SUJETOS DE ESTUDIO:

• **Criterios de inclusión:** todo el personal de enfermería que desarrolle su labor profesional en el Hospital Comarcal Sierrallana incluidos en nómina a fecha 31 de mayo de 2011. En esa fecha, la Dirección de Enfermería del Hospital Comarcal Sierrallana nos informará de forma detallada del número de enfermeras y auxiliares de enfermería por servicio, para hacer la captación de participantes en el estudio.

• **Criterios de exclusión:** Cualquier otro profesional distinto a los especificados anteriormente (el estudio se centra únicamente en enfermeras y auxiliares de enfermería).

• **Población o muestra (n):** en la actualidad el tamaño de la muestra es de unos 543 sujetos, de los cuales 300 son enfermeras y 243 son auxiliares de enfermería.

3.3 VARIABLES DE ESTUDIO:

Las variables a identificar y estudiar en el presente estudio mediante el cuestionario autocumplimentado serán:

A Características sociodemográficas (Variables independientes)

- Edad: en años y meses.
- Sexo: Hombre/Mujer.
- Profesión (Enfermeras/Auxiliares de Enfermería)
- Servicio en el que se trabaja: Hospitalización (Planta 1A, 1B, 1C, 3A, 3C), Hospital de Día Médico, Hospital de Día Quirúrgico, Hospital de Día Psiquiátrico, Farmacia, Urgencias, Atención al Paciente, Rehabilitación, Unidad Corta Estancia Quirúrgica, Pool, Quirófano, Cuidados Intensivos/Reanimación, Paliativos, Rayos, Consultas (incluidas endoscopias), Dirección/Supervisión, Admisión/Documentación Clínica, Preventiva, Laboratorio, Calidad/Formación, Quirófano.
- Experiencia profesional medida en años y meses.
- Tiempo de trabajo en el servicio medido en años y meses.
- Características del horario de trabajo: Turno fijo (Mañana/tarde/noche) o rotatorio (con o sin noches).

B Características del patrón de automedicación (Variables dependientes). (Ver Anexo 1)

3.4 RECOGIDA DE DATOS:

El procedimiento de recogida de datos será un cuestionario autoadministrado (Ver Anexo 1), que será entregado al personal de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermería) junto a una carta de presentación. (Ver Anexo 2)

La distribución de los cuestionarios se realizará mediante correo interno a todo el personal de enfermería a través de cartas personalizadas y con firma original del investigador principal.

Se facilitará al máximo la entrega de los cuestionarios cumplimentados, ya que se dispondrá en todos los servicios de un recipiente cerrado con llave donde introducir el sobre con el cuestionario cumplimentado por parte de los participantes.

Al mismo tiempo se prolongará al máximo el periodo para la cumplimentación y entrega de los cuestionarios y facilitar así la participación.

La recogida de los recipientes y apertura de los mismos se realizará únicamente por parte de los responsables del proyecto.

Previa a la distribución de los cuestionarios en los servicios del Hospital, se realizará una prueba piloto de esta herramienta para asegurar su validez. Dicha prueba consistirá en la formación de un grupo focal compuesto por los miembros del Comité de Investigación y Docencia del Hospital Sierrallana, a los cuales se hará entrega del cuestionario. A través de preguntas dirigidas por los moderadores del grupo focal (responsables del proyecto), se detectarán los errores del cuestionario y las posibles mejoras que se puedan adjuntar, gracias a la experiencia de este equipo en el diseño de este tipo de herramientas para la recopilación de datos.

3.5 ANÁLISIS DE LOS DATOS:

Para realizar la base de datos y el análisis de los mismos se empleará el programa SPSS v.15. La descripción de las variables cualitativas se realizará mediante el cálculo de porcentajes con su intervalo de confianza de 95% para las variables principales, en el caso de las variables numéricas emplearemos la media aritmética y su desviación estándar (DE). Para los test de hipótesis que implican variables cualitativas se utilizará el test de Ji al cuadrado y en el caso de variables numéricas el test de la t de Student.

4- ASPECTOS TÉCNICOS

Dadas las características del estudio (los participantes son voluntarios, mayores de edad, conocen en todo momento los objetivos del estudio y la garantía de anonimato de los datos obtenidos), es evidente que no hay aspectos éticos negativos que afecten al estudio.

4.1 AUTORIZACIONES INSTITUCIONALES:

El presente estudio cuenta con la aprobación de los Órganos Directivos del Hospital Comarcal Sierrallana para la ejecución del mismo (Gerencia del Hospital Comarcal Sierrallana y Dirección de Enfermería).

Además de esto, este proyecto de investigación ha sido autorizado para su ejecución por el Comité de Investigación Clínica de Cantabria. (ver Anexo 3)

4.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Dadas las características del estudio, no es necesaria la creación de un consentimiento informado y cumplimentación del mismo por parte de los participantes.

5- UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS, EN RELACIÓN A LA COMUNIDAD CIENTÍFICA Y A LA SOCIEDAD

La utilidad práctica de los resultados en relación con la salud tiene dos vertientes. Por un lado, la relacionada con el estado de la salud del equipo de enfermería hospitalario y, por otro, el relacionado con la repercusión que este estado de salud puede tener en los usuarios del hospital.

De todos es conocido que la relación de ayuda profesional de enfermería está sustentada en el cuidado de la salud, el cual es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecérsela. Para ofrecer unos cuidados adecuados, el equipo de enfermería debe encontrarse en un estado de salud físico y psicológico óptimo, pero dicho estado de salud se encuentra en un equilibrio inestable debido a multitud de factores (factores físicos, psicológicos, relacionados con el puesto de trabajo –turnicidad, nocturnidad, estrés relacionado con el rol profesional, etc.–).

Si los resultados del presente estudio muestran una prevalencia destacable de benzodiazepinas por parte del equipo de enfermería (lo cual es la hipótesis principal de los responsables del proyecto), se trataría de un indicador directo de un estado de salud psicológico y/o físico inadecuado para ejercer sus funciones de atención a los usuarios.

Por lo tanto, los resultados del estudio poseen una utilidad práctica debido a:

- Pueden dar a conocer patologías psicológicas y/o psiquiátricas (estrés, ansiedad, depresión, trastornos ansioso-depresivos, insomnio, síndrome del quemado, etc.) enmascaradas en el equipo de enfermería, que deben tenerse en cuenta y ser estudiadas por los órganos directivos del Servicio Cantabro de Salud, en general, y el Hospital Comarcal Sierrallana, en particular, así como los servicios de Medicina Preventiva y de Salud Mental de los mismos.
- Pueden indicar la necesidad de implantar de forma sistemática programas de prevención primaria de patología psicológica para asegurar el desempeño adecuado del rol de cuidador por parte del equipo de Enfermería.
- Pueden mostrar la necesidad de informar-formar al equipo de enfermería sobre los riesgos que conlleva la automedicación en general y, en particular, la automedicación con psicofármacos.
- Pueden indicar la necesidad de realizar el estudio en otras instituciones donde desempeñe su rol el gremio de enfermería (otros hospitales públicos, residencias de ancianos, centros de día, centros de salud, etc.), para comparar resultados y estudiar de forma pormenorizada las variables que más afectan en la automedicación con benzodiazepinas y su relación directa con el estado de salud psicológica de estos profesionales.
- Estableciendo medidas correctoras para evitar el mal estado de salud psicológica del equipo de Enfermería, se conseguirá una mejor atención al paciente y una disminución de las bajas laborales de origen psicológico en esta profesión.

6- PLAN DE TRABAJO

La duraci3n global del estudio ser3 de un a1o. Adjunto detallamos las actividades a desarrollar por meses, distribuci3n de ta-

reas de las mismas por parte de los responsables del proyecto y las etapas de desarrollo de las mismas.

ACTIVIDADES Y RESPONSABLES	12 MESES											
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
<ul style="list-style-type: none"> Arqueo bibliogr3fico. Elaboraci3n del marco te3rico. Elaboraci3n del cuestionario. Validaci3n del cuestionario. (RESPONSABLES: Primer Investigador y Segundo Investigador)	➔											
<ul style="list-style-type: none"> Presentaci3n del programa e instrucciones de cumplimentaci3n en los distintos servicios del Hospital. (RESPONSABLES: Primer Investigador y Segundo Investigador)			➔									
<ul style="list-style-type: none"> Distribuci3n de cuestionarios. Cumplimentaci3n de cuestionarios. Recogida de cuestionarios. (RESPONSABLES: Primer Investigador y Segundo Investigador)					➔							
<ul style="list-style-type: none"> Informe sobre estado y desarrollo del proyecto al Jurado. (RESPONSABLES: Primer Investigador y Segundo Investigador)						↔						
<ul style="list-style-type: none"> Procesamiento de datos. An3lisis estadístico de los datos. (RESPONSABLES: Primer Investigador y Segundo Investigador)						➔						
<ul style="list-style-type: none"> Representaci3n de resultados. Interpretaci3n de resultados. Redacci3n de borrador de memoria explicativa. Correcci3n de borrador de memoria. (RESPONSABLES: Primer Investigador y Segundo Investigador)										➔		
<ul style="list-style-type: none"> Presentaci3n de memoria y resultados ante el Jurado. (RESPONSABLES: Primer Investigador y Segundo Investigador)												➔

7- EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR

7.1 EXPERIENCIA EN INVESTIGACI3N POR PARTE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL:

- Proyecto de Investigaci3n "Detecci3n Precoz de la Patoloǵa del Cuidador". (2003-2004). Fundaci3n Marcelino Botín y AFAC.
- Colaborador en el proyecto de investigaci3n: "Estudio sobre

la Repercusi3n de los Talleres de Entrenamiento de la memoria. Período" (2003-2005). Asociaci3n de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Cantabria" y Obra Social y Cultural Caja Cantabria.

- Colaborador en el proyecto de investigaci3n: "Estimulaci3n Cognitiva como Factor Pron3stico del Deterioro Cognitivo Leve a Enfermedad de Alzheimer". (2006-2009). Asociaci3n de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Cantabria y Obra So-

cial y Cultural caja Cantabria.

- Revisión del protocolo de extracción de hemocultivos en el Hospital Sierrallana (Periodo 2009-2010). Publicado en la Revista Nuberos Científica. Febrero 2011.

7.2 FORMACIÓN PREVIA EN EL TEMA DE INVESTIGACIÓN:

- Curso de Investigación en Enfermería (6,9 créditos). Año 2003.
- Curso de Fase Preliminar en la Investigación de Enfermería (1,7 créditos). Año 2004.
- Curso de Atención Farmacéutica en Patologías Prevalentes (26,1 créditos). Año 2008.
- Curso de Tratamientos en Psiquiatría: 3 créditos. Año 2004.
- Curso de Búsqueda Eficiente de Información Biomédica en Internet (12,6 créditos). Año 2009.
- Curso de Uso Racional del Medicamento para Enfermería. Año 2010.
- Curso de Comunicación Científica Básica (9,2 créditos). Año 2008.

7.3 EXPERIENCIA PREVIA EN INVESTIGACIÓN POR PARTE DEL SEGUNDO INVESTIGADOR:

- 1) Proyecto NIPE "Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería" Intervención: Cuidados del Sitio de Inserción.

2) "Estudio Prospectivo Multicéntrico Delphi". Cuidado Accesos Venosos (Marzo a septiembre 2003).

3) "El Estudio Multicéntrico Nacional" Cuidados Accesos Venosos (Marzo 2005-Junio 2006).

4) "Revisión del protocolo de extracción de hemocultivos en el Hospital Sierrallana (Periodo 2009-2010)" Publicado en la Revista Nuberos Científica (Febrero 2011).

7.4 FORMACIÓN PREVIA EN EL TEMA DE INVESTIGACIÓN POR PARTE DEL SEGUNDO INVESTIGADOR:

- Curso de Conductas adictivas en Psiquiatría (2,1 créditos). Año 2007.
- Curso de Estrés Crónico: Aspectos Clínicos y Terapéuticos: (3,8 créditos). Año 2007.
- Curso de Atención Farmacéutica en Patologías Prevalentes (26,1 créditos). Año 2008.
- Curso de Farmacología Aplicada a la Atención Farmacéutica (8,2 créditos). Año 2008.
- Curso de Búsqueda Eficiente de Información Biomédica en Internet (12,6 créditos). Año 2009.
- Curso de Patología Dual (3,1 créditos). Año 2007.
- Curso de Comunicación Científica Básica (9,2 créditos). Año 2008.
- Curso de Uso Racional del Medicamento para Enfermería. Año 2010.

8- MEDIOS DISPONIBLES Y NECESARIOS

CONCEPTO	COSTE
GASTOS DE PERSONAL (Medios Disponibles) <ul style="list-style-type: none"> • Investigador Principal: Enfermero • Segundo Investigador: Enfermero TOTAL:0€	0€
GASTOS DE MATERIAL Y EQUIPO TECNOLÓGICO (Medios Necesarios) <ul style="list-style-type: none"> • Programa iformático SPSS: 1.390€ • Ordenador: 650€ • Impresora láser: 230€ • Material fungible: 602€ • Urna recogida cuestionarios: 35€ unidad x 16 urnas= 560€ TOTAL:3.432€	3.432€
GASTOS BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA (Medios Necesarios) <ul style="list-style-type: none"> • Revistas, revisión bibliográfica, libros, CD ROM: TOTAL:275€	275€
GASTOS DE TRANSPORTE (Medios Necesarios) <ul style="list-style-type: none"> • Viajes y estancias: 450€ • Medio de transporte: 230€ • Gastos teléfono, fax e Internet: 264€ TOTAL:944€	944€
TOTAL GASTOS (Medios Necesarios)	4.651€

9- BIBLIOGRAFÍA

1. Borrajo de Lama, C. Automedicación en Enfermería. *Rev Rol Enferm.* 2004; 27 (7-8)
 2. Busto UE. Factores de riesgo en el abuso y la dependencia a benzodicepinas. *Trastor Adict.* 2000; 2: 177-82.
 3. Caamaño F., La automedicación: concepto y perfil de sus "usuarios". *Gac Sanit.* 2000; 14(4): 294-9
 4. Carreras Alabau, A. Consumo y Adicción a benzodicepinas en Usuarios de Programas de Metadona. Primera edición. Madrid. Consejería de Sanidad y Consumo Comunidad Madrid. 2007.
 5. García Roldán, JL. Cómo elaborar un proyecto de investigación. Barcelona. Edit. Doyma. 1995.
 6. Llorca PM, Spadone C, Sol O, Danniau A, Bougerol T, Corruble E, Faruch M, Macher JP, Sermet E, Servant D. Efficacy and safety of hydroxyzine in the treatment of generalized anxiety disorder: a 3-month double-blind study. *J Clin Psychiatry.* 2002;63(11):1020-7.
 7. Ministerio de Sanidad y Política Social. Campañas 2007. Uso Racional de Medicamentos. Madrid. 2006. Disponible en <http://www.msps.es/campannas/campanas06/antibioticos3.htm>.
 8. Moral Serrano S., ¿Se Automedican Correctamente los Pacientes?. *Atención Primaria.* 1994; 13(5): 242-6.
 9. Naranjo C, Busto U. Tratamiento de la dependencia de las benzodiazepinas. En: Casas et al (eds). *Adicción a psicofármacos*, Ediciones en Neurociencias, Barcelona, 1993; 99-115.
 10. Notter, L; Rose Hott, J. Principios de la investigación en enfermería. Barcelona. Edit. Doyma. 1992.
 11. Oliveros Calvo S. Uso racional de benzodicepinas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud.* 1997; 21 (5): 113-23.
 12. Robert Sabaté, L. Automedicación. Centre d'Informació de Medicaments de Catalunya. Barcelona. 27/2/2008. Actualizado 30/6/2009. Disponible en <http://www.cedimcat.info/html/es/dir2434/doc10877.html>
 13. Tejedor N., Trastornos comunes de salud: autocuidado y automedicación. *Atención Primaria.* 1995; 16(1): 13-8.
 14. Tiz3n Bouza, E. Automedicación en el personal de Enfermería. *Enferm Clín.* 2006; 16: 210-13.
-

10- RELACIÓN DE ANEXOS

ANEXO I: CUESTIONARIO

Anexo I Cuestionario			
Edad en años y meses : <u> / </u>	Sexo: V () M ()	Profesión: Enfermero ()	Auxiliar ()
Servicio en el que trabaja (*): _____		Experiencia profesional en años y meses: <u> / </u>	
Turno de trabajo: Fijo mañanas () Fijo tardes () Fijo Noches () Rotatorio con noches () Rotatorio sin noches ()			
Tiempo de trabajo en el servicio medido en años y meses: <u> / </u>			
1: Ha tomado alguna benzodiazepina en los últimos 3 meses sin prescripción médica?			
Sí ()		No ()	
2: Con qué frecuencia ha practicado la automedicación con benzodiazepinas?			
Nunca ()	En alguna ocasión ()	Una vez por semana ()	
2 - 3 veces por semana ()	4 - 5 veces por semana ()	Diariamente ()	
3: Qué dosis diaria del medicamento tomó?			
1 dosis diaria ()	2 dosis diarias ()	3 dosis diarias ()	4 dosis o más diarias ()
4: Qué tipo de benzodiazepinas ha tomado?			
Diacapan (Valium) ()	Loracepan (Orfidal) ()	Alprazolam (Trankimacín) ()	Cloracepano ()
Bromacepan (Lexatin) ()	Lormetacepan (Noctamid) ()	Zolpiden (Stilnox) ()	Clometiazol (Distrameurine) ()
Midazolam ()	Tetracepan (Myolastan) ()	Otros () (Especificar): _____	
5: Qué síntomas le llevaron a tomar el medicamento sin prescripción médica?			
Ansiedad ()	Trastornos del sueño ()	Síndrome ansioso Depresivo ()	Estrés ()
Síndrome de abstinencia a alguna sustancia ()	Problemas musculares ()	Otros () (Especificar): _____	
6: De qué fuente obtuvo el medicamento?			
Farmacia del servicio de trabajo ()	Farmacia del Hospital ()		
Receta de un compañero ()	Antigua prescripción ()		
Otro (Especificar) () _____			
7: Cuál fue el motivo por el que no consultó con su médico de cabecera?			
Levedad de la patología ()	Dominio de la propia patología ()		
Conocimiento previo del fármaco ()	Falta de tiempo ()		
Recomendación de un compañero ()	Desconfianza hacia el Médico de Cabecera ()		
Otros (especificar): _____			
8: Considera la automedicación con benzodiazepinas una práctica correcta?			
Sí ()		No ()	

ANEXO I: INSTRUCCIONES CUMPLIMENTACIÓN CUESTIONARIO

ANEXO I
Instrucciones para cumplimentación del cuestionario

• 1ª parte (Datos generales):

Edad en años y meses: escriba con números su edad en años y meses de 1 a 12. Ejemplo 3 años y 6 meses.

Sexo: marque con una X la la opción Varón (V) o Mujer (M).

Profesión: marque con una X la opción enfermera o auxiliar de enfermería.

(*) Servicio en el que trabaja: Especifique una de las siguientes opciones:

<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización (plantas IA, IB, IC, JA, JC): <ul style="list-style-type: none"> • Hospital de Día Médica • Hospital de Día Quirúrgico • Hospital de Día Psiquiátrico: <ul style="list-style-type: none"> • Farmacia • Urgencias • Atención al paciente <ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación • Unidad de corta estancia quirúrgica: <ul style="list-style-type: none"> • Pool 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados Intensivos Resintención: <ul style="list-style-type: none"> • Palativos • Rayos • Consultas (incluidas endoscópicas) <ul style="list-style-type: none"> • Dirección Supervisión • Admisión y documentación clínica: <ul style="list-style-type: none"> • Práctica • Laboratorio • Calidad formación: <ul style="list-style-type: none"> • Quirófanos
---	--

Experiencia profesional en años y meses: escriba con números su experiencia medida en años y meses (ejemplo 4 años y 9 meses)

Turno de trabajo: marque con una X una de las cinco opciones.

Tiempo de trabajo en el servicio en años y meses: escriba en números su experiencia en el servicio actual donde trabaje en años y meses. Ejemplo (5 años y 2 meses)

• Segunda parte: Preguntas sobre consumo de benzodiacepinas

Pregunta 1: responda si o no marcando con una X en la casilla correspondiente.

Pregunta 2: responda con una X en la casilla correspondiente. Se entiende por automedicación a la selección y el uso de los medicamentos, por parte de las personas, con el propósito de tratar enfermedades o síntomas que ellos mismos puedan identificar sin indicación ni prescripción facultativa.

Pregunta 3: responda con una X en la casilla correspondiente.

Pregunta 4: responda con una X en la casilla o casillas correspondientes (puede escoger varias opciones de acuerdo con su caso particular). Si ha consumido alguna benzodiacepina distinta a las indicadas especifíquelo en el apartado de Otros con letra clara y mayúscula.

Pregunta 5: responda con una X en la casilla o casillas correspondientes (puede escoger varias opciones de acuerdo con su caso particular). Si el síntomas que le llevaron a consumir benzodiacepinas sin prescripción médica es distinto a las opciones indicadas especifíquelo en el apartado de Otros con letra clara y mayúscula.

Pregunta 6: responda con una X en la casilla o casillas correspondientes (puede escoger varias de acuerdo con su caso particular). Si la fuente en la que obtuvo los medicamentos es distinta a las opciones indicadas especifíquelo en el apartado de Otros con letra clara y mayúscula.

Pregunta 7: responda con una X en la casilla o casillas correspondientes (puede escoger varias de acuerdo con su caso particular). Si el motivo por el que no consultó con su Médico de Cabecera es distinto a las opciones indicadas especifíquelo en el apartado de Otros con letra clara y mayúscula.

Pregunta 8: responda si o no marcando con una X en la casilla correspondiente.

ANEXO II: CARTA DE PRESENTACIÓN DEL PROYECTO

Anexo 2
CARTA DE PRESENTACIÓN DEL CUESTIONARIO

Estimado Compañero/a:

El motivo de la presente es informarte de la puesta en marcha en el Hospital Comarcal Sierrallana de un proyecto de investigación sobre la automedicación con benzodiazepinas por parte del personal de enfermería.

El citado proyecto, tiene como objetivo principal determinar el grado de automedicación con benzodiazepinas por nuestra parte (el equipo de enfermería) e identificar los factores que determinan dicha práctica.

La investigación está coordinada y realizada por un equipo de enfermería de nuestro Hospital (Victor Manuel Balbás Liaño y Agustín Felipe Gómez Laso), y necesita de tu participación para conseguir la culminación de los objetivos de la misma. Dicha participación consiste en rellenar el cuestionario que adjuntamos a esta carta (se trata de un breve cuestionario de 8 preguntas de rápida respuesta y unos datos iniciales acerca del trabajo que desarrollas y tus características personales (edad, experiencia profesional, servicio en el que trabajas, etc.) y la entrega del mismo cumplimentado en una urna cerrada que se encuentra en tu servicio (puedes pedir más información sobre la ubicación de dicha urna a la Supervisora de tu servicio).

El equipo investigador asegura en todo momento la confidencialidad de los datos aportados por todos los participantes y adjunta al reverso del cuestionario unas instrucciones claras y sencillas sobre cómo cumplimentarlo de forma correcta.

Agradecemos de antemano tu participación, dado que tu colaboración nos ayuda a reforzar en nuestra profesión las actividades de investigación, poco desarrolladas hasta el momento y que mejoran de forma científica la calidad de cuidados prestados por el equipo de enfermería.

Para más información puedes dirigirte a cualquiera de los responsables del proyecto vía telefónica (en el servicio de urgencias) o en la dirección de correo electrónico: victormanuelbalbas@gmail.com

Recibe un cordial saludo

En Torrelavega a ... de ... de 201...



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Análisis del balance hídrico en enfermos con hepatopatías y restricción hídrica

**Autor: Raquel Pardo Vitorero*,
Nieves Ordóñez Banegas,
Amaya Riaño Laguillo y
Mercedes Olivia Gómez Paz**

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

*Autor para correspondencia:
rachel_sm3@hotmail.com*

Recibido: Julio 2011
Disponible: Septiembre 2011



Resumen:

Con el presente trabajo se pretende analizar la vigilancia que llevan a cabo las enfermeras del balance hídrico en pacientes hepatópatas con presencia de ascitis, ingresados en la unidad asistencial de Digestivo del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla con edades comprendidas entre los 30-70 años.

En nuestro trabajo diario observamos con frecuencia que estos pacientes presentan un exceso en el volumen de líquidos administrado de forma intravenosa en el proceso de preparación de diluciones farmacológicas, mientras que, uno de los objetivos principales en su tratamiento es mantener una restricción hídrica, debido a que cuando la enfermedad progresa la retención renal de sodio se hace más intensa y los enfermos son incapaces de excretar el sodio ingerido con la dieta.

Será objetivo principal de estudio evaluar los criterios en la administración de líquidos vía oral y parenteral, para la que se llevará a cabo un estudio descriptivo transversal analizando los criterios en los cuales se basan los profesionales enfermeros para llevar a cabo sus acciones diarias.

Palabras clave:

- Hepatopatías
- Equilibrio hidroelectrolítico
- Fluidoterapia

SUMMARY

The present research tries to analyze what type of surveillance nurses should do about the fluid balance in patients suffering from chronic or acute liver disease with ascitis. The patients have been admitted in the digestive unit and their ages vary from 30 to 70 years old.

This study was performed at the University Hospital "Marques de Valdecilla", Cantabria.

In our role in caring for patients with hepatic failure we often watch that fluid management to prepare drugs isn't adjusted taking in account one of the principal objective of their treatment which is fluid restriction. This is due to Hepatorenal Syndrome that could occur in this sort of patients and it is characterized by sodium and water retention.

The aim of this study is to evaluate the criteria for fluids administration, that can be taken orally or administrated intravenously, and these tasks are carried out by nurses on their daily routine.

This study has a descriptive and cross-sectional design.

Keywords:

- Liver diseases
- Water-Electrolyte balance
- Fluid Therapy

1- ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Para centrarnos en el tema, definiremos en primer lugar la hepatopatía crónica como toda lesión de la estructura del parénquima hepático que produce una disminución de sus funciones metabólicas y excretoras.

Lo que sucede es que el hígado se inflama, aumenta de tamaño y se acumula grasa en él, lo que hace que su funcionamiento sea menos adecuado. Si la enfermedad evoluciona, los hepatocitos van degenerándose y muriendo, siendo sustituidos por tejido cicatrizal, conociéndose como cirrosis, la cual es la fase final de una hepatopatía crónica¹.

En nuestro estudio abordaremos la ascitis, que es una de las complicaciones más frecuentes de la cirrosis hepática y la que requiere un mayor número de hospitalizaciones².

La ascitis es la acumulación de líquido en la cavidad abdominal producida por una retención de sodio y agua en el organismo, así como por una disminución y estancamiento del flujo sanguíneo en el territorio digestivo, lo que ocasiona una salida de líquido en exceso hacia la cavidad abdominal³.

La ascitis puede aparecer en el contexto de numerosos procesos patológico y su presencia es, con mucho, más frecuente en las hepatopatías y, especialmente en la cirrosis hepática. Su presencia implica la existencia de un grave deterioro de la función hepática y de la hemodinámica portal, comportando un pronóstico poco favorable, de manera que la supervivencia media de los pacientes cirróticos desde la primera descompensación ascítica suele ser inferior a los 4 años⁴.

La mayoría de pacientes, aproximadamente el 85% con ascitis en Estados Unidos tienen cirrosis, mientras que en el 15% restante, la causa de retención de líquido se debe a causas no hepáticas⁵.

El eje fundamental del tratamiento de la ascitis consiste en la obtención de un balance negativo de sodio. Para ello, la restricción de la ingesta de este ión constituye la primera medida a adoptar en estos enfermos, de manera que hasta el 20% de ellos son capaces de eliminar su ascitis únicamente con la instauración de una dieta hiposódica⁶.

Como profesionales de enfermería especialistas en cuidados, hemos detectado que en nuestra práctica diaria los pacientes hepatópatas con restricción hídrica vía oral, tienen un exceso de volumen de líquidos vía parenteral.

En las diluciones intravenosas de determinados fármacos se utiliza de forma generalizada 100 ml de solución salina fisiológica (SSF). Como consecuencia de ello, estamos aportando en exceso sodio, que es el electrolito que hay que restringir en estos pacientes, pues el primer trastorno renal que se produce es la disminución de la capacidad de excretar sodio.

Cuando la enfermedad progresa, la retención renal de sodio se hace más intensa y los enfermos son incapaces de excretar el sodio ingerido con la dieta. Este se retiene junto con agua en proporciones isotónicas, acumulándose en la cavidad peritoneal en forma de ascitis⁷.

Resulta contradictorio que, por un lado, estemos restringiendo el aporte de líquidos de forma oral y de forma intravenosa proquemos un exceso del volumen de los mismos.

El interés en la realización de este proyecto se debe a la falta

de estudios relativos a este tema y a la escasa bibliografía específica sobre el mismo.

Por lo tanto, pretendemos elaborar una herramienta que nos permita mejorar la calidad de vida de estos pacientes, aplicando una serie de cuidados centrados en una dieta adecuada y un ajuste correcto de fluidoterapia.

Para ello, abordaremos las diferentes intervenciones enfermeras que se llevan a cabo ante este tipo de patología, esperando que los datos obtenidos sean de gran utilidad para que los profesionales enfermeros puedan valorar la situación de estos pacientes.

2- HIPÓTESIS

Realizando un ajuste hídrico por vía oral y parenteral, mejorará la calidad de vida de los enfermos con hepatopatías.

3- OBJETIVOS

- Objetivo general:

Evaluar criterios en la administración de líquidos vía oral y parenteral.

- Objetivos específicos:

- o Determinar los conocimientos de los profesionales enfermeros acerca del balance hídrico en hepatopatías.
- o Establecer la aportación de líquidos óptima que permite al enfermo alcanzar un estado aceptable de salud.
- o Determinar los conocimientos de los pacientes hepatopatías en relación a aspectos nutricionales e hídricos de su enfermedad.
- o Determinar los indicadores antropométricos más sensibles para detectar cambios de la composición corporal.
- o Vigilar signos de edemas, fóvea y ascitis.

4- METODOLOGÍA

Diseño del estudio. Estudio de carácter descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, 6º Planta, Unidad de Digestivo.

Duración del estudio. La duración del estudio será de un año.

Población a estudio y criterios de inclusión. La población a estudio incluirá a todos los pacientes que ingresen en la unidad de hospitalización de digestivo, con diagnóstico de hepatopatía y que tengan como complicación asociada la ascitis, con edades comprendidas entre 30 y 70 años.

Variables a estudio

- **Principal:** Conocimiento enfermero acerca de la restricción hídrica en hepatopatías y percepción/valoración del paciente.
- **Secundarias:** Relacionadas con el paciente: edad, sexo, medidas antropométricas tales como peso, talla, perímetro abdominal y escala de valoración del edema.

Relacionadas con los profesionales de enfermería: experiencia profesional en la unidad.

Recogida de datos. El periodo de obtención de datos será de 6 meses, para posteriormente realizar un análisis exhaustivo de los datos recogidos y obtener los resultados. La recogida de datos incluye:

- **Entrega de las encuestas a los pacientes** (anexos I y II) explicando previamente el contenido de las mismas y resolviendo las posibles dudas. Las encuestas se irán recogiendo a medida que hayan sido contestadas todas las preguntas.
- **Realización de encuestas a los profesionales enfermeros** (anexo III). En esta fase los miembros del equipo investigador entregaremos las encuestas a todos los profesionales enfermeros durante el turno de trabajo, resolviendo las posibles dudas si existiesen.
- **Hoja de balance hídrico de entradas y salidas** (anexo IV). El control del balance hídrico se realizará cada 24 horas por el personal de enfermería de la unidad.
- **Medidas antropométricas:** peso, talla, perímetro abdominal y escala de valoración del edema (anexo IV). Estos datos se recogerán al ingreso del paciente en la unidad y, posteriormente, cada 48 horas durante el periodo de hospitalización.
- **Todos los datos clínicos necesarios** para la elaboración del proyecto serán obtenidos de la historia clínica del paciente.

Análisis estadístico. La información obtenida será codificada e introducida en una base de datos creada para tal fin, identificando a cada paciente de forma anónima.

Las variables cualitativas se expresarán en frecuencias absolutas y porcentajes. Las variables cuantitativas se resumirán en forma de media, desviación estándar. Para el análisis de los datos se utilizará un programa informático específico.

Limitaciones del estudio. Durante la realización del estudio nos podremos encontrar las siguientes limitaciones:

- o Nivel de comprensión de la información aportada.
- o Reticencia del paciente o del profesional sanitario a participar en este estudio.
- o Exitus durante el periodo de estudio.
- o Problemas de comunicación en pacientes con otro idioma.
- o Complicaciones habituales en este proceso (Encefalopatía, demencias.....)

5- ASPECTOS ÉTICOS

Se mantendrá la confidencialidad de los datos personales de los pacientes incluidos en el estudio. En las hojas de recogida de datos no se identificarán a los pacientes ni a los profesionales con nombres ni iniciales.

Para la realización de este estudio se solicitará permiso al Jefe de Servicio y a la supervisora de la 6ª Planta del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

También pediremos consentimiento escrito a todos los pacientes incluidos en el estudio para la utilización de los datos. (anexo V).

Se ha solicitado el dictamen al comité de Bioética de Investigación Clínica de la Fundación Marqués de Valdecilla.

6- UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

Como miembros del equipo investigador esperamos que los resultados obtenidos sirvan para unificar los criterios de actuación enfermera en pacientes con hepatopatías, debido a las desigualdades existentes en el trabajo diario, así como de ayuda a los propios pacientes a través de una serie de recomendaciones que mejoren su calidad de vida dentro del proceso de su enfermedad.

De este modo podremos elaborar un protocolo de actuación para que la actividad asistencial enfermera este fundamentada científicamente.

7- PLAN DE TRABAJO

La duración del estudio será de un año, el cual dividiremos en 4 etapas:

Etapa 1.– Esta etapa tendrá una duración de dos semanas, durante la cual los componentes del equipo investigador nos reuniremos para consensuar y unificar el modo de recogida de datos. En esta etapa también presentaremos el proyecto al Jefe de Servicio y a la supervisora de la unidad, acordando con ellos los días en los que accederemos al hospital para llevar a cabo la recogida de datos. Esta etapa se llevará a cabo en octubre de 2011.

Etapa 2.– En esta etapa, llevaremos a cabo la recogida de datos propiamente dicha. Tendremos contacto con las enfermeras de la unidad objeto del estudio, así como con los pacientes que cumplan los criterios de inclusión.

También entrenaremos tanto al personal sanitario como a los pacientes en la realización de las encuestas y se las entregaremos.

Del mismo modo, obtendremos información acerca de las técnicas que se llevan a cabo en la unidad para realizar un control del balance hídrico (balance de entradas y salidas, presencia de edemas, peso, medida del perímetro abdominal...)

Esta etapa se desarrollará entre los meses de octubre de 2011 y Marzo de 2012.

Etapa 3.– Una vez recogidos todos los datos necesarios para llevar a cabo el estudio realizaremos una verificación y análisis de los datos, elaborando un informe con las conclusiones obtenidas en el estudio. Esta fase se desarrollará durante los

meses de marzo a junio de 2012.

Etapa 4.– Una vez analizados todos los datos y elaborado el informe con las conclusiones obtenidas del estudio, divulgaremos los resultados a los responsables y trabajadores de la 6ª Planta Digestivo para su conocimiento y toma de decisiones, si procede. Del mismo modo, el equipo investigador divulgará los resultados a través de revistas científicas, jornadas o congresos, que considere oportunos.

8- EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR

A raíz de realizar el curso 'Introducción a la Investigación para profesionales de Enfermería' en el Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria, iniciamos este proyecto con el objetivo de poder llevar a cabo en un futuro próximo un trabajo de investigación.

Esperamos que el proyecto elaborado sea adecuado y de interés para los profesionales de la salud y que aporte los conocimientos necesarios para el manejo de este tipo de pacientes.

Para realizar este proyecto se cuenta con un equipo formado por cuatro profesionales de enfermería, con varios años de experiencia en las unidades hospitalarias de Digestivo, Cardiología y Nefrología, entre otras, del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

9- MEDIOS DISPONIBLES Y NECESARIOS

Se dispone del equipamiento informático adecuado para el almacenaje de los resultados obtenidos.

También disponemos del material clínico necesario para valorar el estado actual de los pacientes a estudio: tensiómetro analógico y digital, báscula digital con tallímetro y cinta métrica.

Del mismo modo, contamos con un equipo investigador motivado y con experiencia en el tema a tratar por lo que consideramos que el proyecto es viable.

10- AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos a todas las personas que han participado de manera activa en el estudio, puesto que sin su colaboración, dicho estudio no se podría llevar a cabo.

11- BIBLIOGRAFÍA

1. Cartavilla AB, Castelbón FJ, García JI, Gracia V, Ibero C, Laverza A, et al. Manual de diagnóstico y terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 6ª ed. Madrid: MSD; 2007.
2. Llach J, Salmerón JM, Gines P, Arroyo V. Tratamiento diurético de la ascitis. Nefrología. 1990; 10 Supl 1: 72-80.
3. Rodríguez Iglesias P. Tratamiento de la hepatitis alcohólica grave: Corticoides frente a nutrición enteral. Efectos a corto y largo plazo. [Tesis Doctoral]. Universidad Autónoma de Barcelona; 2000.
4. Villagrasa Serrano M. Ascitis. En: Villagrasa Serrano M. El médico frente al diagnóstico en patología digestiva. Tomo 3. Barcelona: Ancora S.A; 1986.33-48
5. Runyon BA. Management of adults patients with ascities due to cirrhosis: an update. Hepatology. 2009; 49 (6): 2087-107
6. Arroyo V, Rodes J. A rational approach to the treatment of ascitis. Postgrad Med J. 1975; 51: 558-562
7. Torre A. Ascitis refractaria e hiponatremia dilucional: tratamiento actual y nuevos acuareáticos. Rev Gastroenterol Mex. 2005; Vol.70 (3): 299-311.

ANEXO I**ENCUESTA VALORACIÓN / PERCEPCIÓN
PACIENTES CON RESTRICCIÓN DE LÍQUIDOS**

1. ¿Sabe usted qué es la restricción de líquidos?
Sí No
2. ¿Sabe por qué le han recomendado esta restricción?
Sí No
3. ¿Sabe calcular lo que son ml. de líquido?
(Los puntos suspensivos son para escribir la cantidad de líquido que tiene pautada)
Sí No
4. ¿Sabe cuantos vasos de agua puede beber al día?
(Utilizará como referencia los vasos de cristal que existen en el hospital cuya capacidad al máximo es de 250 cc).
Sí No
5. ¿Le supone un gran esfuerzo beber sólo esa cantidad de líquido?
Sí No
6. ¿Es capaz de cumplir sin excederse esta cantidad de líquido que le han recomendado?
Sí No

ANEXO II**ENCUESTA VALORACIÓN /PERCEPCIÓN
DEL PACIENTE ACERCA DE SUS HÁBITOS
NUTRICIONALES**

1. ¿Sigue usted una dieta variada y equilibrada?
Sí No
2. ¿Come los alimentos sin sal?
Sí No
3. ¿Sabe usted que alimentos tienen un alto contenido en sal?
Sí No
4. ¿Sabe los alimentos que puede tomar y cuáles no?
Sí No
5. ¿Consume usted bebidas alcohólicas?
(Vino, cerveza, licores....)
Sí No
6. Si la respuesta anterior es afirmativa, indique aproximadamente cuantos ml. de alcohol bebe al día.
..... ml. de alcohol

ANEXO III**ENCUESTA MANEJO DE LOS PROFESIONALES ENFERMEROS SOBRE LA
FLUIDOTERAPIA EN PACIENTES CON RESTRICCIÓN HÍDRICA**

1. ¿Conoce la importancia de la restricción hídrica en este tipo de pacientes?
Sí No
2. ¿Sabe que un correcto balance del volumen de líquidos es necesario para el tratamiento de estos pacientes?
Sí No
3. ¿Podría decirme qué cantidad de SSF utiliza para las diluciones de los fármacos pautados a estos pacientes?
Cantidad en cc
4. ¿Sabe si el exceso de sodio es perjudicial en estos pacientes?
Sí No
5. ¿Se ha planteado alguna vez qué se puede ajustar la fluidoterapia de forma estricta en lo que a cantidad de SSF se refiere en estos pacientes?
Sí No
6. ¿Tiene los conocimientos necesarios para poder realizar de forma correcta un ajuste en las diluciones farmacológicas?
Sí No
7. En caso de haber respondido que NO a la pregunta anterior. ¿Sabe dónde puede consultar la forma correcta de dilución de cada fármaco, así como las correctas formas de administración?
Sí No
8. ¿Dispone de los medios necesarios para llevar a cabo este ajuste?
(Pondremos como ejemplo los diferentes formatos en volumen de SSF)
Sí No

ANEXO IV**RECOGIDA DE DATOS EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO****1. BALANCE HÍDRICO C/ 24 HORAS**

En las entradas se contabilizarán tanto la ingesta de líquidos vía oral y parenteral

ENTRADAS	DIA 1º	DIA 2º	DIA 3º	DIA 4º	DIA 5º	DIA 6º	DIA 7º
INGESTA (ml.)							
FLUIDOTERAPIA (ml.)							
TOTAL (ml.)							

SALIDAS	DIA 1º	DIA 2º	DIA 3º	DIA 4º	DIA 5º	DIA 6º	DIA 7ºDIU-
DIURESIS							

2. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Las medidas antropométricas se realizarán al ingreso y posteriormente c/48h.

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	DIA 1º INGRESO	DIA 2º	DIA 3º	DIA 4º	DIA 5º	DIA 6º	DIA 7º
PESO (Kg.)							
TALLA (cm.)							
PERÍMETRO ABDOMINAL (cm.)							

3. VALORACIÓN EDEMA

Se marcará con una X el tipo de edema que presente el paciente c/ 48 h.

EDEMA	DIA 1º	DIA 2º	DIA 3º	DIA 4º	DIA 5º	DIA 6º	DIA 7º
NO EDEMA							
LEVE							
MODERADO							
ANASARCA							

ANEXO V**HOJA INFORMACIÓN AL PACIENTE**

Estimado paciente:

Estamos desarrollando un estudio de investigación para analizar la vigilancia que llevan a cabo las enfermeras del balance hídrico en pacientes hepatópatas con presencia de ascitis ingresados en la unidad asistencial de Digestivo del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Usted padece una enfermedad crónica del hígado que se ha descompensado, por lo que se le ha acumulado líquido en el abdomen. Cuando la enfermedad progresa, la retención renal de sodio se hace más intensa y los enfermos son incapaces de excretar el sodio ingerido con la dieta. Este se retiene junto con agua, acumulándose en la cavidad peritoneal en forma de ascitis.

Uno de los objetivos de este estudio es determinar los conocimientos de los profesionales enfermeros acerca del balance hídrico en hepatópatas, así como la vigilancia del estado nutricional en este tipo de pacientes, para así poder establecer la aportación de líquidos óptima y evitar los desequilibrios nutricionales, permitiendo al enfermo alcanzar un estado aceptable de salud.

Por este motivo necesitamos su colaboración y que conteste de forma anónima a una serie de sencillos cuestionarios que le entregaremos, y que, posteriormente, utilizaremos para obtener resultados y conclusiones de nuestro estudio.

Gracias por su colaboración.

Atentamente, Equipo investigador formado por:
Nieves Ordoñez, Raquel Pardo
Mercedes Olivia y Amaya Riaño

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D/Dña
con DNI acepto participar en el estudio de investigación titulado '**Análisis del balance hídrico en enfermos con hepatopatías y restricción hídrica**'.

Manifiesto que, tras haber leído este documento y haber satisfecho todas mis dudas al respecto, me considero adecuadamente informado/a por la enfermera/o

Por tanto, tras el adecuado periodo de reflexión:

- Doy mi **CONSENTIMIENTO** voluntario para la realización de las encuestas y recopilación de datos de la historia clínica.
- Entiendo que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento.
- Y que si lo considero, puedo solicitar más información.

En Santander, a de de 20.....

Firma del paciente

Firma del enfermero/a

Diseño de una Escala de Valoración Integral de Enfermería (EVIDE) basada en las 14 Necesidades Fundamentales de Virginia Henderson.



Necesidades de Virginia Henderson ponderadas según la pirámide de Maslow

**Autora: Mónica Cueli Arce^(*),
María Yolanda Raya Martín,
Vanesa Fernández Martínez,
Soraya Velasco Martín,
Soraya Álvarez Andrés y
Mar Rodríguez Garrido**

*Enfermeras de la Unidad Asistencial de
Medicina Interna del Hospital Sierrallana*

() Autora para correspondencia:
mcueli@hotmail.com*

Recibido: Agosto 2011
Aceptado: Septiembre 2011

RESUMEN:

La escala "escala de valoración integral de enfermería" (EVIDE), está basada en las "necesidades fundamentales de Virginia Henderson" y "las necesidades humanas básicas de Abraham Maslow"; establece puntuaciones que permiten valorar numéricamente dos aspectos fundamentales en la valoración de Enfermería: "el nivel de satisfacción/insatisfacción de las necesidades fundamentales del ser humano" y "el nivel de suplencia o ayuda para la satisfacción de cada una de las necesidades fundamentales insatisfechas".

Las puntuaciones asignadas para valorar cada necesidad fundamental alterada, irán en función del nivel que esta ocupe en la pirámide de Maslow. (Cada necesidad alterada adquiere valores decrecientes inversamente proporcionales al nivel ocupado en dicha pirámide).

Las puntuaciones asignadas para valorar la suplencia o ayuda irán en función de los niveles de independencia, suplencia parcial o suplencia total descritos por V. Henderson. (Cada uno de estos niveles adquiere un valor creciente directamente proporcional al grado de suplencia o ayuda que precise el paciente).

Tiene como objetivo la valoración numérica del nivel de satisfacción/insatisfacción de las **14 Necesidades Fundamentales de Virginia Henderson** y la necesidad de suplencia o ayuda en los pacientes hospitalizados.

Se trata de un estudio prospectivo de cohorte realizado en el Hospital Comarcal Sierrallana. Los participantes del estudio serán pacientes mayores de 65 años, de ambos sexos que ingresan en una unidad de Medicina Interna con patología crónica y/o sus cuidadores principales, en el caso de pacientes con deterioro cognitivo. Se elabora la escala EVIDE que consta de 14 categorías (**14 Necesidades Fundamentales de Virginia Henderson**) y 5 ítems valorados dentro de cada categoría (Necesidad satisfecha, insatisfecha, Independiente para la satisfacción de la Necesidad Fundamental, Suplencia parcial y total).

Palabras clave:

- Valoración de enfermería.
- Modelos de enfermería.
- Escala.
- Necesidades.

ABSTRACT:

The scale designed below, "nursing complete assessment scale" (NCAS), is based on "Virginia Henderson's basic needs" and "Abraham Maslow's basic human needs", and provides scores that allow numerically assessing two key aspects in the evaluation of Nursing: "the level of satisfaction/dissatisfaction of the fundamental needs of human beings" and "the level of replacement or help to the satisfaction of each of the non-satisfied basic needs".

Ratings assigned to assess each altered fundamental need are dependent on the level that it occupies in the Maslow pyramid. (Each altered need acquires inversely proportional decreasing values at the level in the Maslow pyramid).

Assigned scores to assess the replacement or this help on the basis of the levels of independence, partial replacement or total replacement described by V. Henderson. (Each of the levels of replacement or help acquires a growing value directly proportional to the degree of replacement or helps the patient needs).

The objective is to assess numerically the level of satisfaction/dissatisfaction of V. Henderson's basic needs and the need for replacement or help in hospitalized patients.

This is a prospective cohort study, conducted in Hospital Comarcal Sierrallana. The participants of the study will be patients over the age of 65 of both sexes who enter in an internal medicine unit, with chronic disease and/or their main caregivers for patients with cognitive deterioration. NCAS scale consisting of 14 categories (V. Henderson's 14 basic needs) and 5 items assessed within each category (satisfied need, non-satisfied need, independent for basic need satisfaction, partial replacement and total replacement).

Key words:

- Nursing assessment
- Nursing model
- Scale
- Needs

1- INTRODUCCIÓN

Antecedentes, estado actual del tema y marco conceptual:

El documento de valoración inicial de Enfermería, es un registro que forma parte de la historia clínica del paciente. Estos archivos permiten que la labor enfermera esté reflejada por escrito y de esta forma dar continuidad asistencial de calidad¹.

En la atención especializada del Servicio Cántabro de Salud, las valoraciones de Enfermería están basadas en el modelo teórico de Virginia Henderson, por utilizar una terminología de fácil comprensión y ser el más extendido en nuestro país².

Sin embargo, no existe unificación de criterios en la fase de valoración del paciente, estableciendo cada institución hospitalaria su propio formato, bien sea en soporte papel o informático; existiendo una disparidad en los registros y por tanto diferentes inter-

pretaciones en la primera y fundamental fase del Proceso de Aplicación de Enfermería. Esto a su vez afecta a dos aspectos fundamentales en los registros de la valoración de Enfermería:

- La existencia de una falta de correspondencia conceptual entre los registros actuales y el modelo de Virginia Henderson³ y el uso pertinente de los mismos⁴, que aunque con los años han aumentado en número, no se puede decir lo mismo en cuanto a su calidad. Se registran más las actividades ejecutadas que la realización de una valoración continua y diaria de las necesidades fundamentales del modelo teórico utilizado.
- Se debe enfatizar la calidad metodológica del proceso enfermero como instrumento útil para la práctica, que garantiza un lenguaje común estandarizado⁵ y la calidad asistencial diaria⁶.

Sin embargo, modelos y teorías de Enfermería no están im-

plantados de forma regular en nuestro entorno, debido a múltiples factores:

- Utilización del modelo biomédico.
- Práctica enfermera organizada por tareas.
- Elevada carga asistencial en las unidades de trabajo.

¿Y cómo mide la enfermera la dependencia /independencia o la suplencia o ayuda de los pacientes bajo el modelo teórico de V. Henderson? Una de las críticas a dicho modelo, es que no ofrece la posibilidad de establecer niveles o grados de dependencia a través de sus diferentes dimensiones (biológica, psicológica, social, cultural y espiritual⁸). Será el profesional de Enfermería de acuerdo tanto con sus conocimientos y experiencia, como con la situación actual del paciente, el que establezca de forma "subjetiva" el grado de ayuda que precise el mismo, por lo que renuncia al modelo teórico, usando numerosas escalas creadas para medir la incapacidad y la dependencia⁸.

Se considera necesario la creación de un instrumento que además de valorar a los pacientes bajo el mismo modelo teórico, los clasifique "objetivamente" atendiendo a la alteración de la necesidad y a la suplencia de cuidados, en función del estado de dependencia, de la edad o ciclo vital y del tipo de escenario.

La teoría actual de la Enfermería tiene su base en Abraham Maslow, quien estableció las necesidades humanas básicas y su jerarquización¹⁰ lo que nos permite jerarquizar las necesidades fundamentales de V. Henderson.

En cuanto a la elección de una escala para valorar riesgos, hay diversidad de criterios y no parece haber demasiados estudios sobre la sensibilidad y la especificidad de las mismas¹¹. Aunque cada instrumento tiene sus ventajas e inconvenientes, no existen argumentos sólidos para clasificar a uno mejor que otro¹².

Esta nueva escala de valoración que se propone, llamada **Escala de Valoración Integral De Enfermería (EVIDE)**, está basada en el modelo conceptual de V. Henderson¹³ y en la *Pirámide de Abraham Maslow*. Permitirá identificar el grado de dificultad de las personas que son incapaces de satisfacer de forma autónoma sus necesidades básicas, independientemente de su estado de salud¹⁴.

El objetivo de la escala EVIDE consiste en encaminar a los profesionales enfermeros a mejorar la calidad asistencial de aquellos pacientes que presenten las necesidades alteradas, ofreciendo los cuidados adecuados para cada caso¹⁵.

El presente proyecto, se considera para el equipo de investigación como relevante ante la necesidad de responder a:

- Falta de homogeneidad de criterios de valoración y dependencia del paciente hospitalizado.
- Discrepancia en la fase de planificación del proceso de Enfermería para iniciar acciones enfermeras.
- Discontinuidad en los cuidados, personal-longitudinal a través del tiempo¹⁷ y entre niveles asistenciales¹⁸.
- Subvalorar la derivación a servicios socio-sanitarios.
- Subestimar la carga de trabajo en relación con el personal disponible.

2- HIPÓTESIS

La valoración de enfermería, basada en las necesidades fundamentales de V. Henderson, puede determinar mediante escala:

- El nivel de satisfacción o insatisfacción de las necesidades fundamentales de los pacientes hospitalizados.
- El grado de dependencia, suplencia y/o ayuda.

3- OBJETIVOS

General:

Elaborar una escala (EVIDE) para valorar el nivel de satisfacción/insatisfacción de las necesidades fundamentales de los pacientes hospitalizados y la necesidad de suplencia o ayuda.

Específicos:

- Evaluar la fiabilidad de la escala.
- Evaluar su validez a través del *Gold Standard* (Sckiness Impact Profile – SIP 16).
- Diseñar un formato de valoración de Enfermería, común para todos los pacientes hospitalizados, basado en las **14 Necesidades Fundamentales de Virginia Henderson**.
- Identificar la presencia o ausencia de cuidador principal a través de este formato.
- Medir la prevalencia de las necesidades fundamentales insatisfechas de los pacientes hospitalizados con patología crónica a través de la escala EVIDE.
- Determinar el grado de suplencia o ayuda a través de la escala.
- Estimar la calidad de vida con la escala SIP.
- Estimar la calidad de vida de los pacientes con deterioro cognitivo a través de su cuidador principal, con la escala SIP.

4- METODOLOGÍA

Diseño:

- Tipo: Estudio prospectivo de cohorte.
- Ámbito: Hospital Comarcal Sierrallana.
- Periodo de reclutamiento de participantes y recogida de datos: 5 meses.
- Población de referencia: Pacientes mayores de 65 años que viven en el área, con una población total, según tarjeta sanitaria, de 167.000 habitantes.
- Población de estudio: Pacientes que ingresan en una de las unidades de Medicina Interna del centro hospitalario.

Participantes:

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 65 años, que padezcan una enfermedad estable con patología crónica (cardíaca, respiratoria, neurológica, renal, endocrino y metabólica)
- Cuidadores principales de pacientes que cumplen los anteriores criterios y presentan deterioro cognitivo.

Criterios de exclusión:

- Ingreso por enfermedad aguda.
- Pacientes que al tercer día del ingreso sufren una descompensación aguda en el estado de salud (derivación a unidades de cuidados intensivos).
- Pacientes en fase agónica.

Reclutamiento: Serán reclutados consecutivamente al ingreso por el personal de enfermería de dicha unidad.

Tamaño muestral: El tamaño total de la muestra es de 334 pacientes. Para el cálculo se asume una población conocida de 1.449 ingresos anuales. El valor del riesgo aceptado de cometer un error α es del 5% y un error β del 20%, con una potencia de 0,80 y con un posible porcentaje de pérdidas de un 10% para una sensibilidad y especificidad del 50%.

Prueba sometida a estudio: "Escala de Valoración Integral De Enfermería" (EVIDE).

Constructo de la escala: Modelo teórico de Virginia Henderson.

Tipo de cuestionario: Realizada por un entrevistador al paciente

o a su cuidador principal, en caso de deterioro cognitivo.

Tipo de Preguntas: Cerrado con posible selección de una respuesta, entre dos categorías (dicotómicas) o más (policotómicas). Se introduce una tercera categoría denominada "otros" (no sabe, no contesta).

Estructura de la escala: Consta de 14 categorías (14 necesidades fundamentales de Virginia Henderson) y 5 ítems valorados dentro de cada categoría. (Anexo 1)

La puntuación total de la escala que mide el nivel de satisfacción de las necesidades fundamentales, se corresponde con la suma de todos los ítems, tomando un valor de 0 a 47 puntos, que se distribuirá en tres niveles de satisfacción:

- Nivel de satisfacción alto: 0-17
- Nivel de satisfacción medio: 18-37
- Nivel de satisfacción bajo: 38-47

La puntuación total de la escala que mide el nivel de suplencia o ayuda, se corresponde con la suma de todos los criterios que lo valoran, tomando un valor de 0 a 28 puntos, que se distribuirá en tres niveles de dependencia para la satisfacción:

- Independiente: 0-10
- Parcialmente dependiente: 11-18
- Totalmente dependiente: 19-28

Gold standard: "Sickness impact profile" (SIP) (Anexo 2)

Escala diseñada para suministrar una medida de calidad de vida que se mantiene vinculada a las consecuencias del impacto de la enfermedad.

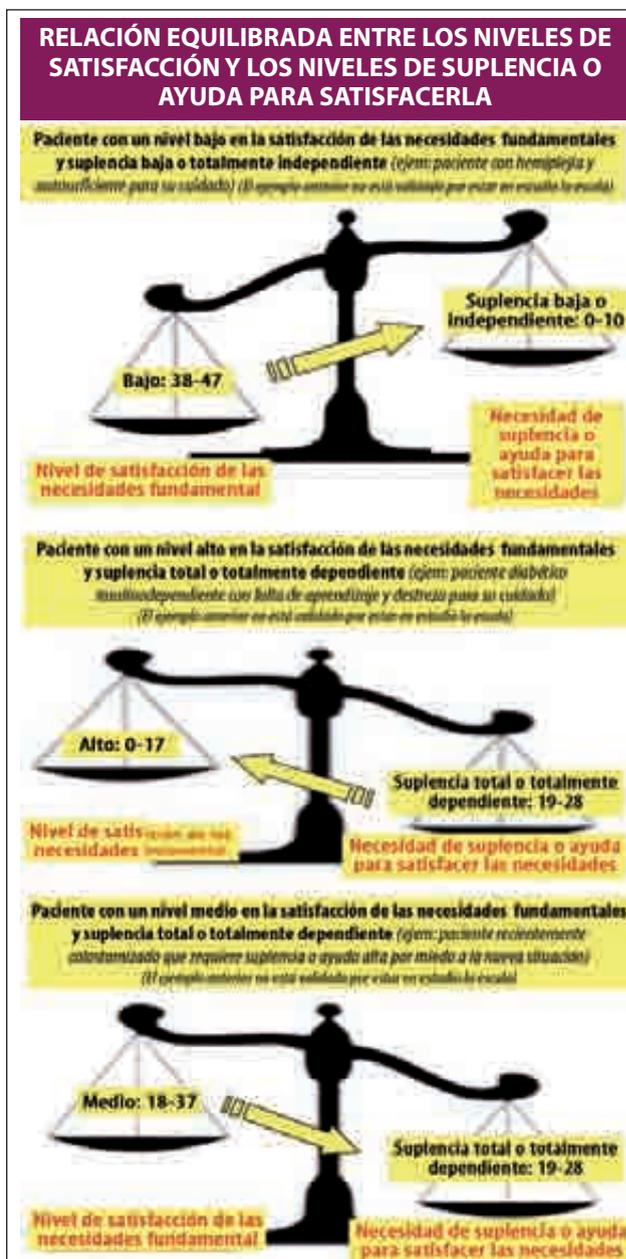
Variables del estudio: Variables que evalúan la aplicabilidad del protocolo (criterios de selección):

- Edad.
- Sexo.
- Estado mental: consciente, orientado, colaborador.
- Estado cognitivo: FIS (función intelectual superior) conservado para su edad.
- Presencia de cuidador principal/y o familiar a su cargo.

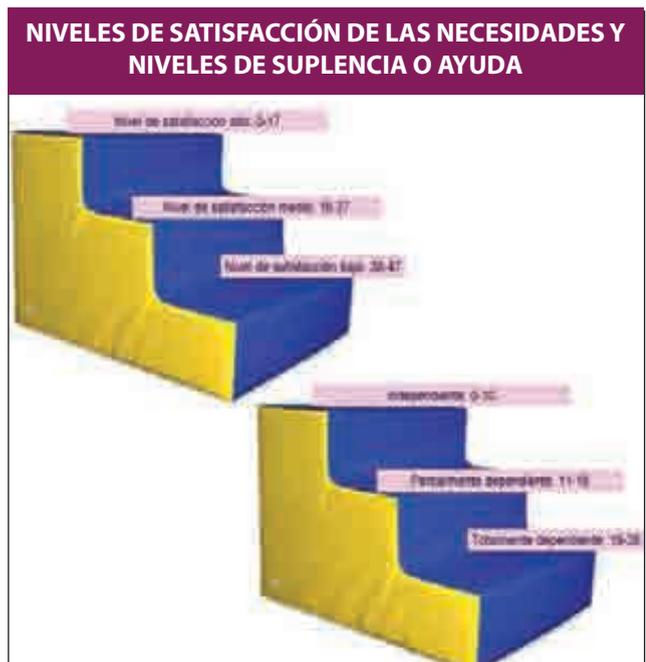
Variables que miden el factor de estudio (variables indepen-



Relación equilibrada entre los niveles de satisfacción de las necesidades y los niveles de suplencia o ayuda para satisfacerlas.



Relación desequilibrada entre los niveles de satisfacción de las necesidades y los niveles de suplencia o ayuda para satisfacerlas.



Niveles de satisfacción de las necesidades fundamentales y niveles de suplencia o ayuda.

dientes): Las relacionadas con cada una de las Necesidades de Virginia Henderson, valoradas en las tres dimensiones del ser humano biofisiológica, psicológica y sociocultural. (Anexo 3)

Variables de respuesta (variables dependientes): Las **14 Necesidades Fundamentales de Virginia Henderson** y los distintos niveles de suplencia o ayuda.

Variables modificadoras del efecto: Persona que contesta al cuestionario: paciente o cuidador principal.

Diagnóstico médico: Patología crónica descompensada.

Fecha de ingreso y fecha de alta: Fecha en que se realiza el primer cuestionario y el segundo cuestionario.

Tiempo transcurrido en la repetición de la prueba.

Escala de medida Cualitativa: Nominal (dicotómica politómica) y ordinal.

Recogida y análisis de los datos:

Evaluación de elegibilidad:

El personal de Enfermería de la unidad de hospitalización donde se realiza el estudio, contactará con el paciente y/o su cuidador principal a su ingreso; informará de los objetivos, la prueba a realizar y solicitará el consentimiento informado para ello (Anexo 4).

Procedimiento de recogida de datos:

Será realizado por las enfermeras participantes en el estudio y personal contratado para el mismo:

La escala sometida a estudio (EVIDE) será realizada exclusivamente por el personal de Enfermería de la unidad participante del estudio, mientras que el Gold estándar (SIP), será realizado por personal contratado, previamente entrenado mediante sesiones formativas y material didáctico de su manejo.

Análisis estadístico

Fiabilidad de la escala: Repetibilidad o fiabilidad test-retest:

- Para controlar la estabilidad temporal de la escala de medida, será llevado a cabo por el mismo observador en dos situaciones distintas y en la misma muestra.
- El periodo de tiempo transcurrido entre la aplicación de la primera escala y la segunda será de tres días. El primero se realizara al ingreso y el segundo tres días después.

Será calculado mediante el coeficiente de correlación intraclass (CCI) considerando una fiabilidad aceptable una CCI del 70% y mediante el *proceso de Bradley-Blackwood*.

Fiabilidad interobservador: Será llevada a cabo por dos evaluadores distintos en diferente tiempo. La primera al ingreso y la segunda tres días después. Se calculará mediante el porcentaje de acuerdo y el *índice Kappa*.

Consistencia interna: Para medir la homogeneidad de los ítems, en una situación y por un observador. Será comprobada a través del coeficiente *alfa de Cronbach* y consideraremos que tiene una buena consistencia interna si es superior a 0,7.

La validez de la escala: Se calcularon los índices de validez (sensibilidad, especificidad y valores predictivos) con sus intervalos de confianza.

Validez del contenido: Se someterá la escala a una evaluación externa, formada por un comité de expertos acreditados externos a la organización.

La validez del constructo: Se realizará a través del análisis factorial y la matriz multirrasgo-multimétodo.

La validez del criterio: Usaremos como método de referencia o *Gold estándar* la escala SIP. Se evaluará de forma concurrente por dos observadores diferentes y a doble ciego.

5- LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

La escala SIP original requiere un periodo de aplicación de 20 a 30 minutos. Se selecciona la misma y no la versión modificada (24 ítems) por guardar una mejor correlación con la *escala EVIDE*.

- La limitación del tiempo de ingreso puede ocasionar "efecto recuerdo".
- Variabilidad biológica en el estado de salud.
- Pérdida de seguimiento.
- Rechazo/cansancio al ser repetida la prueba.
- Sesgo por la persona que contesta al cuestionario "*Cuidador del paciente*"

Tanto el *Gold estándar*, como en un futuro la *escala EVIDE*, están validadas para ser aplicadas a la misma persona que responde el cuestionario, sin embargo, en caso de deterioro cognitivo del paciente, se aplicará al cuidador principal. Para eliminar este sesgo, se seleccionará dentro del estudio piloto una muestra de 20 pacientes a los que se aplique el cuestionario tanto al cuidador como al paciente sin deterioro cognitivo y valorar la concordancia de respuesta entre ambos.

6- ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica y respeta la normativa actual vigente. La participación en el estudio es totalmente libre y voluntaria.

Todos los datos de carácter personal se tratarán de forma confidencial de acuerdo a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Los datos recogidos se identificarán mediante código y tan sólo las personas autorizadas relacionadas con el estudio y las autoridades sanitarias, en caso necesario, tendrán acceso a dichos datos.

No será posible identificar a los pacientes ni aunque se publiquen los resultados del estudio.

7- PLAN DE TRABAJO

Asignación de tareas

- Equipo investigador:
 - Captación de la muestra.
 - Dar el consentimiento informado.
 - Realizar la *escala EVIDE*.
- Equipo contratado: Realizar la escala SIP a doble ciego.
- Distribución en etapas

Prueba Piloto: Cada una de las fases del estudio será sometida a una prueba piloto de veinte pacientes, lo que permitirá estimar el tamaño muestral de cada una de las fases del estudio, evaluar el cuestionario y eliminar sesgos.

Fase I: Escala EVIDE. – Fiabilidad test-retest o Intraobservador al Paciente sin deterioro cognitivo o al Cuidador del Paciente con deterioro cognitivo, por el mismo observador del equipo de investigación y en tiempos diferentes.

Fase II: Escala EVIDE. – Interobservador al Paciente sin deterioro cognitivo o al Cuidador del Paciente con deterioro cognitivo, por distintos observadores del equipo de investigación y en tiempos diferentes.

Fase III: Escala EVIDE y Escala SIP. (Duración aproximada de 4 meses). – Interobservador al Paciente sin deterioro cognitivo o al Cuidador del Paciente con deterioro cognitivo, por distintos

observadores, del equipo de investigación para la escala EVI-DE y del equipo contratado en el estudio, para la escala SIP.

Duración global del proyecto: 12 meses.

9- EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR

Consta de seis profesionales enfermeras que trabajan en una unidad de Medicina Interna, realizando valoraciones de Enfermería a los pacientes que ingresan en dicha unidad. Han mantenido entrevistas y formación con la "Escuela Universitaria de Enfermería", docente de la asignatura de Enfermería Fundamental.

Orientación y revisión epidemiológica y estadística bajo supervisión del departamento de Medicina Preventiva del Hospital, que será el responsable del análisis final de los resultados.

Experiencia clínica y/o formación previa sobre el tema de investigación:

Investigador principal:

- *Elaboración de un protocolo de investigación para investigadores emergentes.* Curso de lectura crítica de la literatura científica.

Resto de componentes del equipo investigador:

- Fase preliminar en la investigación enfermera.
- Fase de análisis, interpretación y presentación de resultados.
- Fase de planificación.
- Fase de presentación de resultados.

10- MEDIOS DISPONIBLES Y NECESARIOS PARA REALIZAR EL PROYECTO

Personal que realiza las *escala EVIDE*: equipo investigador.

Personal que realiza el cuestionario SIP:

Tiempo empleado para la realización de la *escala EVIDE* y el cuestionario SIP: Se realizarán en horario laboral, coincidiendo con las valoraciones de enfermería y contando con la aprobación institucional.

Costes indirectos:

- Gastos de personal

Contratación de personal para realización de la escala SIP durante cuatro meses, dos horas al día (80 horas/4 meses) para la realización de 84 escalas/mes (total muestra de 334 escalas) 2.600 euros
Subcontrataciones derivadas del análisis estadístico 700 euros
Subtotal 2.500 euros

Asumidos por la institución: papelería, ordenador e impresora.

11- AGRADECIMIENTOS

Orientación y revisión epidemiológica y estadística bajo supervisión del departamento de Medicina Preventiva del Hospital Sierrallana, que también supervisará el análisis de los resultados.

8- BIBLIOGRAFÍA

1. Mesa Fernández E, Conde MA, Moral J; Protocolo de valoración inicial del paciente al ingreso en la unidad de cuidados de enfermería. NURE Inv. (revista de internet) 2010 Ene-Feb (fecha de acceso); 7 (44): (aprox 7 pant). Disponible en "http://www.fuden.es/FICHEROSADMINISTRADOR/PROTOCOLO/protabac 4315102009102235.pdf"
2. Chirmeches E, Rosa-Colsa J, Sánchez F, Bisquert C, Flena C, Quer-Vall X, et al.; Concepto "paciente tipo": utilidad para el cuidado de los pacientes quirúrgicos. *Enferm Clín* 2009; 19(4): 175-183.
3. Tovar B; Correspondencia Conceptual en los Registros de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. *Desarrollo Científ Enferm*; 2004 Jun; 12 (5): 137-143.
4. Luis MT, Fernández C, Navarro MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª edición. Barcelona: Masson; 2005.
5. Reyes J, Jara P, Merino JM; Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. *Cienc y enferm*; 2007 Jun; 13 (1): 45-57.
6. Ortiz-Jiménez FM, Poza-Artés CM; Cuidados de suplencia total en el ACV. Intervención en el afrontamiento familiar comprometido y conocimientos deficientes. *Evidentia*. 2007 May-Jun; 4 (15). En: "http://www.index-f.com/evidentia/n15/329articulo.php"
7. López M, Santos S, Sánchez G, Bardallo L, Fernández L, Zabalegui A; Los modelos de la práctica asistencial: visión de los profesionales y estudiantes de enfermería. *Metas de Enferm*. May 2009; 12 (4): 16-26.
8. Perlado F, Alastuey C, Espinosa C, Clerencia M, Ochoa P, Domingo D; Valoración del estado funcional en ancianos hospitalizados: la escala Plutchick. *Med Clín (Barc)* 1996; 107: 45-49.
9. Ate Dijkstra, RN, PhD, Girbe Buist, MSN, Peter Moorer, et al. A reliability and Utility Study of the Care Dependency Scale. *Scnad J. Caring Sai* 2000; 14: 155-161.
10. Amaro M del C; La enfermera en la clínica: ayer, hoy y mañana. *Ateneo* 2000; 1 (1): 56-63.
11. Quiralte C, Martínez RM, Fernández C; Estudio de validez de criterio de la Escala de Norton modificada del Hospital Clínico San Carlos. *Enferm Clín* 1998, 8 (4): 151-155.
12. Miralles R, Esperanza A, Vázquez O; Valoración geriátrica en el hospital: unidades de postagudos. *Rev Mult Gerontol* 2005; 15 (1): 30-35.
13. Vallejo JM, Rodríguez M, Valverde M del M; Valoración enfermera geriátrica. Un modelo de registro en residencias de ancianos. *Gerokomos* 2007 jun; 18 (2): 19-23.
14. Fontana C, Estany J, Pujol J, Separra I, Jordán Y; Concordancia entre índices de dependencia en las actividades de la vida diaria. Experiencia de aplicación en población geriátrica de ámbito rural. *Enferm Clín* 2002; 12 (2): 47-53.
15. Hung L.-C, Lio C.C, Kuo H.-W. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 40 (1): 96-104.
16. Leung S.O, Chan CC, Shah S; Development of a Chinese version of the Modified Barthel Index-validity and reliability. *Clin Rehabil* 2007; 21 (10): 912.
17. Jurado J, Anglade MT, Canet M, Privat ML, Fábregas T, Juvinyá D; Implementación de un modelo integrado de enfermería de enlace: un estudio descriptivo. *Enferm Clín* 2008; 18 (5): 253-261.
18. Leung S.O, Chan CC, Shah S; Development of a Chinese version of the Modified Barthel Index-validity and reliability. *Clin Rehabil* 2007; 21 (10): 912.



MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Revisión y creación de nuevos protocolos de enfermería en las Consultas Externas del Hospital de Laredo de la Gerencia Única del Área II



Autoras:

**María Teresa Herrería Argos y
María Teresa Rueda Ortiz^(*)**

*Enfermera de consultas externas y quirófano
del Hospital Laredo*

() Autora para correspondencia:
maiterueda.laredo@gmail.com*

Recibido: Abril 2011
Aceptado: Agosto 2011

RESUMEN:

El hospital de Laredo está comprometido con todos los aspectos relacionados con la Salud, cuyo objetivo es proporcionar una atención integral, segura y con la máxima calidad posible, adecuada a las necesidades y expectativas de los pacientes.

"La evidencia científica sugiere que la Seguridad en los Hospitales debe ser mejorada, con ciertos requisitos y estándares, que permitan identificar las estrategias incorporadas en las instituciones que promuevan la seguridad de los pacientes".(1)

Consideramos que debemos fomentar la mejora continua en la atención prestada en las consultas de enfermería, la seguridad en las actuaciones y la menor variabilidad asistencial para el paciente.

En los últimos años, en nuestras consultas de Enfermería ha aumentado la actividad asistencial. Abarcamos una población muy dispersa, lo que nos obliga a la revisión, actualización y creación de protocolos y procedimientos que faciliten la accesibilidad a los pacientes.

Hacemos esta actuación en los años 2008 y 2009, observando que con la realización de las actividades de forma protocolizada, el número de estas no supone un aumento de carga asistencial y en cambio, aumentamos la calidad y seguridad de las mismas. La estandarización de los procesos es una mejora en lo que a seguridad para los pacientes se refiere.

Palabras clave:

- Atención de enfermería
- Procesos de enfermería
- Registros de enfermería
- Seguridad del paciente

ABSTRACT:

The Hospital of Laredo is committed to all aspects of Health, which aims to provide comprehensive care, safely and with maximum possible quality, suited to the needs and expectations of patients.

"Scientific evidence suggests that security in hospitals should be improved, certain requirements and standards, to identify the strategies built into the institutions that promote patient safety." (1)

We believe that we need to encourage continuous improvement in care in nursing visits, security in the proceedings and the least variability of care for the patient.

In recent years, our consultations nursing care activity has increased. We cover a widely dispersed population, which forces us to review, update and creation of protocols and procedures that facilitate accessibility to patients.

We take this action in 2008 and 2009, noting that with the completion of the activities of a protocol, the number of these does not increase the burden of care and instead increase the quality and safety of them. The standardization process is an improvement in that patient safety is concerned.

Key words:

- Attention of infirmary
- Processes of infirmary
- Records of infirmary
- Safety of patients

1- INTRODUCCIÓN - JUSTIFICACIÓN

"La falta de registros adaptados al proceso de atención enfermera, así como la disparidad de sus formatos, la insuficiencia de la informatización de la actividad enfermera en su conjunto, dificultan enormemente la investigación y comparación de resultados."

López Morales, M. 2004²

En base a esta premisa se comienza el estudio que se expone.

El Hospital de Laredo atiende a la población residente en el Área de Salud II de Cantabria, que, en coordinación con las 9 zonas básicas de salud de atención primaria, abarca un total de 24 municipios, con una población, en el año 2.009, de aproximadamente 100.000 habitantes

Una somera revisión en los hospitales de nuestra comunidad autónoma permite identificar una notable disparidad en el desarrollo de las Consultas de Enfermería entre los diferentes hospitales de nuestra red. En el Hospital de Valdecilla el número de especialidades es de 49, en el Hospital de Sierrallana es de 28 y en el Hospital de Laredo es de 25.

Hablamos de un Hospital con una antigüedad de 20 años, y durante este tiempo ha experimentado una evolución impor-

tante. Ha aumentado el número de consultas, de Especialidades, de facultativos y de usuarios que debemos atender. Se ha ampliado el horario de atención al turno de tarde y se realiza un mayor número de Actividades de Enfermería.

Como era previsible, hay un notable incremento de la demanda de servicios enfermeros en función de la evolución social y tecnológica que vivimos en general y más concretamente en nuestro hospital. Sin embargo, la oferta de estos servicios no se ha anticipado, sino que se va a remolque de la demanda, y esto genera en ocasiones lo insatisfacción en el personal.

Partimos, además, de una situación en que las actividades enfermeras están sin estandarizar al 100% y sin registrar adecuadamente.

*"Habitualmente los procedimientos de enfermería se han basado en el seguimiento de protocolos de enfermería diseñados a partir del conocimiento o teoría y de la experiencia profesional más que en la evidencia científica. Ésta ha sido válida y ha permitido realizar actividades, procedimientos y tratamientos dependiendo de cada situación específica"*³. En los servicios, a medida que han evolucionado, los profesionales han entendido que para cumplir unos estándares de calidad lo idóneo es realizar unos protocolos bien estructurados.

En el área de consultas externas del Hospital, disponemos de una consulta denominada **Consulta de Enfermería** en donde se realizan las diferentes actividades.

Por otro lado, en los últimos años ha aumentado el número de Enfermeras en las consultas.

La falta de continuidad en la atención a la población al no ser realizadas las actividades siempre por el mismo profesional ha provocado insatisfacción en los profesionales y a veces en los usuarios.

En los últimos años se han implantado nuevos protocolos con el objetivo de dar una Atención Continuada y de Calidad a los usuarios de forma coordinada con los diferentes servicios; además, la revisión sistemática de los realizados previamente y el registro de las actividades.

Para conseguir esto se realizan protocolos de actuación de los procedimientos y de las Actividades de Enfermería más habituales.

Según la Ley de Ordenación de las profesiones Sanitarias (LOPS)⁴, los profesionales sanitarios tienen el deber de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen.

Por todas estas razones nos planteamos este trabajo

2- OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Actualizar y crear nuevos Protocolos de Enfermería para atención a los pacientes en las Consultas de Enfermería del Hospital de Laredo.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Implantar los protocolos diseñados.
- Comparar las actividades protocolizadas en el período comprendido entre los años 2.008 y 2.009.
- Demostrar que la utilización de protocolos no aumenta la carga de trabajo.
- Demostrar la eficacia del protocolo preoperatorio

3- METODOLOGÍA

Las consultas de enfermería tienen una plantilla de 10 enfermeras distribuidas en turno de mañana y tarde. Algunas de ellas permanecen estables en una consulta, mientras que otras rotan por distintas consultas, teniendo que realizar actividades distintas, en algunos casos sin continuidad en las mismas.

Se contabilizan las actividades de enfermería durante el año 2.008.

La supervisora de consultas externas se reúne con todo el personal de enfermería periódicamente para plantear una línea de actuación de mejora y una posterior coordinación.

Los protocolos son elaborados progresivamente por el equipo de enfermería y, una vez consensuados por dicho equipo y fijada la fecha, se decide su implantación desde el primer día del año 2.009 y se revisan los implantados previamente.

Se contabilizan las actividades de enfermería durante el año 2.009 y se recogen en una tabla de excel para comparar los datos obtenidos con los del año 2.008.

Antes de comenzar se han unificado los siguientes criterios:

- En la consulta de urología se realizan diversas técnicas: instauración y retirada de sondas o de catéteres, son actividades distintas pero a la hora el registro se ha considerado único. Lo mismo ocurre con la consulta de endoscopia, a lo largo del tiempo se ha evolucionado de forma que, antes, la mayoría de exploraciones se realizaban sin sedación, actualmente son bajo anestesia; por este motivo ahora no se contabilizan las sedaciones. Con relación a las extracciones analíticas se ha separado de la siguiente manera: extracciones de adultos, extracciones pediátricas y curvas de glucemia.

- El protocolo preoperatorio consiste en la realización de toma de constantes, electrocardiograma, analítica, radiografía, antropometría y posteriormente el paciente será remitido a la consulta de anestesia para su revisión por su anestesiólogo.

4- RESULTADOS

En primer lugar se identifican todas las actividades realizadas habitualmente y registradas como puede observarse en la tabla 1:

TABLA 1

CONSULTA	ACTIVIDAD
Enfermería general	Holter, electrocardiograma, preoperatorio completo, curas, espirometrías, inyectables, extracciones, curvas de glucemia, extracciones sin cita, extracciones pediátricas, tensión arterial, Test de aliento y otros.
Enfermería en Oftalmología	Campimetrías, angiometría, Test de colores
Enfermería en Ginecología	Histeroscopias, colposcopias y criocoagulaciones
Enfermería en Traumatología	escayolas, curas y vendajes
Enfermería en Endoscopias	Colonoscopias, gastroscopias, broncoscopias, polipectomías con sus respectivas relajaciones

TABLA 1
(continuación)

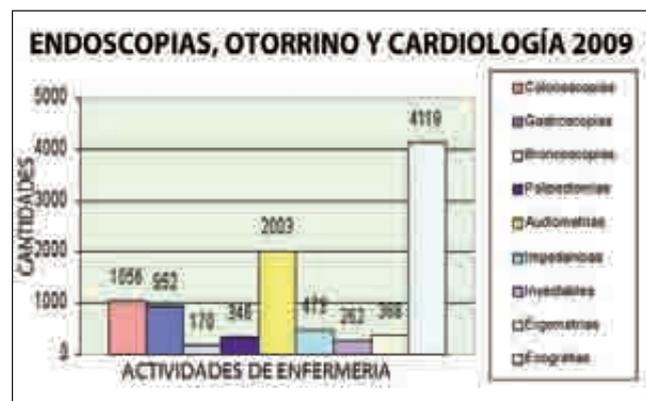
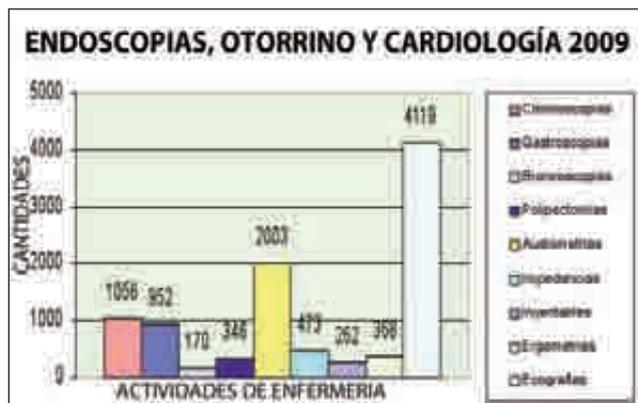
CONSULTA	ACTIVIDAD
Enfermería en Otorrinolaringología	Audiometrías, impedancias e inyectables
Enfermería en Cardiología	Ergometrías y ecocardiogramas
Enfermería en Urología	Lavados medicamentosos, cistoscopias, dilataciones y todas las técnicas relacionadas con quitar o poner sondas o catéteres y curas.

En la tabla 2 se identifican el conjunto de actividades previstas para protocolizar en las diversas consultas.

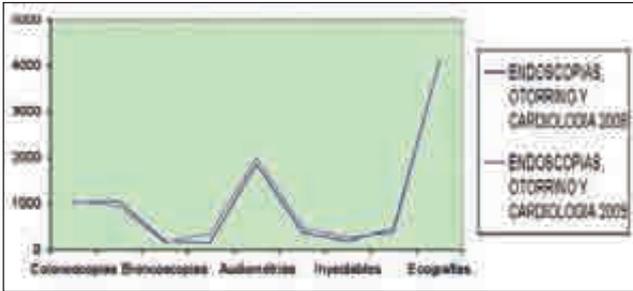
TABLA 2

CONSULTA	ACTIVIDAD PROTOCOLIZADAS
Enfermería	Holter, Espirometría, Test de coagulación
Oftalmología	Campimetría y Angiometría
Ginecología	Colposcopia e Histeroscopia
Endoscopias	Broncoscopia
Cardiología	Ergometría
Urología	Cistoscopia y Lavados vesicales
Otorrinolaringología	Audiometría, Impedancia
Traumatología	Escayolas, curas, vendajes

REPRESENTACIÓN GRAFICA DE ACTIVIDADES POR LAS CONSULTAS REFERIDAS



Representación gráfica comparativa de algunas actividades



Como se puede observar no existe ninguna deferencia en estas actividades recogidas comparando entre años.

GRÁFICOS QUE RECOGEN LAS ACTIVIDADES DE LAS RESPECTIVAS CONSULTAS

Se registra un aumento importante en la técnica de vendajes.

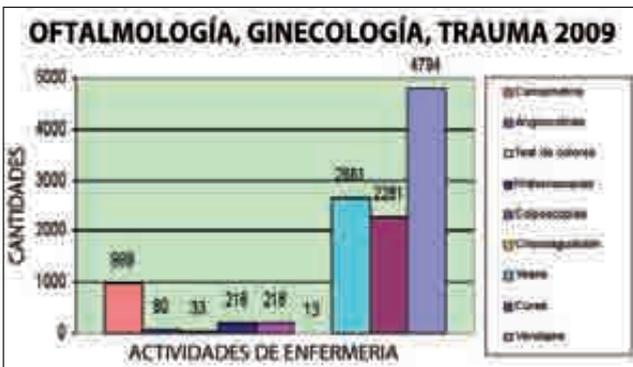
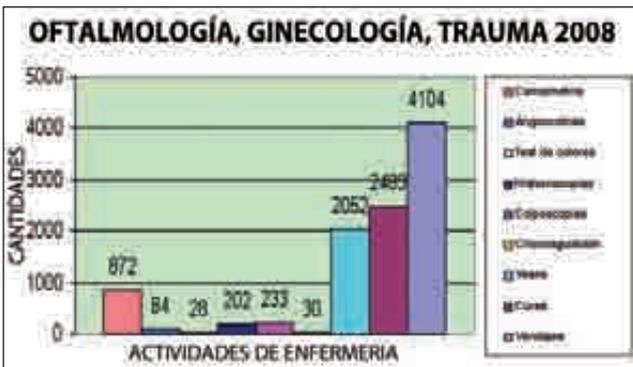


Gráfico comparativo actividades indicadas por consulta.



No muestra diferencias.

DIAGRAMA DE BARRAS COMPARANDO LAS ACTIVIDADES EN LOS RESPECTIVOS AÑOS

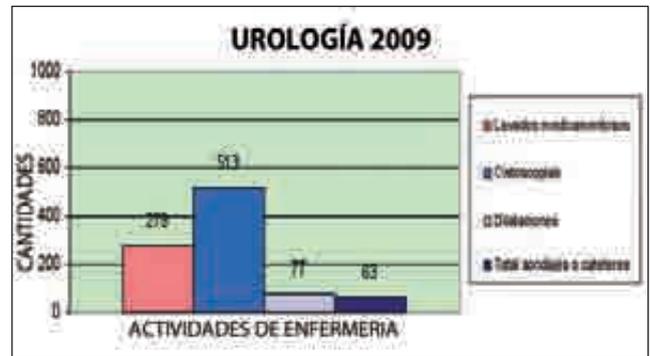
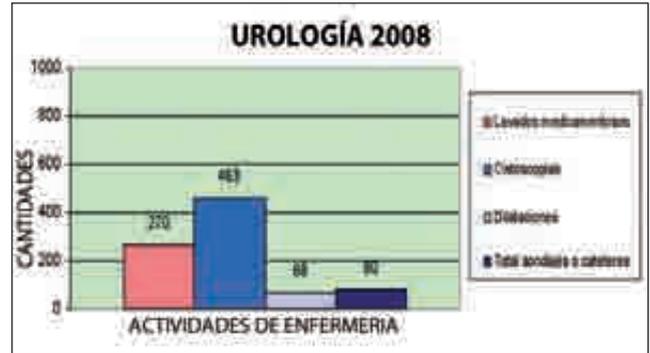
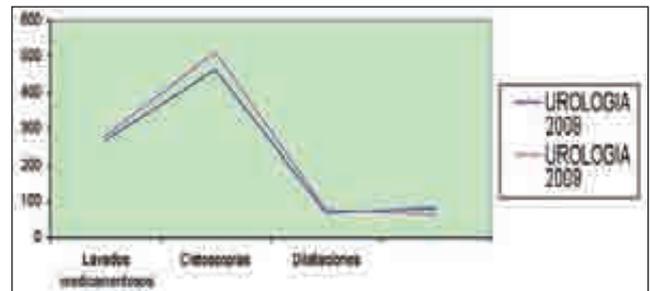


Gráfico comparativo actividades de consulta de urología.



En los años indicados.

GRÁFICOS DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA

propriadamente dicha, donde se realizan diversas técnicas o actividades enfermeras diversas

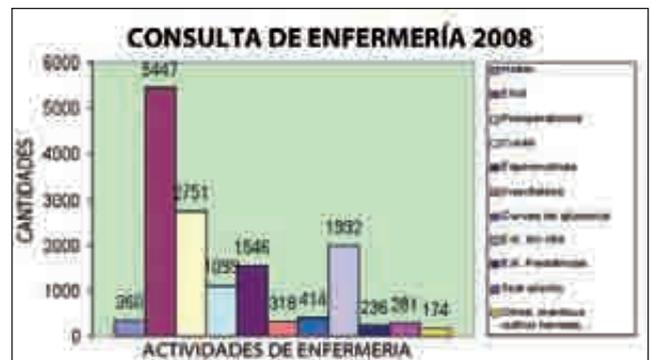




Gráfico comparativo en los diversos años.



Con la implantación de nuevos protocolos y la revisión de los ya existentes en el período 2008-2009, se observa que las líneas de las representaciones gráficas prácticamente se superponen, dando idea de igualdad en el número de actividades realizadas.

Se debe tener en consideración que la programación de las actividades enfermeras dependen tanto de la demanda por parte de los facultativos como del número de consulta programadas por enfermería.

La implantación de protocolos no ha implicado una carga laboral para los profesionales de enfermería, sino que ha redundado en seguridad al realizar la actividad, tanto para el paciente como para el profesional que la ha realizado. Se tiene tendencia a pensar que todo lo que supone un registro implica mayor carga de trabajo y por lo tanto una pérdida de tiempo, concepto que se desvanece con estos resultados. El empleo de protocolos permite realizar la actividad enfermera de forma más segura.

El protocolo preoperatorio que como hemos dicho está compuesto por una serie de técnicas complementarias, registradas en los gráficos de consulta de enfermería, ha sido posible implantarlo, sin que suponga una mayor carga de trabajo, favoreciendo y facilitando el acceso del paciente a los servicios y evitando que acuda a consultas externas varios días.

Quedan actividades por protocolizar pero la evolución ha sido muy favorable.

Aunque no forma parte de los objetivos de este trabajo hemos observado que cada una de estas actividades lleva consigo un número importante de problemas en los pacientes que se traducen en intervenciones enfermeras que realizamos sobre ellos, así por ejemplo, en la mayoría de las consultas los pacien-

tes presentan:

PROBLEMA: suplicia para la movilización-
Intervención: 1806 según el NIC, ayuda con los autocuidados: trasferencias.

PROBLEMA: Suministro de servicios de asistencia-
Intervención: 7920, registrar las valoraciones, diagnósticos enfermeros, intervenciones y los resultados de los cuidados proporcionados; cumplir los estándares de la práctica para la documentación en el centro.

Intervención: 7710, colaboración con el médico.

PROBLEMA: Riesgo de infección secundario a técnicas invasivas

Intervención: 6550, protección contra las infecciones; 2300, administración de medicamentos...^(5,6,7)

5- DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

No ha habido desviaciones importantes en cuanto a cantidad de actividades enfermeras en el estudio, sin embargo, existen dificultades para registrar todas las actividades que se realizan en las consultas y se debería tener un control más riguroso y con unos criterios mejor definidos para poder realizar estudios posteriores.

La satisfacción de las enfermeras con respecto a la implantación de los protocolos se percibe que ha sido positiva, lo cual mejora el ambiente de trabajo y la relación entre los profesionales.

Por todo esto además, se puede concluir que los protocolos estandarizados sirven de guía a las enfermeras de nueva incorporación en el servicio. Orientan sobre lo necesario en el momento de actuar o de realizar registros. Aportan criterios que aseguran la calidad y seguridad y permiten optimizar mejor el tiempo enfermero.

La estandarización de procesos redundante en una mejora de la seguridad de los usuarios. La falta de registros adaptados al proceso de atención enfermera, así como la disparidad en las actuaciones, la insuficiencia de la informatización de la actividad enfermera en su conjunto, dificultan la investigación y comparación de resultados.

Para el futuro sería conveniente intentar incluir metodología enfermera a través de la taxonomía NANDA, NIC y NOC en estos protocolos de atención al paciente y familia en consultas externas. Es deseable avanzar realizando protocolos de enfermería de todas las consultas sobre la base de la metodología de trabajo enfermero.

Con relación a la población, no ha habido participación del paciente ni de la familia en este estudio, puesto que se ha realizado una revisión de las actividades que la enfermera realiza con ambos.

Quizá, y como línea de investigación futura sería conveniente realizar estudios sobre la calidad percibida por el paciente.

Es una realidad que las familias y/o los pacientes, en algunos casos, se veían obligados a acudir al hospital varios días con el trastorno correspondiente, gracias a la nueva implantación del protocolo preoperatorio es resuelto a lo largo de la mañana en una sola visita al hospital.

Como consecuencia del incremento en la demanda asisten-

cial y con el fin de mejorar la seguridad del paciente dentro de los servicios hospitalarios, se ha visto la necesidad de desarrollar proyectos e intervenciones que permitan convertir a los hospitales en un centro proveedor de salud seguro para sus pacientes, familiares, personal de salud y cualquier persona que

demande el servicio.

La implantación de protocolos en las consultas del Hospital obedece a este desarrollo de intervenciones que será progresiva en el tiempo y, en este caso, han sido realizados por las enfermeras de las consultas externas del Hospital de Laredo.

6- BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez-Zúñiga, A. Evaluación de la existencia y aplicación de buenas prácticas en Seguridad del Paciente en dos hospitales en México. Revista CONAMED, julio- septiembre 2009; 14, (3): 12-15.
 2. López Morales, M. Consulta a demanda de enfermería. Seapremur. Revista noviembre 2004. [en línea] fecha de acceso: 17 de septiembre de 2009; URL disponible en: http://www.seapremur.com/Revista_Nov_04/Consulta_a_demanda_de_enfermeria.
 3. Ramos de la Cruz, E. Enfermería basada en la evidencia. Duazary, 2º semestre de 2004; 1, (2): 148-152
 4. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, Ordenación de las profesiones Sanitarias (LOPS). (BOE, núm. 280, de 22/11/2003).
 5. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004. Madrid: Elsevier; 2003.
 6. Ramos Sánchez, M.E. Proceso enfermero en la consulta de Urología: un reto para enfermería traducido en mayor nivel de calidad en los cuidados del paciente. ENFURO. 2009; 110: 23-27.
 7. McCloskey Dochterman, J. Bulechek, G.M. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª Edición. Madrid: Elsevier; 2004.
-



ARTÍCULO ESPECIAL



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica



Protocolo de atención a patología aguda desde enfermería en Atención Primaria

Conferencia impartida en los Cursos de Verano de la Universidad de Cantabria

IV edición del Curso 'Actualización en Atención Primaria de la Salud' (Laredo - 1 al 5 de agosto de 2011)

Autora: Belén Fernández Sáiz

Enfermera del Centro de Salud Bajo Asón

*dirección para correspondencia:
bfernandez@scsalud.es*

Recibido: Septiembre 2011
Aceptado: Septiembre 2011

1- INTRODUCCIÓN

La gestión de pacientes no urgentes mediante el despliegue de circuitos alternativos, donde gana protagonismo la consulta de enfermería, ha generado en modelos sanitarios más avanzados, como el del Reino Unido, una respuesta que a veces se ofrece de manera informal en muchos de nuestros centros, sobre todo de AP, donde la Enfermera Especialista se ha mostrado como un recurso efectivo que aporta excelentes resultados clínicos y de satisfacción por parte de los usuarios.

En dicha gestión, el rol que desempeñan las enfermeras de Atención Primaria (AP) no se corresponde ni con sus capacidades ni con sus potencialidades, ni siquiera con las prestaciones que actualmente ejercen de manera más o menos reconocida. Algunos servicios sanitarios autonómicos empezaron a crear consultas de enfermería a demanda, cambiando el formato de consultas exclusivamente programadas, centradas en una población muy específica, por consultas con agenda propia y más accesible. De esta manera, la enfermera puede participar activamente en la gestión y modulación de la demanda y, lo que es más importante, en la resolución de ésta.

En la asistencia tradicional, la atención urgente en AP se convierte en una situación administrativa y asistencialmente ambigua, cuya solución pasa ineludiblemente por el médico de familia y la existencia de esa 'puerta única' compromete la accesibilidad de los pacientes al sistema y, en algunas ocasiones, puede comprometer su seguridad, ya que hablamos de urgencia.

El rol de la enfermera en la atención de pacientes agudos –desde un punto de vista clásico– se centra en la realización de pruebas diagnósticas, la administración de tratamientos, la valoración y monitorización de las constantes vitales, la colaboración con el médico y los dispositivos específicos de atención de estos pacientes.

Pero el desarrollo competencial de la enfermera y la apuesta por una atención integral del paciente, señalan un camino que lleva a que tengan una mayor implicación en el abordaje de estas situaciones, máxime cuando la mayoría de los casos presentan situaciones con baja gravedad y son los factores clínicos (naturaleza, gravedad, posibilidad de recuperación, etc.) y el entorno (factores sociales, familiares, organizativos, vulnerabilidad, fragilidad, etc.) los que, de alguna manera, delimitan la urgencia que presenta el paciente.

En las unidades de urgencias de AP, la visión enfermera puede dar un nuevo enfoque al triaje clásico. Esta actuación no mejoraría la cantidad de la atención, pero sí la calidad de la demanda y de la respuesta que generamos, logrando que los usuarios –generalmente pacientes autónomos y de mediana edad– abandonen la sensación de colapso que se produce en estos servicios, a donde acuden en busca de una solución inmediata a problemas poco complejos ante las dificultades a la accesibilidad de la consulta médica normalizada.

Numerosos autores señalan que no existe el paciente polifrecuentador de las urgencias, sino una conducta polifrecuentadora que puede correlacionarse –a veces con fuerza– con el 'es-

tilo' del proveedor y de cómo gestiona la demanda. Por eso, la atención urgente en AP debe aportar una respuesta que satisfaga al paciente y que sea sostenible por la organización y es en este ámbito donde se deben centrar los esfuerzos, pues nos encontramos ante una realidad compleja en lo que se refiere al perfil del usuario y sus necesidades, y solo la estratificación de paciente por niveles de gravedad, más allá de su relevancia organizativa, garantizará la salvaguarda del principio de equidad de la atención.

¿Qué herramienta tenemos para organizar la demanda de manera eficiente y con el mejor respaldo científico?

La respuesta pasa por utilizar la **CLASIFICACIÓN** de pacientes por enfermería, y su desarrollo competencial, lo que contribuirá a garantizar la seguridad de los pacientes, organizar su atención y servicios relacionados en función a los niveles de prioridad y conocer el perfil de la población atendida. Esta actuación permitirá optimizar los servicios de urgencias en cualquier escenario.

Es en este escenario donde gana importancia la capacidad profesional del enfermero para dar respuesta a la demanda del paciente o derivar con celeridad lo que no pueda gestionar. Este nuevo filtro facilitará el ajuste de la cartera de servicios y la de clientes.

Todos los sistemas de salud de los países desarrollados intentan mejorar la **ACCESIBILIDAD** del ciudadano al sistema, a través de iniciativas orientadas a incrementar el número de puntos de atención –respuesta inmediata pero inviable–, diversificar la respuesta –garantiza cierto éxito y la sostenibilidad del sistema (es la más adecuada)– o ajustar la oferta de servicios –espacios de atención evolucionados–.

Estas intervenciones son efectivas pero no todas eficientes, pues la sostenibilidad del sistema ha condicionado la renovación de los modelos de asistencia y la Administración ya ha optado por modelos que incrementan la accesibilidad y que incluyen a la enfermera como un elemento finalista en algunos escenarios de práctica clínica.

Este incremento en la accesibilidad al sistema pasa de manera ineludible por formar a los profesionales con un perfil clínico reconocido en el nuevo escenario –a pesar de los conocimientos, habilidades y actitudes que poseen, pudiera ser necesario estudiar aspectos específicos para trabajar en las áreas de Urgencias– e implicar al grupo de trabajo en el desarrollo de estas iniciativas y, sobre todo, identificar la cartera de clientes subsidiarios de la intervención.

Además, estos circuitos alternativos no obstaculizan al resto de pacientes, ni provocan demora en los pacientes con mayor nivel de gravedad.

2- CONSULTA DE ENFERMERÍA

La entrada del paciente a la consulta de Enfermería se realiza a través de la clasificación, cuando al paciente se le asigna el nivel de prioridad 5 –el nivel de gravedad va desde el 1 al 5, siendo el

La Administración ya ha optado por modelos que incrementan la accesibilidad y que incluyen a la enfermera como un elemento finalista en algunos escenarios de práctica clínica"

1 el más grave y de atención inmediata, el 5 el más leve y sería atendido solo por personal de enfermería–.

La atención en la Consulta Enfermera de Demanda se define como un subproceso orientado a la atención del paciente, al que se ha asignado un nivel de prioridad 5.

Los objetivos de esta clasificación es mejorar la accesibilidad del paciente, al incrementar las puertas de entrada con potencial capacidad resolutoria en la asistencia urgente; incrementar la participación de la enfermera en la respuesta a la demanda urgente y mejorar la gestión de las agendas, adecuando e incrementando su eficiencia.

3- DESARROLLO DE LA DEMANDA

El servicio de admisión realizará la recogida de datos del paciente –identificación, motivo de la consulta, etc.– y realizará el traslado al área de clasificación, donde, posteriormente, será acogido en la consulta de enfermería, que comprobará la filiación del paciente y realizará una exploración y valoración clínica, derivando o activando circuitos según el nivel asignado.

Cuando a un paciente se le asigna el Nivel 1 y 2, la actuación es inmediata, contacto inmediato con el médico de referencia y/o despliegue de circuitos articulados al efecto.

En los casos de nivel 3 y 4 se derivará al profesional de referencia, con informe de derivación y gestionando la cita correspondiente.

En casos de nivel 5, siguiendo el protocolo, el paciente es atendido por enfermería de su patología –catarros, diarrea sin deshidratación, traumatismos leves, ITU, vómitos sin deshidratación, cuerpo extraño en ojo, dolor de espalda crónico... mediante un procedimiento de un árbol de decisiones que estará previamente consensuado. Posteriormente, sería dado de alta o se derivaría al profesional correspondiente si se eleva su nivel de atención.

Si se presenta rechazo por parte del paciente, se intentará negociar y si el rechazo persiste se derivará al médico, con su informe.

4- COMPETENCIAS

Este concepto hace referencia a la capacidad necesaria que ha de tener un profesional para realizar un trabajo eficazmente –conocimiento, habilidades y actitudes–, y los profesionales de enfermería los tienen, pero pudiera ser necesario profundizar nuestros conocimientos en algún campo. Para AP se hace necesario el desarrollo de la “Ley de Prescripción Enfermera”.

Organización de los cuidados y mecanismos de financiación: ¿que hay en otros países?

Es posible pensar en un modelo de atención compartida entre los dos principales proveedores de atención primaria –médicos de familia y enfermeras comunitarias– con servicios accesibles directamente a uno u otro, según la demanda, y orientados a la naturaleza de la misma.

En el Reino Unido, EE UU, Canadá, o Australia hace tiempo que se está desarrollando esta actuación.

En países como Francia, los cuidados primarios son asegurados por médicos generalistas principalmente, aunque existe una progresión a los centros de salud multidisciplinares.

En el caso de los EE UU, el desarrollo de las prácticas en enfermería surge en zonas rurales y alejadas con muy pocos médicos. Realizan las actividades de los cuidados primarios y suelen estar pagados directamente por las aseguradoras de salud pública o privada.

En Canadá, el pago por procedimientos sobre una base individual ha sido un obstáculo debido a que la transferencia de tareas de cuidados de salud puede

implicar una pérdida de ingresos a los médicos. En la actualidad, existe una evolución hacia la experimentación de métodos de pago alternativos que favorezcan la colaboración entre enfermeros especialistas y médicos. En zonas alejadas de grandes núcleos de población, como son algunos territorios de Alaska, las enfermeras pueden prescribir.

En el Reino Unido, desde hace algunos años se están desarrollando consultas a demanda por enfermería.

Según el estudio realizado por *Cochrane Plus** para comparar la atención ofrecida por enfermeras (nurse practitioners) y médicos (general practitioners) a pacientes que solicitaron consulta a demanda en atención primaria, “*Las enfermeras ofertan una atención efectiva y satisfactoria para los pacientes que solicitan consulta a demanda*”.

Se realizó un ensayo clínico aleatorio con pacientes asignados a médicos o enfermeras en 10 centros de atención primaria del sur de Gales y sudoeste de Inglaterra.

Las enfermeras se reclutaron entre las empleadas en los centros de atención primaria de la zona. Habían cursado estudios de nivel avanzado en práctica clínica y atendían directamente a los pacientes que demandaban consulta en el día, realizando actividades similares a las del médico –valoración del paciente, solicitud de pruebas diagnósticas, prescripción y derivación a otros profesionales o centros–.

Se investigaron la satisfacción del paciente, la evolución de los síntomas, los problemas de salud dos semanas después de la consulta, las características de la atención en consulta –duración e información proporcionada al paciente sobre la naturaleza de la enfermedad y cuidados–, se analizaron los recursos utilizados –pruebas, prescripciones y derivaciones– y la utilización de otros servicios por el mismo problema en las cuatro semanas siguientes.

Los resultados señalaron que en ocho de los diez centros, los pacientes atendidos por enfermeras se mostraron más satisfechos que los atendidos por médicos, siendo la diferencia media en los padres de niños (-4.8) y oscilando en los adultos (-8.8). La evolución de síntomas fue semejante en ambos grupos.

Por otro lado, enfermeras y médicos mostraron un compor-

* Cochrane Plus (nº1-2011/ISSN 1745-9990)

tamiento similar al solicitar pruebas diagnósticas, prescribir tratamientos o derivar a otro profesional. Sin embargo, las enfermeras emplearon más tiempo por paciente y proporcionaron más información y consejo que los médicos.

En cuatro de los centros se encontraron diferencias notables entre el número de personas que consultaría de nuevo con el mismo tipo de profesional, según éste hubiera sido médico (73%) o enfermera (32%). En el resto de centros no aparecieron estas diferencias.

La conclusión del estudio justifica la estrategia de potenciar el papel de una enfermería con formación avanzada en práctica clínica para mejorar la accesibilidad y coste-efectividad de los servicios de Atención Primaria, pues los resultados clínicos obtenidos por médicos y enfermeras fueron similares. En este caso, los pacientes atendidos por enfermeras se mostraron más satisfechos que los atendidos por médicos, probablemente por un estilo de práctica que utiliza más tiempo por paciente y proporciona más información y consejo.

Enfermería y medicina deben darse la mano y caminar juntos por el futuro de ambas profesiones y, sobre todo, por el bien y el futuro de la sociedad y de nuestro Sistema de Salud.

¿Pueden los resultados de estos estudios ayudarnos a mejorar la organización de nuestra atención primaria?

En el nivel primario, las fronteras entre el tratamiento médico del problema y el cuidado ante el mismo son difíciles de establecer. Se necesita un enfoque enfermero –cuidador– y un enfoque de la medicina para abordar el conjunto de demandas de la población y algunas serán resueltas con atención médica, otras con atención enfermera y las más con una combinación de ambas.

Es posible pensar en un modelo de atención compartida entre los dos principales proveedores de atención primaria –médicos de familia y enfermeras comunitarias– con servicios accesibles directamente a uno u otro, según la demanda, y orientados a la naturaleza de la misma.

Enfermería y medicina deben darse la mano y caminar juntos por el futuro de ambas profesiones y, sobre todo, por el bien y el futuro de la sociedad y de nuestro Sistema de Salud.

Agenda

III CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

“Seguridad del paciente, reto y compromiso”

Madrid, 11 y 12 de noviembre de 2011

Organización: Asociación Española de Enfermería en Endoscopia Digestiva

Información: <http://www.congreso.aeeed.com/>

X CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN ORL

Barcelona, 14 y 15 de noviembre de 2011

Organización: Asociación Española de Enfermería en Otorrinolaringología

Información: <http://www.telefonica.net/web2/jmgara/congreso-aeorl/index.html>

XV ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS

Madrid, 15 a 18 de noviembre de 2011

Organización: INVESTEN – iscii

Información: <http://encuentros.iscii.es/madrid2011/es/index.html>

8º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA

Gijón, 16 a 18 de noviembre de 2011

Organización: Asociación Española de Enfermería Quirúrgica

Información: <http://www.8enfermeriaquirurgica.com/>

XVIII REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

Barcelona, 17 y 18 de noviembre de 2011

Organización: Sociedad Española de Enfermería Neurológica

Información: <http://www.sen.es/sedene2011/index.htm>

XXIV CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

“Urgencias en buenas manos”

Bilbao, 19 y 20 de abril de 2012

Organización: Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias

Más información en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com>

XIX CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA

“De Senectute, dos mil años después”

Tarragona, 26 y 27 de abril de 2012

Organización: Sociedad Española de Enfermería en Geriatría y Gerontología

Información: <http://congresoseegg2012.atlantacongress.org/>

XXXIII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

Las Palmas de Gran Canaria, 2 a 4 de mayo de 2012

Organización: Asociación Española en Cardiología

Información próximamente:

<http://www.enfermeriaencardiologia.com/principal.htm>

XI CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

Salamanca, 9 a 11 de mayo de 2012

Organización: Asociación Española de Enfermería en Traumatología y Ortopedia

Información próximamente en: <http://www.aeeto.com/>

V CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE QUEMADOS Y CIRUGÍA PLÁSTICA

Cáceres, 16 a 18 de mayo de 2012

Organización: Sociedad Española de Enfermería de Quemados y Cirugía Plástica

Información: <http://www.seeqp.org/>

II CONGRESO INTERNACIONAL Y VIII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

Barcelona, 16 a 18 de mayo de 2012

Organización: Asociación de Enfermería Comunitaria

Información: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/>

XXXVIII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA INTENSIVA Y UNIDADES CORONARIAS

“Medicina Intensiva más allá de la UCI. Nuevos retos”

Santander, 10 a 13 de junio de 2012

Organización: Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias

Información: <http://www.seeiuc.com/portal.htm>



Aspectos éticos de la investigación clínica en enfermería

Autora: Nuria Martínez Rueda

Recibido: abril 2011

Aceptado: junio 2011

Supervisora de enfermería de los servicios Digestivo, ORL y Cirugía Masilo Facial del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

*Autora para correspondencia:
nmartinez@humv*

CORRECCIÓN DE ERROR

Se adjunta el capítulo de bibliografía correspondiente al trabajo de investigación 'Aspectos éticos de la investigación clínica en enfermería' que se publicó de forma errónea en la revista nº 3

8- BIBLIOGRAFÍA

1. Aspectos éticos de la investigación en enfermería clínica. Antonio Pardo. Departamento de Bioética. Universidad de Navarra.
2. Investigación: su lugar en la educación y en la práctica de la enfermería. Eunsa, Pamplona 1995: 207-217.
3. Investigación clínica. Diego Gracia. In. Profesión Médica: investigación y justicia sanitaria. Santa Fé de Bogotá: Buho, 1998: 105
4. La experimentación humana. Gafo J. In: gafo J. Ética y Legislación en Enfermería. Madrid: Universita, 1994: 207-31
5. La ética de la investigación biomédica. Boletín de la Biblioteca del Congreso de la Nación: Pensar la ciencia II 2003-2004. Buenos Aires. Biblioteca del Congreso. 2006: 79-98.
6. Deontología Biológica. N. López Moratalla:
 - Experimentación científica en el hombre
 - Experimentación en fetos humanos
 - Tecnología genética aplicada al hombre
7. En investigación biomédica, un olvido histórico: la persona. María Bandrés Sánchez y Marisa Tsuchida Fernández. Ars médica. Revista de estudios médico humanísticos. Universidad católica de Chile. Vol 9.



Normas de publicación de trabajos, estudios o proyectos

NUBEROS CIENTÍFICA es una publicación de carácter científico de la Fundación de la Enfermería de Cantabria, cuyos principales objetivos son promover la investigación científica enfermera y difundir la producción científica entre los profesionales de Enfermería de Cantabria y de otras Autonomías.

En ella tienen cabida todos los temas relacionados con aspectos clínico-asistenciales, de metodología científica de trabajo (NANDA, NIC, NOC), de calidad de cuidados, de aspectos sociosanitarios o comunitarios, de salud laboral, de salud medioambiental, de gestión, de docencia y de formación. Todo ello con la perspectiva de la **enfermería basada en la evidencia científica**.

Las normas para la publicación de trabajos, estudios o proyectos están basadas, fundamentalmente, en las Normas de Vancouver para la uniformidad de manuscritos presentados a Revistas Biomédicas y se describen a continuación:

1. Normas generales de publicación.
 - Trabajos o estudios científico técnicos.
 - Proyectos de investigación científica.
 - Trabajos o estudios de investigación de carácter cualitativo.
2. Ilustraciones.
 - Tablas y gráficos.
 - Fotografías.
3. Referencias bibliográficas.
4. Normas éticas.
5. Relación de documentos que deben contener los trabajos para enviar a NUBEROS CIENTÍFICA.

1. NORMAS GENERALES DE PUBLICACIÓN

Los manuscritos de los trabajos se podrán enviar a la dirección electrónica del Colegio de Enfermería de Cantabria, en cuya web se encuentra la información relativa al envío.

Se enviará con una carta de presentación solicitando la publicación, donde constará, expresamente, si el trabajo ha sido o no presentado o publicado en otro evento o revista científica. Además, si existe o no conflicto de intereses.

Es conveniente conservar copia del trabajo.

Los trabajos deberán realizarse y presentarse en procesador de textos programa Word y en Excel o Power Point para gráficos.

La extensión máxima será de 4.000 palabras (caracteres con espacios) y al escribir el trabajo en Word se tendrá en cuenta que:

- Tipo de letra será Time New Roman, cuerpo 12, espaciado e interlineado normales
- Evitar "negritas", subrayados o mayúsculas para resaltar.
- Deberán evitarse las abreviaturas o siglas y, cuando sean necesarias, se explicará (la primera vez) entre paréntesis su

significado. Se exceptúan las unidades de medida del Sistema de Medidas Internacional.

- Utilizar entrecomillados "... " para citas textuales.
- Utilizar entrecomillados '...' para referencias, títulos o nombres técnicos.
- Utilizar cursiva cuando se utilicen palabras en otro idioma o en latín.
- Las páginas irán numeradas consecutivamente en el ángulo superior derecho.
- En la **primera página** se incluirá, por orden:
 - Título del artículo, deberá ser conciso y lo suficientemente informativo.
 - Nombre y dos apellidos de los autores (máximo seis).
 - Lugar de trabajo, departamento e institución.
 - Identificación de autor responsable para la correspondencia del manuscrito y su dirección electrónica.
 - Apoyos recibidos (si existieran) para la realización del estudio o trabajo.

Todas las personas que figuran como autores (profesionales de Enfermería) deberán estar cualificadas para ello, en caso contrario y con su permiso, podrán figurar en la sección de agradecimientos.

En la **segunda página** se deberá incluir un único párrafo (RESUMEN/ABSTRACT) de un máximo de 200 palabras (español/inglés) que, de manera resumida, esboce:

- Justificación.
- Propósito del estudio (objetivo).
- Metodología.
- Resultados relevantes.
- Conclusiones importantes.
- Aportación del trabajo a la comunidad científica o a la sociedad.

Al final del resumen se incluirán las palabras clave (de 3 a 10 palabras o frases cortas), que permitirán indexar el artículo en las bases de datos. Serán en lenguaje MeSH.

En las **siguientes páginas** se incluirá el texto del trabajo o estudio, dividiendo claramente los apartados del mismo. Los **trabajos o estudios científico técnicos** deben seguir (de manera general) las fases de la metodología científica:

1. Título
2. Introducción-Justificación.
3. Objetivos: general y específicos.
4. Metodología (material y métodos).
5. Resultados.

6. Discusión-Conclusiones. Aportación del trabajo a la comunidad científica o a la sociedad.
7. Bibliografía.
8. Anexos.

Los **proyectos de investigación científica** deben contener los siguientes capítulos:

1. Título.
2. Introducción, antecedentes y estado actual del tema. Marco teórico.
3. Hipótesis. Objetivos.
4. Metodología.
5. Aspectos éticos.
6. Utilidad de los resultados, en relación a la comunidad científica y a la sociedad.
7. Plan de trabajo.
8. Experiencia del equipo investigador (resumen curricular).
9. Medios disponibles y necesarios.
10. Bibliografía.
11. Relación de anexos.

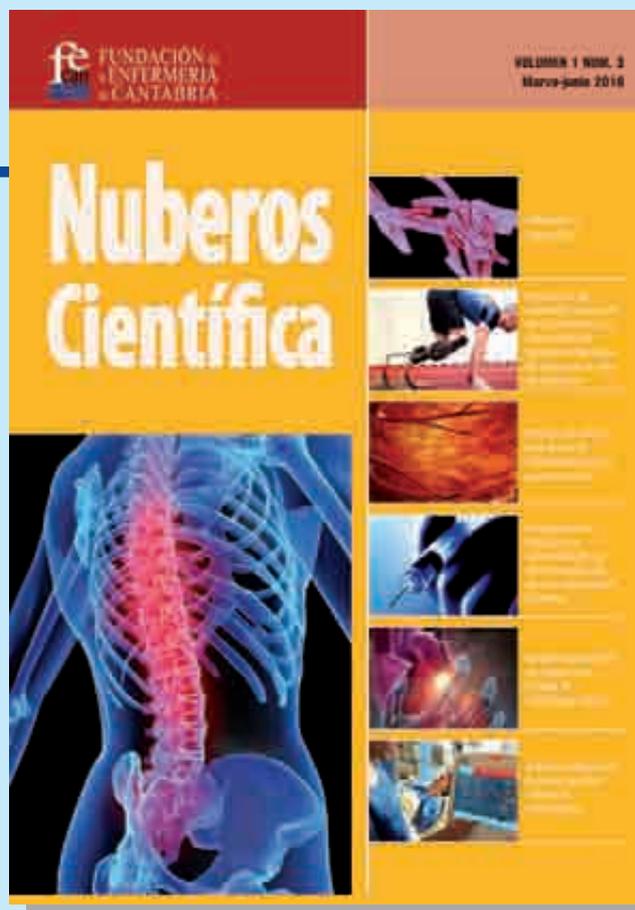
Los trabajos de investigación de carácter cualitativo deben contener al menos:

1. Título.
2. Introducción-Justificación de estudio cualitativo. Marco teórico.
3. Objetivos.
4. Metodología de análisis cualitativo.
5. Resultados.
6. Discusión.
7. Aportaciones del trabajo a la comunidad científica o a la sociedad.
8. Bibliografía.
9. Anexos.

2. ILUSTRACIONES

Tablas y gráficos: Se presentarán realizadas mediante aplicación informática y en archivo aparte. Serán sencillas, con un título breve y las siglas o abreviaturas se explicarán al pie. Es conveniente que sean de formato similar. Deben estar correctamente referenciadas en el texto.

Fotografías, grabados y dibujos: Se incluirán solo cuando sean necesarias para la comprensión del texto. Se presentarán en archivo electrónico de alta resolución (300 ppp) y formatos JPEG o TIF. Solo se admitirán un máximo de cuatro fotografías por trabajo. NUBEROS CIENTÍFICA se reserva el derecho de introducir fotos



o dibujos alusivos al tema tratado de acuerdo a las necesidades de ajuste de espacio en la publicación.

3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Deben presentarse correlativamente según el orden de aparición en el texto (se utilizarán números con la opción *superíndice*). Se recomienda un máximo de 30 referencias, escritas (rigurosamente) según las normas de Vancouver.

4. NORMAS ÉTICAS

- Se indicará, expresamente y cuando se trate de experimentación humana, si los procedimientos empleados han respetado los criterios éticos de los comités responsables.
- Del mismo modo, si se trata de experimentación animal.
- No se identificará a los pacientes o enfermos ni con nombres o ni con iniciales.
- Las fotografías, si existieran, no identificarán a las personas.
- Se informará a personas e instituciones, solicitando su consentimiento para la realización del trabajo.
- Se adjuntará (en anexos) fotocopias de los permisos o autorizaciones, así como el dictamen del Comité de Bioética o de Ensayos Clínicos de la Comunidad Autónoma.

5. RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE DEBEN CONTENER LOS TRABAJOS:

Los trabajos deben enviarse a: colegio@enfermeriacantabria.com

- Carta de presentación.
- Texto del manuscrito.
- Archivo con las ilustraciones.
- Archivo con las fotografías, si se precisa.

El Colegio te ofrece...

- Formación de Postgrado
- Becas de Formación
- Asesoría de Investigación
- Defensa Jurídica
- Póliza de Responsabilidad civil
- Asesoramiento Fiscal
- Defensa de los intereses profesionales
- Registro Oficial de Profesionales

Con el impulso de todo un colectivo, se avanza en pro de la mejora y el éxito profesional:

- Estudios Universitario de Grado
- Especialidades en Enfermería
- Prescripción Enfermera
- Medidas de Bioseguridad



**Colegio de Enfermería
de Cantabria**

*Una apuesta decidida
por el **DESARROLLO**,
la **FORMACION** y
la **DEFENSA** de los
intereses profesionales*

*La colegiación es un ¡SERVICIO!...
Aprovéchalo*