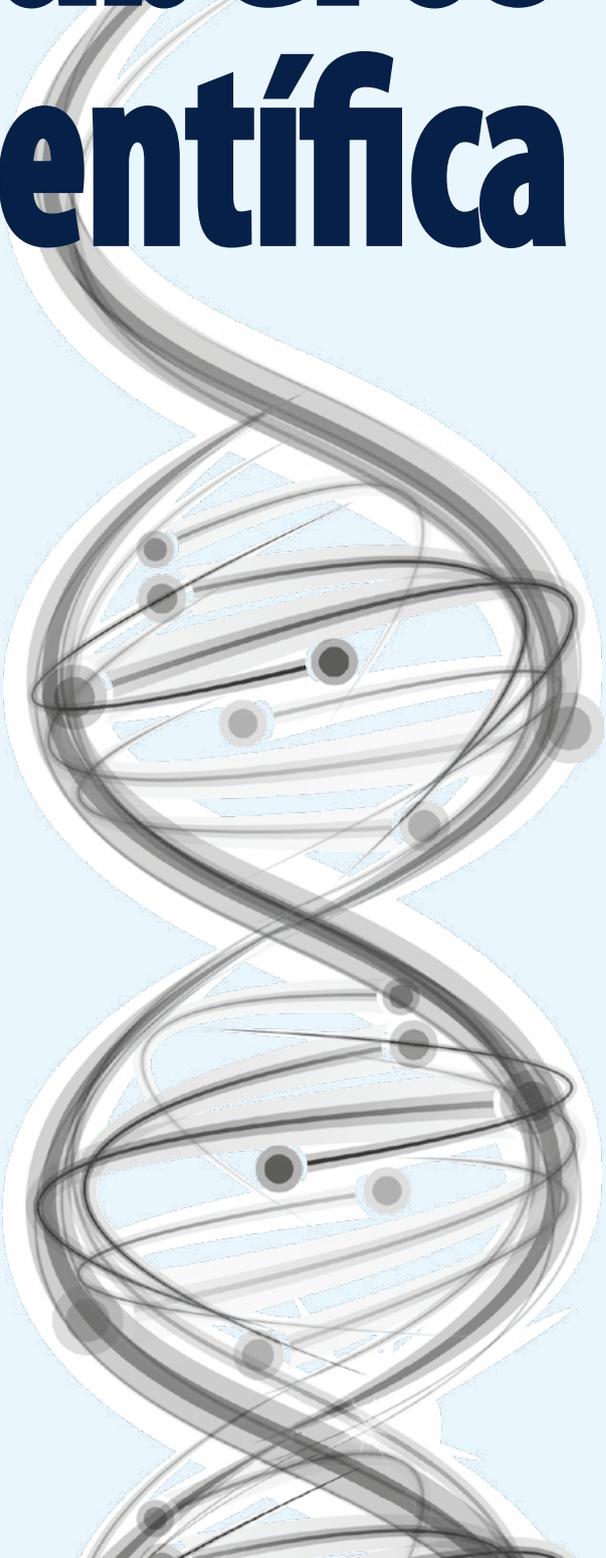


Nuberos Científica



TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Análisis del procedimiento de recogida de muestras de orina para urocultivo en el Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal Sierra-Illana.

Víctor Manuel Balbás Liaño, Agustín Felipe Gómez Laso

Prevalencia de los diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria en la Unidad de Hospitalización de Cantabria.

Yolanda Doalto Muñoz, Adriana López Hinojal

Beneficios de la actividad física sobre la cognición en estudiantes de Bachillerato.

Rafael Muñoz Cruz, María Rodríguez Mármol

Evolución de las úlceras por presión y su relación con las rotaciones laborales de los profesionales de enfermería.

María José Rodríguez Martínez, María del Pilar Diéguez Poncela, Avelino Saiz Sánchez, María del Mar Crespo Pérez, Ángela Lombera Torre

MONOGRAFÍAS

Trasplante de médula ósea pediátrico: aspectos emocionales y sociales en el niño y su familia durante el proceso.

Isabel Fernández González de Villambrosia

La salud en la población inmigrante: la política como determinante social de la salud.

Javier González González

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Rol profesional enfermero. Cambios más significativos en el siglo XX.

Verónica Caviedes López

BLOGOSFERA ENFERMERA

Enfermería basada en la Evidencia (ebevidencia.com).

Manuel Herrero

AGENDA



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

Nuberos Científica

VOL. 2 NÚM. 12

MARZO-JUNIO 2014

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 E IMPRESIÓN:

ARTES GRÁFICAS J. MARTÍNEZ S. L.
Pol. Ind. de Guarnizo, parcela 4, naves 1 y 2
39611 GUARNIZO (Cantabria)
T. 942 35 60 65 - F. 942 35 60 66
www.imprentajmartinez.com

Revista indexada
en la base de datos



Impresión realizada con papel libre de cloro y procedente de árboles de talas controladas.



ISSN: 2173-822X

Dep. Legal: SA-135-2011

NUBEROS CIENTÍFICA es una publicación de la FECAN (Fundación de Enfermería de Cantabria) y se publica con periodicidad cuatrimestral.

La **FECAN** es la fundación del Colegio de Enfermería de Cantabria. Tiene entre sus fines el desarrollo profesional y científico de la profesión Enfermera, el propiciar la mejora de la calidad asistencial, el fomentar la calidad de vida en salud de los ciudadanos y el promover la participación de la sociedad en el cuidado de la salud.

Protección de datos: La FECAN declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

DIRECCIÓN:

Pilar Elena Sinobas

Directora del Aula de Investigación en Cuidados del Colegio de Enfermería de Cantabria. (Cantabria-España)

CONSEJO ASESOR:

Ana Rosa Alconero Camarero

Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora Titular de Enfermería de la Universidad de Cantabria. (Cantabria-España)

Rocío Cardeñoso Herrero

Máster en Investigación de Cuidados. Presidenta del Colegio de Enfermería de Cantabria. (Cantabria-España)

Mario Corral García

Director de la Biblioteca Marquesa de Pelayo. (Cantabria-España)

Pedro Muñoz Cacho

Técnico de Salud Pública. Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria. (Cantabria-España)

Javier Velasco Montes

Licenciado y Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Interna. (La Rioja-España)

CONSEJO DE REDACCIÓN:

Nuria Alonso Peña

Graduada en Enfermería. Área Quirúrgica del H. U. Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

Montserrat Carrera López

Diplomada en Enfermería. Unidad de Críticos y Postoperados de Cardiovascular. H. U. Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

Cristina Dimoni PhD, MSc

Head Nurse. Cardiotoracic Surgery Dpt. University General Hospital of Thessaloniki AHEPA

María Fuente Merino

Diplomada en Enfermería. Formación en Investigación. Unidad de Cuidados Intensivos Generales del H. U. Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

Mirian García Martínez

Diplomada en Enfermería. Experiencia investigadora. Unidad de Hemodiálisis del H. U. Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

Patricia López Calderón

Diplomada en Enfermería. Licenciada en Antropología. (Cantabria-España)

Vanesa Martínez González

Graduada en Enfermería. Servicio de Medicina Interna del H. U. Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

Elena Rojo Santos

Diplomada en Enfermería. Acreditada para la realización de Revisiones Sistemáticas de la Joanna Briggs para los Cuidados Basados en la Evidencia. Área de Formación, Calidad, Investigación y Desarrollo Enfermería del H. U. Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

María Cruz Santamaría Martínez

Diplomada en Enfermería. Palvelokoti Jokiranti Osasto Paju. Pori (Suomi-Finlandia)

Manuel Herrero Montes

Diplomado en Enfermería. Formación en Investigación. Unidad de Hemodiálisis del H.U. Marques de Valdecilla. (Cantabria-España)

SUMARIO

NUMEROS CIENTÍFICA

es una revista de carácter científico dirigida a profesionales de Enfermería y de la Salud, en general. Su distribución se hace de forma direccionada a todos los colegios de Cantabria. Además, se envía a todas las bibliotecas de las Escuelas de Enfermería de España, a los principales hospitales y a diversas instituciones públicas y privadas del ámbito sanitario.

NUMEROS CIENTÍFICA

se reserva todos los derechos de publicación de los trabajos que aparecen publicados, pero permite su reproducción siempre que sea para fines divulgativos, sin ánimo de lucro, solicitándolo previamente a la dirección de la publicación y con mención expresa de la fuente.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

- 5** ANÁLISIS DEL PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE MUESTRAS DE ORINA PARA UROCULTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL COMARCAL SIERRALLANA
Víctor Manuel Balbás Liaño, Agustín Felipe Gómez Laso
- 12** PREVALENCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE CANTABRIA
Yolanda Doalto Muñoz, Adriana López Hinojal
- 19** BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA SOBRE LA COGNICIÓN EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO
Rafael Muñoz Cruz, María Rodríguez Mármol
- 23** EVOLUCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN Y SU RELACIÓN CON LAS ROTACIONES LABORALES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
María José Rodríguez Martínez, María del Pilar Diéguez Poncela, Avelino Saiz Sánchez, María del Mar Crespo Pérez, Ángela Lombera Torre

MONOGRAFÍAS

- 27** TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA PEDIÁTRICO: ASPECTOS EMOCIONALES Y SOCIALES EN EL NIÑO Y SU FAMILIA DURANTE EL PROCESO
Isabel Fernández González de Villambrosia
- 36** LA SALUD EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE: LA POLÍTICA COMO DETERMINANTE SOCIAL DE LA SALUD
Javier González González

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

- 42** ROL PROFESIONAL ENFERMERO. CAMBIOS MÁS SIGNIFICATIVOS EN EL SIGLO XX
Veránica Caviedes López

BLOGOSFERA ENFERMERA

- 50** ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA
Manuel Herrero

51 AGENDA

A mí también #MLPela

Reconocer que la Enfermería es una de las profesiones con mayor afán de superación y que más ha evolucionado en los últimos tiempos es algo tangible para todos sus profesionales. Desde la definición del Proceso de Atención de Enfermería en los años 50-60 por Lydia Hall, Yura y Walsh y otras autoras, esta disciplina continúa cabalgando hacia la excelencia profesional.

La combinación entre la propia experiencia profesional, con la búsqueda de literatura científica, el análisis crítico de la misma, la elección de la mejor evidencia científica, y la utilización de este conocimiento en nuestros cuidados enfermeros, así como la incorporación del paciente en el proceso de toma de decisiones sobre su propio cuidado son piezas clave de la Enfermería basada en la evidencia.

En los últimos años, se ha promovido concienzudamente la producción y divulgación científica y, de la misma manera se debe promover el consumo de esta litera-

tura. Trasgredir los "tradicionalismos" por ser conveniente y óptimo para el paciente, dejar de lado el "Siempre se ha hecho así...", son las bases de la iniciativa #MLPela(1), que está cobrando gran popularidad, y que alienta a los profesionales de enfermería a evolucionar hacia la inmejorable calidad de los cuidados.

La utilización de nuestro propio juicio crítico, la búsqueda y aplicación de la mejor evidencia científica disponible garantizará que nuestras creaciones e innovaciones lleguen a nuestra razón de ser, el paciente, motivo por el cuál considero tan importante ensalzar la utilización del conocimiento científico.

Sin duda será arduo este camino, pero fructuoso e indispensable para la conveniente evolución profesional de la Enfermería, así que... a mí también #MLPela.

Nuria Alonso Peña

1. Santillán, A. Blog Evidencia. #MLPela [Internet]. 2014 [citado Mayo 2014]. Disponible en: <http://evidencia.com/mlpela>

RESUMEN DE CONTENIDOS

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Análisis del procedimiento de recogida de muestras de orina para urocultivo en el Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal Sierrallana.- Estudio de investigación, realizado por enfermeros, cuyas conclusiones aportan elementos para reflexionar, hacia el desarrollo de intervenciones, encaminadas a la mejorar actividades de enfermería, en la práctica diaria entorno a la obtención de muestras para la determinación de urocultivos.

Prevalencia de los diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria en la unidad de Hospitalización de Cantabria.- Se trata de un estudio retrospectivo donde se muestran los datos acerca de la prevalencia de los diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria en un hospital de referencia.

Beneficios de la actividad física sobre la cognición en estudiantes de bachillerato.- Estudio experimental que versa sobre la influencia del deporte en la memoria a corto plazo en adolescentes. Este estudio elaborado por enfermeros abre un campo relativamente poco estudiado, comparando los resultados de un test de memoria a corto plazo entre dos grupos de similares características, siendo uno de ellos sometido a actividad física previa y el otro no.

Evolución de las úlceras por presión (UPP) y su relación con las rotaciones laborales de los profesionales de Enfermería.- Se presenta una nueva mirada sobre el tema tan preocupante en la clínica para la Enfermería como son las úlceras por presión (UPP). Trata de demostrar la influencia que tienen sobre estos episodios de UPP y sus cuidados los cambios o rotaciones frecuentes en el profesional de enfermería como consecuencia de las sustituciones laborales. Se trata de un modesto estudio, con

escasa muestra, que debe ser contrastado con una investigación más amplia y si fuera posible multicéntrico.

MONOGRAFÍAS

Manejo enfermero del paciente pediátrico durante el trasplante de médula ósea. Aspectos emocionales y sociales más importantes.- Se trata de una monografía, resultado de un trabajo de fin de grado, donde se va a describir de manera global el proceso del trasplante de médula ósea pediátrico: los diferentes tipos de trasplante, las distintas fases del tratamiento, los aspectos emocionales y sociales que se van a ver afectados tanto en el niño como en su familia y los cuidados enfermeros recibidos durante todo el proceso.

La salud en la población inmigrante: la política como determinante social de la salud.- Esta monografía presenta la inmigración y la política como dos determinantes sociales de la salud. A partir del "Modelo conceptual de los determinantes sociales de las desigualdades de la salud", el autor analiza la vulnerabilidad de la población inmigrante y el impacto que tiene la legislación, como el Real Decreto-Ley 16/2012, en la equidad en salud.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

EL rol profesional enfermero. Cambios más significativos en el siglo XX.- Se trata de una amplia revisión bibliográfica sobre la evolución de la disciplina enfermera. Contiene una primera parte de carácter histórico, para posteriormente, analizar los acontecimientos habidos en los últimos años en relación con los progresos a nivel académico, profesional y social de la profesión. La historia de una profesión ha de estar presente en la mente de los profesionales, no solo para conocerla, sino también para comprender el presente y planificar expectativas futuras.

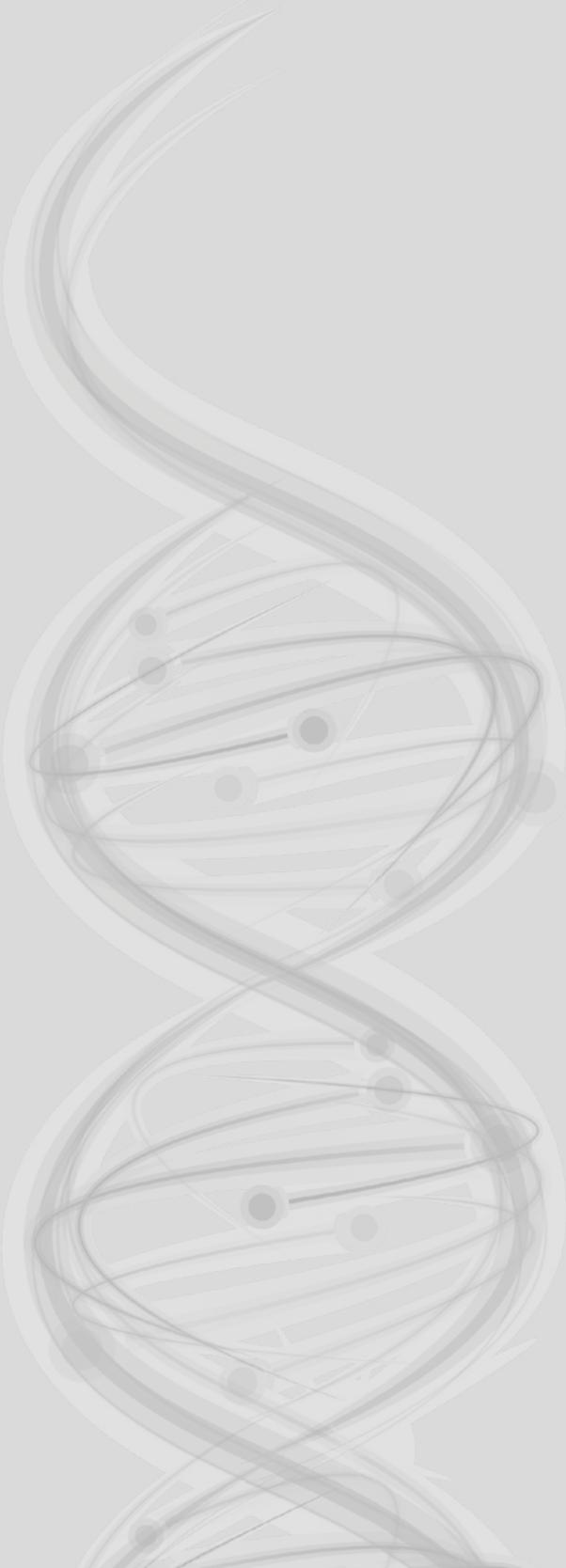


FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica



Análisis del procedimiento de recogida de muestras de orina para urocultivo en el Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal Sierrallana

Autores:

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

*Diplomados Universitarios en Enfermería.
Servicio de Urgencias Hospital Comarcal
Sierrallana. Cantabria. España.*

*Dirección para correspondencia:
victormanuelbalbas@gmail.com*

Recibido: 22 de febrero de 2014
Aceptado: Mayo de 2014

RESUMEN

La infección urinaria se define como la presencia de microorganismos patógenos en las vías urinarias

Las infecciones urinarias (IU) son la segunda causa de consulta por infección en los servicios de urgencias tras las infecciones respiratorias.

Para el diagnóstico definitivo de una IU el método necesario es el microbiológico, mediante el cultivo de una muestra de orina no contaminada.

El presente estudio de tipo descriptivo transversal, tiene como objetivo valorar el grado de aplicación del protocolo de recogida de urocultivo establecido por la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC),¹ en el servicio de Urgencias del Hospital Comarcal Sierrallana, mediante cuestionario anónimo auto-cumplimentado por parte del equipo de enfermería, mediante el contraste de los datos con los obtenidos en los resultados de todos los urocultivos recogidos en este servicio, durante todo el año 2012 (tasa de contaminación, urocultivos positivos, negativos y microorganismos aislados).

Los datos a destacar, un 11,3% de los profesionales del Servicio conocían las nuevas recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) del año 2010, en relación a la recogida de muestras de orina para urocultivo. La tasa de contaminación de urocultivos ascendió al 3,3% durante el año de estudio.

Palabras clave:

- Servicio de Urgencias.
- Infección Urinaria.
- Urocultivo.

ABSTRACT

Urinary tract Infection (UTI) is an infection which takes place in the urinary tract. Infections are caused by microbes including fungi, viruses and bacteria.

Urinary Tract Infections (UTIs) are the second most common kind of infection in the body of Emergency department visits, after Respiratory Tract Infections.

The final diagnosis of urinary tract is based on laboratory test. A sample of urine in a sterile container is sent for urine culture.

The aims of this descriptive cross-sectional study is to assess the level of implementation of the protocol for the urine sample collection and its transport, which have been established by the Spanish Society of Infectious Diseases and Clinical Microbiology (SEIMC1) in Sierrallana Hospital's Emergency department

On the one hand it is done an anonymous self-completed questionnaire which is filling by nursing staff. On the other hand, those data are checked with the results of the urine cultures such as contamination rates, how many urine culture results are either positive or negative, how many isolated colonies have growth. These are getting in the Microbiology Laboratory during 2012.

The outcome highlight, 11.3% of nurses working in Emergency Department knew the latest recommendations of the method of collecting published by the SEIMC in 2010. However, urine contamination rate rose 3.3% during the period under review.

Keywords:

- Infection.
- Emergency Department.
- Urinary Tract Infection, Urinalysis.

INTRODUCCIÓN – JUSTIFICACIÓN

La infección urinaria (IU) se define como la presencia de microorganismos patógenos en las vías urinarias². Las IU se clasifican, según su localización anatómica, en bajas, que incluyen uretritis, cistitis y prostatitis y en altas o pielonefritis, que incluyen el absceso renal.

Esta patología sigue siendo una de las entidades infecciosas más frecuentes en los servicios de urgencias, aunque su incidencia ha ido cambiando en la última década³. Así, según el Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE), la prevalencia de la infección urinaria nosocomial de origen comunitaria aumentó de manera significativa de un 2,02% en 1991 a un 2,38% en 2003, probablemente debido al aumento de la esperanza de vida, lo que a su vez aumenta la población susceptible⁴. Según datos aportados por el Servicio de Admisión del Hospital Comarcal Sierrallana, se diagnosticaron en el año 2012 en el Servicio de Urgencias de dicho hospital 2.458 infecciones urinarias (2.238 Infecciones del tracto urinario, 99 cistitis, 68 pielonefritis, 31 prostatitis, 19 uretritis y 3 infecciones de catéter de nefrostomía).

Para el análisis microbiológico de la orina y hacer un diagnóstico eficaz de IU es necesaria la recogida de una muestra no

contaminada (la contaminación enmascara la infección, retrasa el diagnóstico y por tanto el tratamiento específico). Para la recogida de esta muestra, bien por parte del propio paciente o bien por el equipo de enfermería, deben seguirse una serie de pautas que minimicen el riesgo de contaminación las cuales están pautadas por la entidad de referencia en España, la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Por todo esto, es responsabilidad del equipo de enfermería tanto la recogida no contaminada de las muestras como de dar las indicaciones pertinentes al paciente para que lo realice él mismo dependiendo de la situación (pacientes válidos o no válidos).

Debido a la alta prevalencia de infecciones urinarias valoradas y diagnosticadas en nuestro servicio es de gran importancia la realización de estudios que evalúen el trabajo realizado. Hacer un control de las muestras de orina contaminadas y del procedimiento utilizado nos permite hacer una evaluación continua del trabajo de Enfermería y establecer medidas de mejora si fuera necesario como parte del proceso de calidad asistencial.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Explorar el procedimiento de recogida de urocultivo en el Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal Sierrallana durante el año 2012.

Objetivos específicos:

- Conocer el número de muestras para urocultivo recogidas durante el año 2012 en el Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal Sierrallana.
- Identificar el número de muestras para urocultivo contaminadas.
- Conocer el número de urocultivos positivos.
- Identificar los microorganismos aislados en los urocultivos positivos.
- Valorar en qué medida el equipo de Enfermería está aplicando el procedimiento de recogida de muestra de orina para urocultivo, según los estándares establecidos por la SEIMC.

METODOLOGÍA

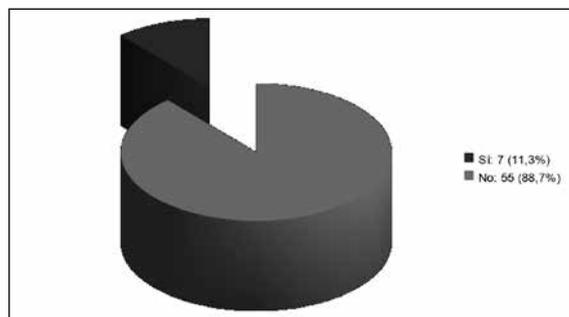
El presente trabajo se trata de un estudio descriptivo de corte transversal cuyo periodo de análisis abarca desde el 1 de enero al 31 de diciembre del año 2012 y evalúa dos elementos: por un lado, cómo el equipo de enfermería aplicó el protocolo de recogida de urocultivo (si sigue las directrices establecidas por la SEIMC en el año 2010) , y por otro lado los resultados obtenidos.

1. Aplicación del protocolo de recogida de Urocultivo en el Servicio de Urgencias del Hospital Sierrallana: La entidad española de referencia en la instauración de procedimientos para el diagnóstico microbiológico, es la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), que publica en el año 2010 "Procedimientos en Microbiología Clínica, Diagnóstico Microbiológico de las Infecciones del Tracto Urinario"¹. En este manual se especifica el protocolo de recogida, transporte, manipulación y almacenaje, para minimizar el índice de contaminación de las muestras. Para evaluar como el equipo de enfermería aplicó el protocolo, éste, fue transformado en un cuestionario de 18 preguntas, que se autocumplimentó de forma anónima (anexo 1) por todo el personal de enfermería, un total de 62 profesionales, que incluyen Enfermeras y Auxiliares de Enfermería, en diciembre de 2012. El motivo que justifica que el cuestionario se pasara al finalizar el periodo de estudio fue para que la cumplimentación del mismo, no influyera en la conducta de los profesionales a la hora de recoger las muestras para cultivo de orina.
2. Resultados de los urocultivos: Para evaluar los resultados de la totalidad de las muestras recogidas en el Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal Sierrallana se recurrió a la base de datos del Servicio de Microbiología del Hospital Sierrallana (número de muestras, número de urocultivos contaminados, número de urocultivos negativos, positivos y microorganismos aislados).

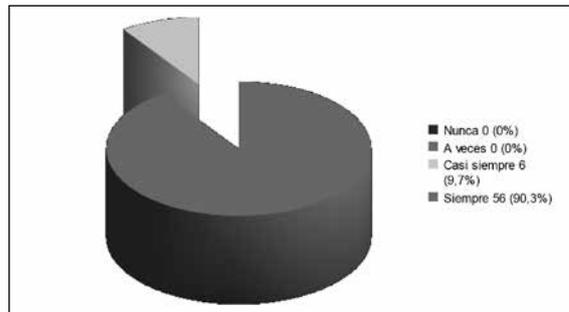
RESULTADOS

1. Análisis de las respuestas de los 62 profesionales de enfermería al cuestionario:

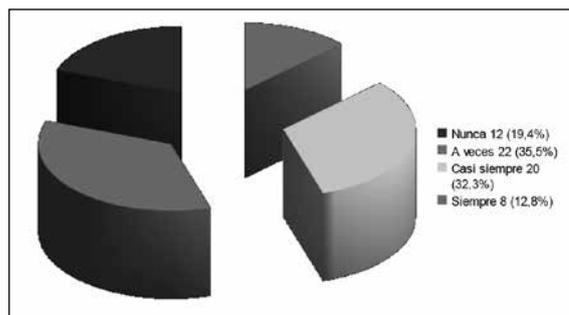
- ¿Conoces las nuevas recomendaciones del año 2010 de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica para la recogida de muestras de orina para urocultivo? 55 profesionales contestaron que no (88,7%) y 7 contestaron que si (11,3%) (Gráfico 1).



- ¿Para la recogida de las muestras para urocultivo utilizas siempre recipientes estériles y usas técnica aséptica?: 56 profesionales respondieron que "siempre" (90,3%), 6 profesionales respondieron que "casi siempre" (9,7%), 0 profesionales respondieron "a veces" (0%) y "nunca" (0%) (Gráfico 2).

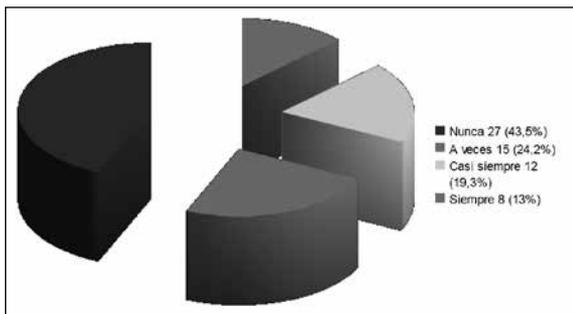


- ¿Los cultivos recogidos llegan al laboratorio en menos de una hora y en caso contrario se meten en nevera a 4C° menos de 24 horas?: 8 profesionales respondieron que "siempre" (12,8%), 20 profesionales respondieron que "casi siempre" (32,3%), 22 profesionales respondieron "a veces" (35,5%) y 12 respondieron "nunca" (19,4%) (Gráfico 3).

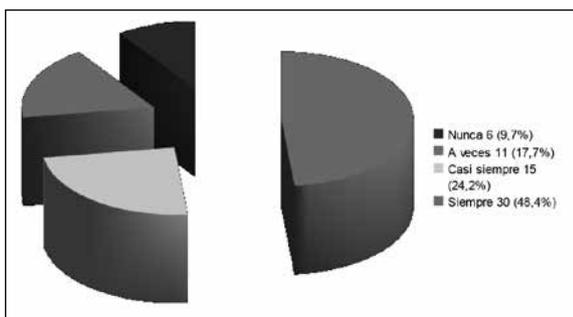


RECOGIDA MEDIANTE MICCIÓN ESPONTÁNEA

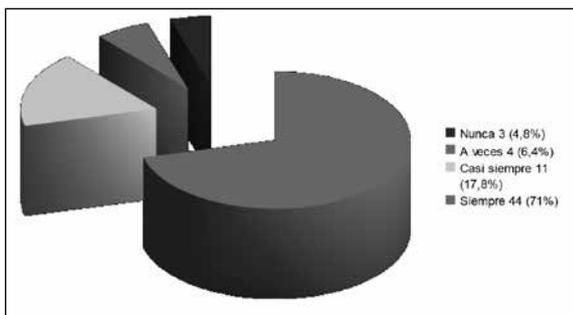
- ¿Informas al paciente de la necesidad de lavarse meticolosamente las manos antes de recoger la muestra de orina? 8 profesionales respondieron que "siempre" (13%), 12 profesionales respondieron que "casi siempre" (19,3%), 15 profesionales respondieron "a veces" (24,2%) y 27 respondieron "nunca" (43,5%) (Gráfico 4).



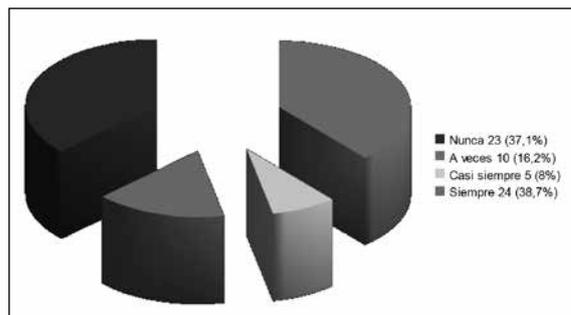
- ¿Informas de la necesidad de desechar la primera parte de la micción y recoger la micción media sin interrumpir el flujo de la orina, desechando por tanto la porción primera y última? 30 profesionales respondieron que "siempre" (48,4%), 15 profesionales respondieron que "casi siempre" (24,2%), 11 profesionales respondieron "a veces" (17,7%) y 6 respondieron "nunca" (9,7%) (Gráfico 5).



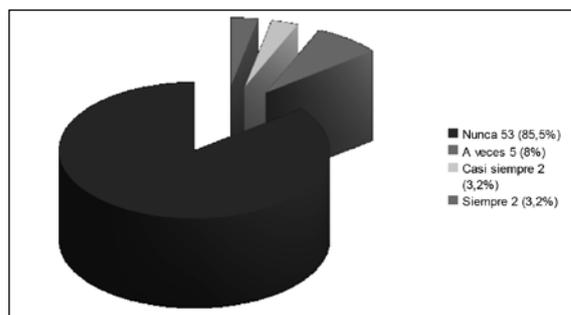
- ¿Informas de la importancia de que el paciente no toque el borde o la superficie interior del recipiente estéril con ninguna parte del cuerpo (dedos, genitales, vello, etc.)? 44 profesionales respondieron que "siempre" (71%), 11 profesionales respondieron que "casi siempre" (17,8%), 4 profesionales respondieron "a veces" (6,4%) y 3 respondieron "nunca" (4,8%) (Gráfico 6).



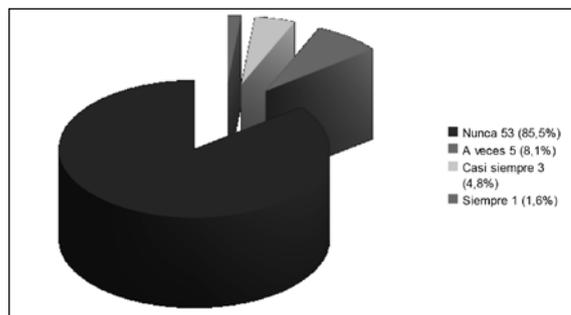
- ¿Informas al paciente de la importancia de lavar los genitales con abundante agua y jabón y aclarar con abundante agua o suero? 24 profesionales respondieron que "siempre" (38,7%), 5 profesionales respondieron que "casi siempre" (8%), 10 profesionales respondieron "a veces" (16,2%) y 23 respondieron "nunca" (37,1%) (Gráfico 7).



- ¿En el caso de las mujeres informas de la necesidad de que el lavado con jabón de la vulva se haga de delante hacia atrás 4 veces? 2 profesionales respondieron que "siempre" (3,2%), 2 profesionales respondieron que "casi siempre" (3,2%), 5 profesionales respondieron "a veces" (8%) y 53 respondieron "nunca" (85,5%) (Gráfico 8).

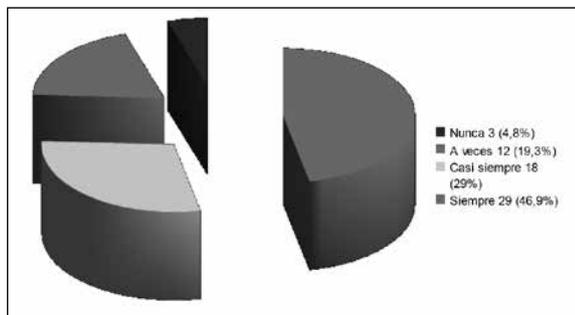


- En el caso de las mujeres ¿Informas de la necesidad de mantener los labios separados durante la micción? 1 profesional respondió que "siempre" (1,6%), 3 profesionales respondieron que "casi siempre" (4,8%), 5 profesionales respondieron "a veces" (8,1%) y 53 respondieron "nunca" (85,5%) (Gráfico 9).

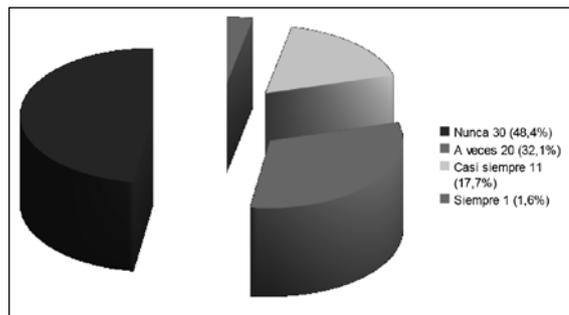


- En el caso de las mujeres ¿Informas de que la muestra de orina no es válida durante la menstruación? 29 profesionales respondieron que "siempre" (46,9%), 18 profesionales respondieron que "casi siempre" (29%), 12

profesionales respondieron "a veces" (19.3%) y 3 respondieron "nunca" (4.8%) (Gráfico 10).



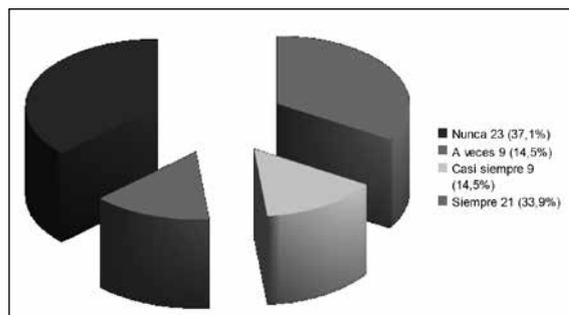
20 profesionales respondieron "a veces" (32.1%) y 30 respondieron "nunca" (48.4%) (Gráfico 13).



- En el caso de los hombres ¿informas de la necesidad de mantener el prepucio retraído durante toda la micción? 1 profesional respondió que "siempre" (1.6%), 1 profesional respondió que "casi siempre" (1.6%), 5 profesionales respondieron "a veces" (8.1%) y 55 respondieron "nunca" (88.7%) (Gráfico 11).

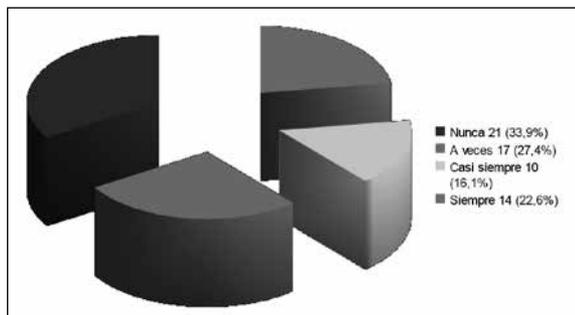


- ¿Recoges asépticamente con aguja y jeringuilla 5 – 10 ml de orina transfiriéndola a un recipiente estéril? 21 profesionales respondieron que "siempre" (33.9%), 9 profesionales respondieron que "casi siempre" (14.5%), 9 profesionales respondieron "a veces" (14.5%) y 23 respondieron "nunca" (37.1%) (Gráfico 14).

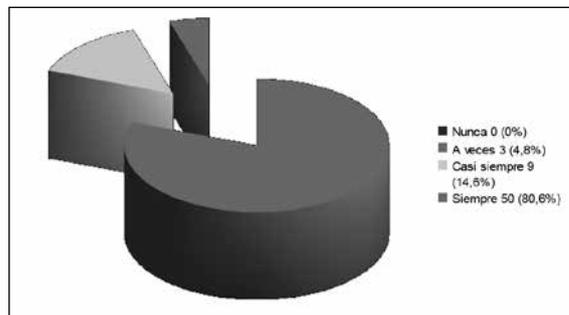


MEDIANTE LA REALIZACIÓN DE SONDAJE VESICAL

- ¿Desechas los primeros 15 – 30 ml iniciales de la orina, recogiendo el flujo siguiente? 14 profesionales respondieron que "siempre" (22.6%), 10 profesionales respondieron que "casi siempre" (16.1%), 17 profesionales respondieron "a veces" (27.4%) y 21 respondieron "nunca" (33.9%) (Gráfico 12).



- ¿Evitas siempre la recogida de la orina de la bolsa de colección para los urocultivos? 50 profesionales respondieron que "siempre" (80.6%), 9 profesionales respondieron que "casi siempre" (14.6%), 3 profesionales respondieron "a veces" (4.8%) y ninguno respondió "nunca" (0%) (Gráfico 15).



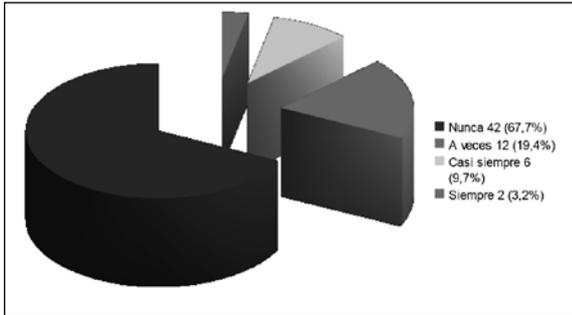
RECOGIDA DE LA URINA MEDIANTE BOLSA ADHESIVA

EN LOS PACIENTES CON SONDAJE PERMANENTE

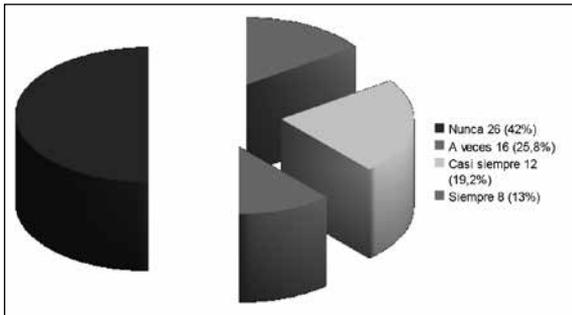
- ¿Desinfectas el cono de la sonda con Alcohol 70° o Beta-dine? 1 profesional respondió que "siempre" (1.6%), 11 profesionales respondieron que "casi siempre" (17.7%),

- ¿Lavas meticulosamente los genitales del paciente y el área perineal, especialmente en los varones en la zona del balano, una vez retraído el prepucio? 2 profesionales respondieron que "siempre" (3.2%), 6 profesionales respondieron que "casi siempre" (9.7%), 12 profesionales

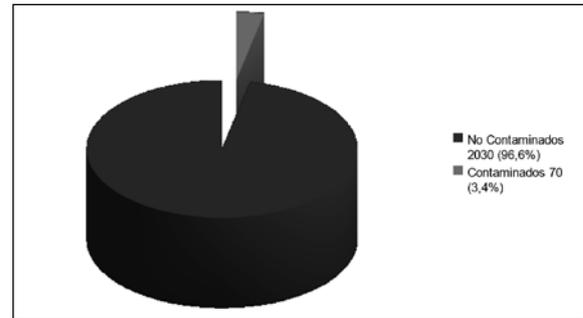
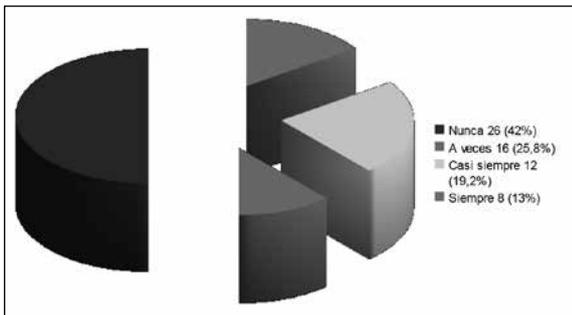
respondieron "a veces" (19.4%) y 42 respondieron "nunca" (67.7%) (Gráfico 16).



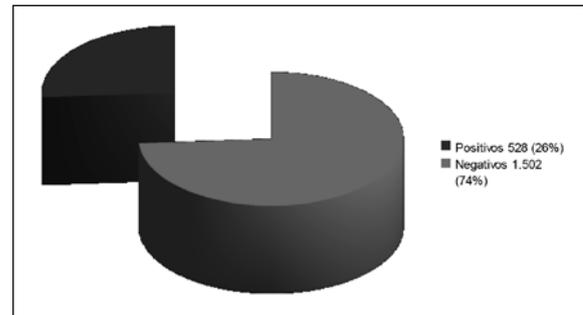
- Si pasada una hora no se realiza la micción ¿repites la operación de limpieza y colocación de una nueva bolsa? Ningún profesional respondió que "siempre" (0%), ningún profesional respondió "casi siempre" (0%), 4 profesionales respondieron "a veces" (6.4%) y 58 respondieron "nunca" (93.6%) (Gráfico 17).



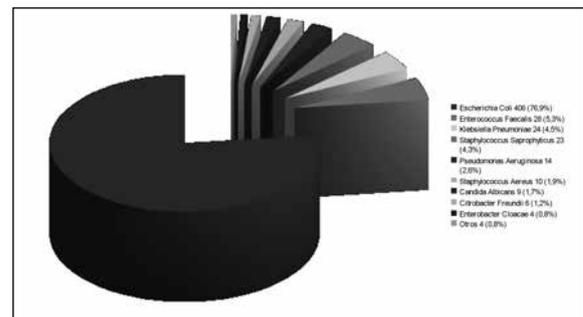
- Una vez obtenida la orina ¿Recortas una esquina de la bolsa y la transfieres a un recipiente estéril? 8 profesionales respondieron que "siempre" (13%), 12 profesionales respondieron que "casi siempre" (19.2%), 16 profesionales respondieron "a veces" (25.8%) y 26 respondieron "nunca" (42%) (Gráfico 18).



Índice de positividad de las muestras (Gráfico 20):



- Total Urocultivos Positivos: 528. (26%)
- Total Urocultivos Negativos: 1.502.(76%)
- Aislamientos en urocultivos positivos (Gráfico 21):
 - Escherichia Coli: 406 (76.9%)
 - Enterococcus Faecalis: 28 (5.3%)
 - Klebsiella Pneumoniae: 24 (4.5%)
 - Staphylococcus Saprophyticus: 23 (4.3%)
 - Pseudomonas Aeruginosa: 14 (2.6%)
 - Staphylococcus Aureus: 10 (1.9%)
 - Candida Albicans: 9 (1.7%)
 - Citrobacter Freundii: 6 (1.2%)
 - Enterobacter Cloacae: 4 (0.8%)
 - Otros: 4 (0.8%)



2. Resultados de las muestras recogidas:

Índice de contaminación de las muestras:

- Total Urocultivos recogidos: 2.100
- Total Urocultivos Contaminados: 70. (3,33%) y No Contaminados (2.030) (Gráfico 19).

DISCUSIÓN – CONCLUSIONES

- Con respecto a los resultados de los urocultivos en el laboratorio de Microbiología del Hospital Comarcal Sierrallana recogidas en el Servicio de Urgencias:
 - La tasa de contaminación de las muestras supuso un 3,4%, lo cual es un índice adecuado según los estándares establecidos por la Sociedad Española de Enfermedades

- Infecciosas y Microbiología Clínica (no debe superarse el 4% de contaminación de las muestras).
- Solamente un 26% de los urocultivos cursados fueron positivos: esta prueba se solicita en numerosas ocasiones cuando existe fiebre sin foco aparente en el paciente. Si el causante de la fiebre no es un microorganismo originario de las vías urinarias el cultivo de orina resulta negativo.
- El microorganismo que con mayor frecuencia se aisló en los cultivos de orina es el Escherichia Coli (76,9%), seguido del Enterococcus Faecalis (5,3%) y otros múltiples microorganismos mucho menos frecuentes.
- Con respecto al procedimiento de recogida de las muestras de orina para urocultivo del personal de enfermería del servicio:
 - Un porcentaje elevado de los profesionales afirmó no conocer las nuevas recomendaciones de la SEIMC para la recogida de muestras de orina para urocultivo del año 2010 (88,7%).
- Se detectaron diversos aspectos en la técnica de recogida de orina para urocultivo que no se adaptan a las recomendaciones de la SEIMC entre las que destacamos :
 - Cuando se dan instrucciones al paciente: no se recaló la importancia de lavarse meticulosamente las manos antes de la recogida de la orina (un 43,5% reconoció que nunca lo hace). En el caso de las mujeres no se informó de que el lavado de los genitales se hiciera de delante hacia atrás (así lo reconoció un 85,5%) ni de que es necesario mantener los labios separados durante la micción (así fue manifestado por el 85,5% de los encuestados). En el caso de los varones un 88,7% de los encuestados no informó de la necesidad de mantener el prepucio retraído durante la micción.
 - En los pacientes con sondaje permanente un 48,4% de los profesionales afirmó que no desinfectaba el cono de la sonda con Alcohol o Povidona Yodada.
 - Usando bolsas adhesivas, un 83,9% de los encuestados reconoció no repetir la operación de limpieza de genitales y periné transcurrida una hora desde su colocación inicial si no existe micción.
- Como conclusión última, destacamos la importancia de la puesta en marcha de actividades de formación-actualización de conocimientos para los equipos de enfermería establecidos por las entidades de referencia en cada campo para mejorar la calidad en las intervenciones enfermeras.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Cercedano E., Cantón R. Procedimientos en Microbiología Clínica. Diagnóstico Microbiológico de las Enfermedades del Tracto Urinario. Primera Edición. Madrid. SEIMC. 2010.
 2.- T.M. Hooton, W.E. Stamm Diagnosis and treatment of uncomplicated urinary tract infection Infect Dis Clin North Am, 11 (1997), pp. 551-581. Medline
 3.- T.M. Hooton The current management strategies for community-acquired urinary tract infection Infect Dis Clin North Am, 17 (2003), pp. 303-332. Medline
 4.- Armadans LI. Localización de las infecciones. Prevalencia de las infecciones en los hospitales españoles. Estudio EPINE. Resultados de los estudios de 2004, 2005, 2006 y 2007 y evolución 1990-2007: 18 años. Medicina Preventiva 2008; XIV: 22 . 26.

ANEXOS

ANEXO I

1. ¿Conoces las nuevas recomendaciones del año 2010 de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica para la recogida de muestras de orina para urocultivo?	SI	NO		
2. ¿Para la recogida de las muestras para urocultivo utilizas siempre recipientes estériles y usas técnica aséptica?	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
3. ¿Los cultivos recogidos llegan al laboratorio en menos de una hora y en caso contrario se meten en nevera a 4C° menos de 24 horas?	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
RECOGIDA MEDIANTE MICCIÓN ESPONTÁNEA				
4. ¿Informas al paciente de la necesidad de lavarse meticulosamente las manos antes de recoger la muestra de orina?	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
5. ¿Informas de la necesidad de desechar la primera parte de la micción y recoger la micción media sin interrumpir el flujo de la orina, desechando por tanto la porción primera y última?	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
6. ¿Informas de la importancia de que el paciente no toque el borde o la superficie interior del recipiente estéril con ninguna parte del cuerpo (dedos, genitales, vello, etc.)?	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
7. ¿Informas al paciente de la importancia de lavar los genitales con abundante agua y jabón y aclarar con abundante agua o suero?	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
8. ¿En el caso de las mujeres informas de la necesidad de que el lavado con jabón de la vulva se haga de delante hacia atrás 4 veces?	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
9. En el caso de las mujeres ¿Informas de la necesidad de mantener los labios separados durante la micción?	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
10. En el caso de las mujeres ¿Informas de que la muestra de orina no es válida durante la menstruación?	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
11. En el caso de los hombres ¿informas de la necesidad de mantener el prepucio retraído durante toda la micción?	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
MEDIANTE LA REALIZACIÓN DE SONDAJE VESICAL				
12. ¿Desechas los primeros 15 – 30 ml iniciales de la orina, recogiendo el flujo siguiente?	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
EN LOS PACIENTES CON SONDAJE PERMANENTE				
13. ¿Desinfectas el cono de la sonda con Alcohol 70° o Povidona Yodada?	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
14. ¿Recoges asépticamente con aguja y jeringuilla 5 – 10 ml de orina transfiriéndola a un recipiente estéril?	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
15. ¿Evitas siempre la recogida de la orina de la bolsa de colección para los urocultivos?	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
RECOGIDA DE LA ORINA MEDIANTE BOLSA ADHESIVA				
16. ¿Lavas meticulosamente los genitales del paciente y el área perineal, especialmente en los varones en la zona del balano, una vez retraído el prepucio?	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
17. Si pasada una hora no se realiza la micción ¿repite la operación de limpieza y colocación de una nueva bolsa?	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
18. Una vez obtenida la orina ¿Recortas una esquina de la bolsa y la transfieres a un recipiente estéril?	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE

El equipo de trabajo agradece su colaboración mediante la cumplimentación de este cuestionario.
 Se asegura la confidencialidad al tratarse de un cuestionario anónimo.
 El cuestionario consta de 18 preguntas cerradas con sola posible opción de respuesta.
 Ante cualquier duda sobre el contenido del cuestionario no dude en resolverla dirigiéndose al encuestador.



<http://www.consultaclick.com.es/blog/wp-content/uploads/2013/04/anorexia-nerviosa-laura-escofet.jpg>

Prevalencia de los diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria en la Unidad de Hospitalización de Cantabria

Autoras:

Yolanda Doalto Muñoz*

Adriana López Hinojal

Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. España.

** Dirección para correspondencia:
Litha_10@hotmail.com*

Recibido: 19 de diciembre de 2013
Aceptado: 28 de marzo de 2014

RESUMEN

El aumento de trastornos alimenticios en la población general en los últimos años determina una actitud de alerta para los profesionales de enfermería. Con este estudio se pretende dar a conocer qué diagnóstico prevalece sobre el resto en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimenticia de Cantabria.

La población incluida en el trabajo de investigación se ha centrado en pacientes con algún tipo de trastorno de la conducta alimenticia, con edades comprendidas entre 16 y 46 años, de ambos sexos, y hospitalizados durante el período 2010-2011. La recogida de datos se ha llevado a cabo mediante la revisión de historias clínicas facilitadas por el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Tras la revisión de los datos, los resultados obtenidos muestran que la anorexia restrictiva es el diagnóstico más común dentro de los trastornos de la conducta alimentaria en Cantabria, con una prevalencia del 47,72% en mujeres con edades comprendidas entre 16 y 24 años. En cuanto al sexo masculino, se concluye que un 50% de los pacientes padecen anorexia restrictiva, mientras que el otro 50% ha sido clasificado dentro del grupo de Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado (TCAnE).

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la prevalencia del problema en nuestra comunidad y la necesidad de continuar realizando más estudios para la definición de estrategias de mejora en el tratamiento y prevención en trastornos de conducta alimentaria. Además, el equipo sanitario se verá apoyado con mejores conocimientos en la atención a esta demanda sanitaria.

Palabras clave:

- Anorexia.
- Anorexia nerviosa.
- Bulimia.
- Bulimia nerviosa.
- Trastorno de la Conducta Alimentaria.

ABSTRACT

In recent years, the increase in size of eating disorders in the general population creates an alertness in nurses. The aim of this research is to show what diagnosis is more prevalent in the Unit Food Behavior Disorders of Cantabria.

The population included in this research has been focused on patients hospitalized with some kind of eating behavior disorder, as well as among 16-46 years olds during the period 2010-2011. The data collection is carried out through the review of medical records in the University Hospital "Marqués de Valdecilla."

On one hand, the results show that restrictive anorexia is the most frequent in eating disorders in this Community, which has a prevalence of 47,72% among women aged 16-24 years. Regarding with men the conclusion is 50% of the patients suffer from restrictive anorexia while the another 50% has been categorized as Eating Disorder, Not Otherwise Specified (EDNOS).

On the other hand, they also reveal the prevalence of the problem in our community. Besides the need to carry on making more researches in order to define strategies for improving treatment and prevention in eating disorders.

By the way, better knowledge would provide support to health care team at this demand.

Keywords:

- Anorexia.
- Anorexia nervosa.
- Bulimia.
- Bulimia nervosa.
- Eating Disorders.

INTRODUCCIÓN

La alimentación es un proceso fundamentalmente fisiológico. En el hipotálamo se encuentran ubicados los centros del hambre y saciedad, aunque gracias a la corteza cerebral estos coordinan y correlacionan las percepciones de los órganos sensoriales, el almacenamiento de los recuerdos de experiencias pasadas y la relación de este comportamiento con el mundo exterior del sujeto, todo ello con el objetivo de conseguir alimento⁽¹⁾.

No obstante, el proceso no es tan mecánico como parece. El desarrollo psicológico también está influido por la alimentación. A través del seno materno el bebé aprende sentimientos de seguridad, bienestar y afecto. La relación con la comida con estos afectos dura toda la vida, motivo por el cual ciertos estados emotivos como la ansiedad, depresión o alegría influyen en los procesos de alimentación⁽¹⁾.

En la sociedad occidental y muy en especial la española, el acto de comer se asocia con un acto social. Se come de manera grupal y la forma en que se lleva a cabo define a los diferentes grupos culturales. Es a través de la comida donde se produce un acto de comunicación social y se da un proceso de cohesión e identificación en el grupo⁽¹⁾.

Un trastorno de la conducta alimentaria es una enfermedad provocada por la ansiedad y la preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico. Esto ocurre cuando una persona coloca a la comida como eje central en su vida. Para la persona que padece algún trastorno alimenticio, la comida adquiere un protagonismo especial, dándole un significado específico de acuerdo a diversos factores psicológicos y evolutivos.⁽¹⁾ Basa en ella todos los pensamientos y actos que forman parte de su vida diaria, sintiéndose totalmente dependiente de esa idea. La comida se convierte en la razón por la cual se acude o no a una fiesta o reunión, se evitan las visitas a los amigos en las horas de

comida, se deja de salir a comer a restaurantes en los que consideren que van a servir alimentos que engordan. Este tipo de pacientes llegan a ingerir una fruta o un yogur en todo el día, de modo que la comida controla su vida casi por completo.

Estas enfermedades ocurren por lo general en la adolescencia, entre los 13 y los 20 años, ya que es un período en el que el cuerpo se va desarrollando y cambia de manera abrupta, mientras que la imagen mental que se tiene del propio cuerpo es mucho más lenta que su evolución fisiológica.⁽¹⁾ Añadido a esto, la publicidad y los medios de comunicación son en parte responsables del creciente aumento de este tipo de enfermedades, al promover modelos o prototipos perfectos del hombre y la mujer. La adolescencia es una etapa delicada, pues el joven se encuentra en plena evolución tanto física como psíquica; es más propenso a caer en desarreglos alimenticios al no tener aún formados ni su cuerpo, ni su personalidad ni su identidad.

Criterios diagnósticos de Anorexia Nerviosa

- Peso inferior al 85% del valor mínimo normal, considerando edad y talla (Índice de Masa Corporal de Quetelet igual o inferior a 17.5 kg/m²). La pérdida de peso se debe a la restricción o evitación de alimentos que engordan, o a prácticas de vómitos autoprovocados y uso de laxantes, al ejercicio excesivo y/o al consumo de anorexígenos o diuréticos.
- Miedo intenso a ganar peso, estando incluso por debajo del peso normal.
- Distorsión de la imagen corporal. Exagerada su importancia en la autoevaluación. Negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- Amenorrea de, al menos, tres ciclos menstruales consecutivos. Así mismo, puede presentarse concentraciones altas de la hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina⁽²⁾.

El DSM-IV especifica entre: tipo restrictivo (cuando no se recurre a atracones o purgas) y tipo compulsivo/purgativo (si se recurre a vómitos provocados o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas⁽²⁾).

Criterios diagnósticos de la Bulimia Nerviosa

- Atracones recurrentes y sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento.
- Conductas compensatorias con el fin de no ganar peso (vómitos, uso de laxantes, enemas, diuréticos, ejercicio físico exagerado y períodos de ayuno).
- Los atracones y las conductas compensatorias tienen una frecuencia de, al menos, dos veces por semana. Por miedo a engordar el paciente se fija de forma estricta un peso por debajo incluso del que tenía antes de la enfermedad⁽²⁾.

Puede ser de tipo purgativo (presencia de vómitos regulares o uso de laxantes, diuréticos o enemas en exceso), y no purgativo (uso de otras conductas compensatorias, como el ayuno o el excesivo ejercicio físico).

Es alarmante el aumento del número de personas afectadas por anorexia. Actualmente, afecta aproximadamente a 1 de cada 200 jóvenes de entre 12 y 14 años en los países desarrollados (3), y aunque las mujeres jóvenes (14-18 años) siguen siendo el colectivo más afectado, los varones, mujeres maduras y niños/as menores de 12 años comienzan a agregarse a la lista de víctimas de este trastorno.

La anorexia nerviosa es más frecuente en la mujer que en el varón en una proporción de 10:1. La bulimia se da con más frecuencia que la anorexia nerviosa, su incidencia es cuatro veces mayor. Los estudios plantean que entre el 3% y el 10% de las chicas la sufren. El 50%-60% de los casos se curan, y el resto de pacientes cronican la enfermedad⁽⁴⁾.

OBJETIVOS

Objetivo general: conocer la prevalencia de los diferentes diagnósticos correspondientes a los trastornos de la conducta alimentaria.

Objetivo específico: cuantificar el número de personas según edad y sexo con trastornos alimenticios de dicha unidad.

METODOLOGÍA

Esta investigación tiene como objetivo instrumental la prevalencia de diagnósticos de Trastornos Alimentarios en las unidades de hospitalización de Cantabria. En función de los objetivos del estudio y del marco teórico de referencia, así como de los recursos con los que se cuenta, se realiza un diseño de investigación cuyas características se presentan a continuación:

- Es un estudio de tipo retrospectivo, pues trata de conocer qué prevalencia de diagnósticos existe en una población definida durante el período 2010-2011.
- Es de tipo muestral, puesto que estudia a hombres y mujeres dentro de un rango concreto de edades.

Los pasos que se han seguido para alcanzar los objetivos propuestos han sido:

1. Diseño y selección de la muestra.
2. Desarrollo de la metodología más adecuada para llevar a cabo la recogida de información.
3. Codificación, supervisión, revisión de historias clínicas y verificación de los datos.
4. Elaboración de los ficheros de datos.
5. Análisis de datos.
6. Redacción del informe de los resultados más destacados obtenidos.

Participantes: pacientes con diferentes TCA (Trastornos de la Conducta Alimentaria) que estuvieron ingresados en la UTCA (Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria) de Cantabria, con edades comprendidas entre 16 y 46 años, y de ambos sexos.

Variables: edad, sexo y diferentes tipos de diagnósticos.

Instrumentos, técnica y recogida de datos: base de datos y revisión de Historias Clínicas.

Análisis de datos: se ha utilizado el software estadístico SPSS.20 Se asumirá significación estadística cuando $p < 0.5$. Aplicación de los test *Chi Cuadrado* y *T de Student*.

Representación de los datos: a través de diagrama de barras.

Limitaciones del estudio: necesidad de incluir una nueva etiqueta diagnóstica, Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCAnE), por ausencia de datos requeridos para su correcta clasificación.

RESULTADOS

Relación entre las variables Sexo y Diagnóstico

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
GENERO * DIAGNOSTICO	48	100,0%	0	0,0%	48	100,0%

Relación entre las variables Sexo y Diagnóstico (Tabla 1)

Recuento

		DIAGNOSTICO					Total
		ANOREXIA RESTRICTIVA	ANOREXIA PURGATIVA	BULIMIA PURGATIVA	BULIMIA NO PURGATIVA	TCANE	
GENERO	MUJER	21	7	11	1	4	44
	HOMBRE	2	0	0	0	2	4
Total		23	7	11	1	6	48

Pruebas de chi-cuadrado

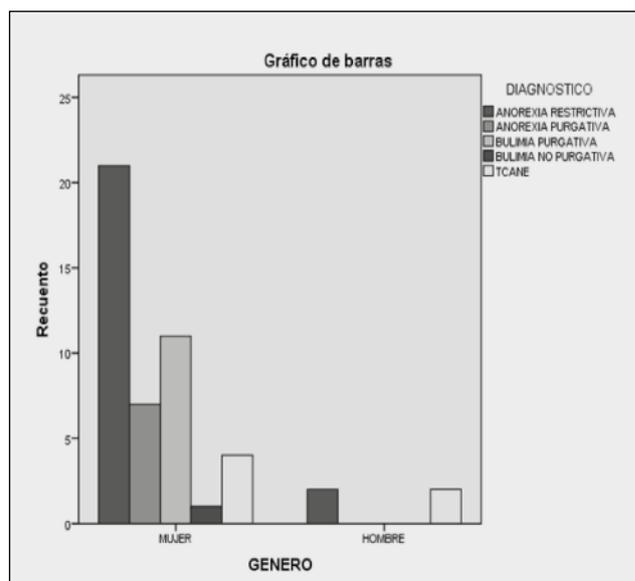
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,640 ^a	4	,156
Razón de verosimilitudes	6,308	4	,177
N de casos válidos	48		

a. 6 casillas (60,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Tal y como muestran los datos (tabla1), el diagnóstico que prevalece sobre el resto es la anorexia restrictiva, con un 47'91% del total de pacientes (43'75% del grupo femenino y un 4'16% del masculino).

En un segundo lugar se sitúa la bulimia purgativa. Afecta a un 22'91% de los pacientes sometidos a estudio, todos de sexo femenino. Le sigue muy de cerca la anorexia purgativa, con un 14'58% en las mujeres. La bulimia no purgativa es representada con un escaso 2'08% del total de la muestra.

Durante la revisión de las historias clínicas, nos topamos con que algunos de los sujetos presentaban sintomatología inespecífica que hacía imposible su clasificación dentro de un grupo u otro. Así es como fueron incluidos en el grupo de Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCAnE). Dos sujetos de la muestra resultaron ser hombres, mientras que 4 fueron mujeres. En total, 6 pacientes sin diagnóstico específico, lo que supone un 12'5%.



Relación entre las variables Sexo y edad

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
GENERO * EDAD	48	100,0%	0	0,0%	48	100,0%

Relación entre las variables Sexo y Edad (Tabla 2)

		EDAD			Total
		16-25	26-35	36-46	
GENERO	MUJER	26	9	9	44
	HOMBRE	3	1	0	4
	Total	29	10	9	48

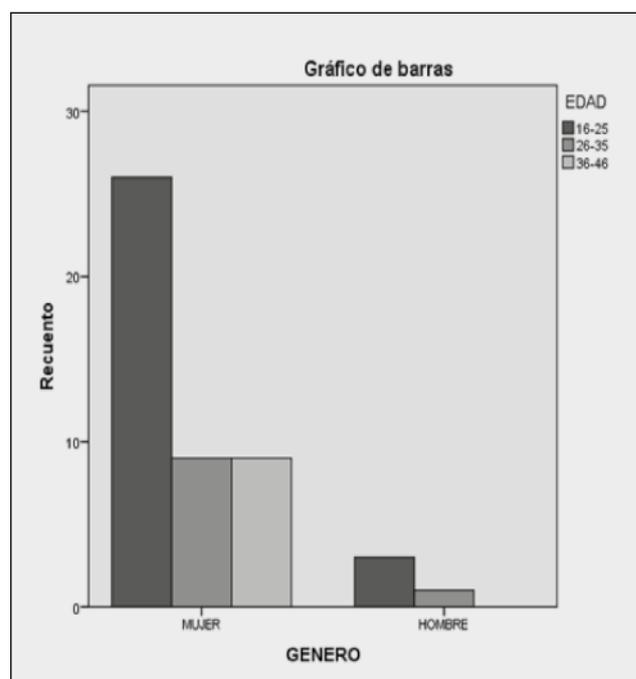
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,008 ^a	2	,604
Razón de verosimilitudes	1,744	2	,418
N de casos válidos	48		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,75.

Tal y como apuntábamos al inicio del estudio, los TCA son enfermedades propias de la adolescencia, principalmente. Entre 16 y 25 años es el período en el que más ocurren este tipo de patologías (60'42% de los sujetos), mostrado en la tabla 2.

Sin embargo, no se debe pasar por alto que cada vez más individuos de edades comprendidas entre 26 y 46 años tienden a sufrir algún tipo de trastorno alimenticio, aunque bien es cierto que son más conscientes de su enfermedad y están en mejor disposición de recuperarse que en la adolescencia.



Relación entre las variables Edad y Diagnóstico

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
EDAD * DIAGNOSTICO	48	100,0%	0	0,0%	48	100,0%

Relación entre las variables Edad y Diagnóstico (Tabla 3)

Recuento		DIAGNOSTICO					Total
		ANOREXIA RESTRICTIVA	ANOREXIA PURGATIVA	BULIMIA PURGATIVA	BULIMIA NO PURGATIVA	TCANE	
EDAD	16-25	15	2	7	0	5	29
	26-35	6	2	1	0	1	10
	36-46	2	3	3	1	0	9
Total		23	7	11	1	6	48

Pruebas de chi-cuadrado

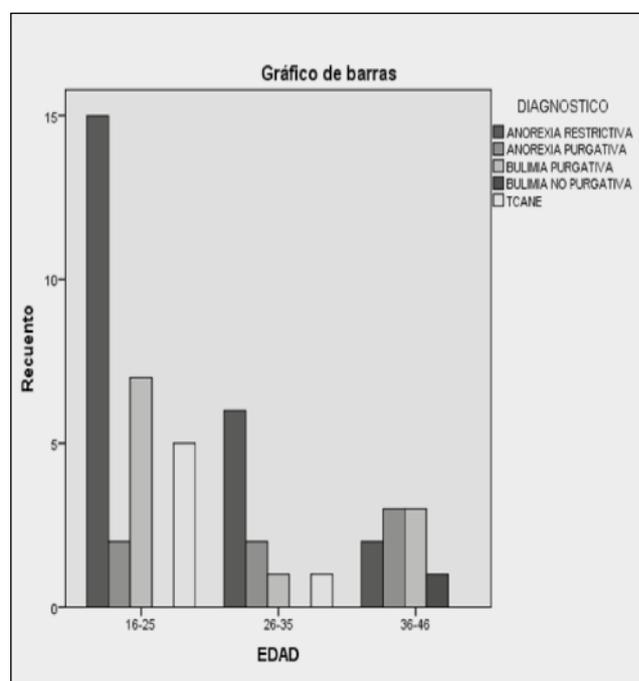
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,381 ^a	8	,135
Razón de verosimilitudes	12,581	8	,127
Asociación lineal por lineal	,008	1	,930
N de casos válidos	48		

a. 13 casillas (86,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,19.

Por último, establecemos una relación entre la edad de los sujetos y el diagnóstico que presentan (tabla 3). En el primer rango de edad, 16 a 25 años, se dan los siguientes datos: un 51'72% son diagnosticados de anorexia restrictiva, de bulimia purgativa un 24'13%, y de anorexia purgativa un 6'9%. No se han encontrado casos diagnosticados de bulimia no purgativa. El 17'24% representa al grupo de pacientes no incluidos en ningún diagnóstico específico.

Entre los 26 y los 35 años encontramos un 60% diagnosticados de anorexia restrictiva, seguido de un 20% en anorexia purgativa y de un 10% en bulimia purgativa. Mientras este último diagnóstico ocupaba anteriormente un segundo lugar, en este rango de edad pasa a un discreto tercer puesto

Finalmente, entre los adultos de 36 a 46 años encontramos una igualdad de prevalencia entre la anorexia purgativa y la bulimia purgativa, con un 66'66% del total de sujetos de ese rango. Les sigue la anorexia restrictiva con un 22'22% y, muy de cerca, la bulimia no purgativa con un 11'11%.



DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos demuestran la alta prevalencia en anorexia nerviosa restrictiva, principalmente en adolescentes y de sexo femenino. Aunque el tamaño muestral no es grande, otros estudios realizados tanto nacionales como internacionales, aportan datos que confirman esta prevalencia en mujeres adolescentes. En cuanto al sexo masculino, no se han encontrado datos de incidencia en anorexia nerviosa. Todas las fuentes establecen un ratio de prevalencia de TCA de 1 a 9 en varones respecto a mujeres.⁽⁵⁾

Por otra parte, los pacientes incluidos en el grupo de TCAnE suponen una forma incompleta del estudio, pues son una clave que determina la prevalencia que nos interesa conocer. Un tiempo mayor de seguimiento permitiría conocer la evolución definitiva de estos pacientes, para saber si progresan a un cuadro de anorexia o bulimia. Algunos autores consideran que el cumplimiento de todos los criterios de ambas patologías se da sólo después de un cierto período de tiempo en el que la enfermedad ha avanzado.⁽⁶⁾

En cuanto a los rangos de edad, es importante señalar el aumento de consultas médicas en personas que superan los 30 años. Suele tratarse de un proceso recurrente, un trastorno alimenticio cronicado. A pesar de tener mayor consciencia de enfermedad y mayor deseo de superar que en la edad adolescente, es una carga mucho mayor, debido a padecimientos atendidos de manera tardía y en su forma crónica, haciéndose necesario un tratamiento multidisciplinar que aborde todas las cuestiones implicadas.

CONCLUSIONES

- Es claramente deducible que se trata de una enfermedad propia del sector femenino. Prevalece en los grupos de edad de entre 16 y 25 años: los cambios psicológicos y corporales que se producen conducen a una especial vulnerabilidad. Los cánones de belleza actuales, junto con estrictos requisitos físicos, ayudan a que este tipo de enfermedades vean la luz con mayor frecuencia.
- La determinación de cifras de prevalencia en TCA, junto con sus características sociodemográficas y de riesgo, permite mejorar la capacidad de clínicos y educadores para detectarlos, favoreciendo una intervención más temprana en su prevención.
- Es necesario abrir más líneas de investigación que profundicen sobre la relación existente entre los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el contexto social en que se producen.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Sandoval Shaik, O. Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia, bulimia y vigorexia. Página web editada en 2003, con acceso en marzo de 2010. URL disponible en: http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art42001
- 2.- Gobierno de Cantabria. Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso; 2001.
- 3.- Ciencia Popular, Medicina y Salud. Trastornos alimentarios. URL disponible en: <http://www.cienciapopular.com/medicina-y-salud/trastornos-alimentarios>
- 4.- Alfonso Orta, I. Guía terapéutica para la Atención Primaria en Salud. Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosas. 2010. URL disponible en: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0medicina--00-0----0-10-0---0---0direct-10---4-----0-11--11-11-50---20-about---00-0-1-00-0-11-1-00-00&a=d&cl=CL3.6&d=HASH019158fb5b942d2834a90135.11.4>
- 5.- Guías de práctica clínica en el SNS. Guía de práctica clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. URL disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_alimentaria/completa/
- 6.- Lahortiga-Ramos F, De Irala-Estévez J, Cano-Prous A, Gual-García P, Martínez-González MA, Cervera-Enguix S. Incidencia de los trastornos alimenticios en Navarra, España. *Psychiatry*. 2005; 20: 179-185)
- 7.- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). 4ª ed. 2009.
- 8.- OlestiBaiges M., PiñolMoreso JL., Martín Vergara N., de la Fuente García M., Riera Solé A., Borafull Bosch JM^a. et al. Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus - Vol. 68 núm. 01. Centro de Atención Primaria Reus-Altebrat. Tarragona. España: Anepdiatric (Barc); 2008. p. 18-23.
- 9.- Muro-Sans P., Amador Campos JA. Prevalencia de los trastornos alimenticios en una muestra de adolescentes de la comunidad española - Vol. 1. España: Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona; 2007. p. 1-6.
- 10.- Cano Rodríguez T., Beato Fernández L., Belmonte-Llario A. Nuevas contribuciones a la prevalencia de los trastornos alimenticios en adolescentes españoles: detección de falsos negativos- Vol. 20 núm. 2. Departamento de psiquiatría del Hospital de Ciudad Real. España: Europeo de Psiquiatría; 2005 mar. p. 173-178.
- 11.- Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE, núm.298. 14/12/1999)
- 12.- Foto de portada: <http://www.consultaclick.com.es/blog/wp-content/uploads/2013/04/anorexia-nerviosa-laura-escofet.jpg>

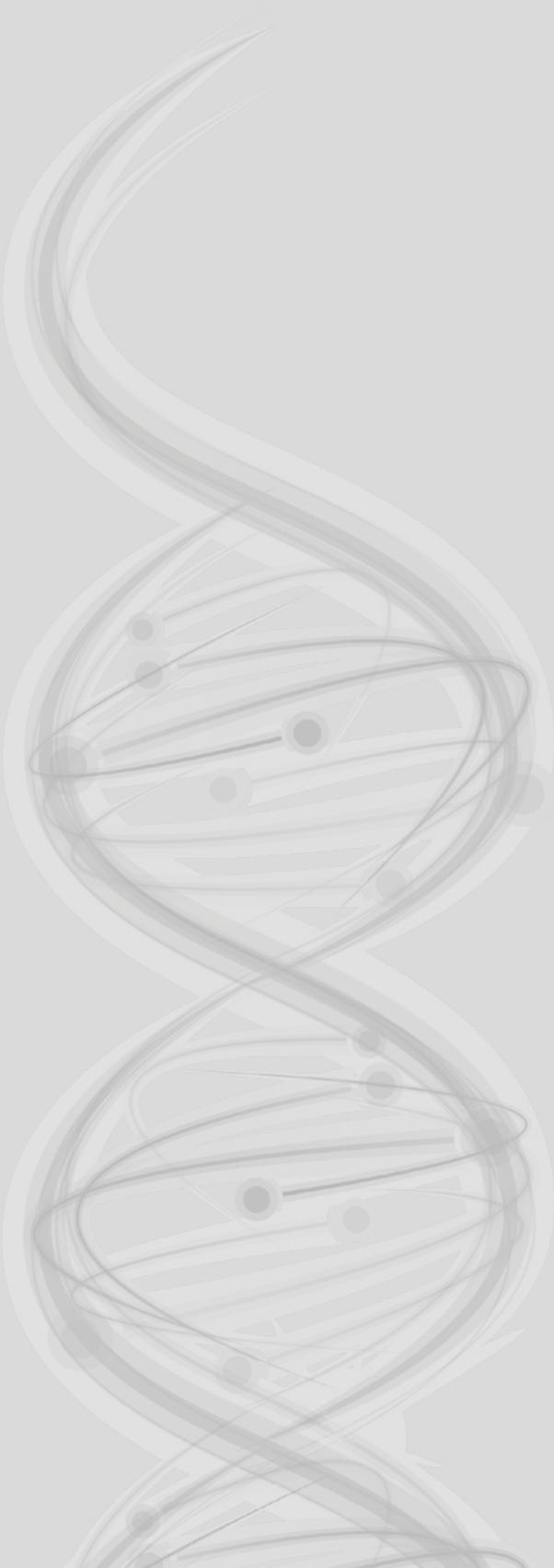


FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

TRABAJO CIENTÍFICO

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica



Beneficios de la actividad física sobre la cognición en estudiantes de Bachillerato

Autores:

Rafael Muñoz Cruz

Enfermero. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

María Rodríguez Mármol

Enfermera. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. España.

*Dirección para correspondencia:
rafamunozcruz@gmail.com*

Recibido: 15 de marzo de 2014

Aceptado: 3 de mayo de 2014

RESUMEN

Introducción: Han sido muchas las investigaciones que han demostrado los beneficios cognitivos del deporte a largo plazo, aunque en escasas ocasiones se ha podido demostrar si el deporte beneficia la función cognitiva a corto plazo.

Objetivo: Identificar la influencia a corto plazo de practicar actividad física moderada sobre las habilidades cognitivas de un grupo de estudiantes de bachillerato.

Material y método: Estudio experimental con grupo control posttest, con muestreo por conveniencia y asignación mediante técnica de apareamiento. Dos grupos con veinte jóvenes cada uno, la mitad practicaban deporte habitualmente y la mitad no. El grupo A fue sometido a una hora y media de deporte moderado, el grupo B no. Una hora después de la intervención, se les pasó una lista de 50 palabras a ambos grupos para memorizar el mayor número posible de palabras.

Resultado: La media de aciertos del grupo que no practicó deporte fue de 30,3, mientras que la del grupo que hizo ejercicio moderado fue de 31,4 aciertos.

Discusión: Al no conseguir resultados estadísticamente significativos, no se pueden obtener conclusiones sobre los beneficios a corto plazo de la actividad física. Esta falta de resultados puede ser debida a un tamaño muestral insuficiente.

Palabras clave:

- Memoria.
- Cognición.
- Adolescente.
- Ejercicio.
- Deportes.

ABSTRACT

Introduction: In the long term, there have been many studies which have shown cognitive benefits. In the short term, it could have seldom shown whether sport has a beneficial effect on cognitive function.

Objective: To identify how doing moderate physical activity influences on cognitive abilities of a group of high school students

Methods: It is an experimental research with posttest-only control group design. A convenience sample of 40 students were selected through a random assignment by matching technique. The sample was allocated into two groups of twenty, only one of them regularly played sport. Group A was undergone an half hour of moderate exercise, group B wasn't. One hour later, a list of 50 words was given to both groups in order to memorize as many words as they can.

Results: The average of right answer in the group, who didn't do any sport, was 30.3, while in the group who did moderate exercise was 31.4 hits.

Conclusion: Not being able to get results statistically significant, you can't draw a conclusion about the benefits of physical activity in the short-term. This lack of results may be owing to small sample size.

Keywords:

- Memory.
- Cognition.
- Adolescent.
- Exercise.
- Sports.

INTRODUCCIÓN

Un concepto importante que hay que conocer es el de estructura cognitiva, que se refiere al conjunto de rutas mentales consolidadas en el sujeto en un momento dado de su vida, que le permiten el uso adecuado de ciertas operaciones para manipular información. Es una estructura que puede ser modificada y optimizada mediante procesos de intervención sistemática, como por ejemplo el movimiento⁽¹⁾.

Determinadas actitudes como la música o el deporte influyen en el desarrollo cognoscitivo de los jóvenes⁽²⁾.

Hay diversas teorías para explicar la relación entre actividad física y mejora de la cognición. La primera es un incremento en el flujo sanguíneo cerebral que elevaría los niveles de nutrientes y de neurotransmisores al cerebro⁽³⁾, otra es que una buena capacidad aeróbica favorece el transporte de oxígeno al sistema nervioso central^(4,5).

La práctica deportiva influye de manera clara en los contextos poblacionales, en el desarrollo evolutivo y en los procesos psicológicos^(5,6). También tiene un importante efecto sobre el comportamiento social de los jóvenes, así como en prevenir las conductas de riesgo en este grupo poblacional⁽⁷⁾.

En 1994, Thayer demuestra que la actividad física en ratones aumenta la secreción del factor neurotrófico cerebral (BDNF), que mejora la supervivencia de las neuronas, protege al cerebro de la isquemia y favorece la transmisión sináptica. La actividad física provoca que el músculo segregue IGF-1 (insulin-like growth factor 1), un factor de crecimiento similar a la insulina, que entra en la corriente sanguínea y estimula la producción de BDNF^(8,9).

Por ejemplo, en el año 2004 se hizo un estudio en la Universidad de Duke sometiendo a personas de edad avanzada a un programa de actividad física que se desarrolló durante cuatro meses, y en el que se obtuvieron notables mejorías en la memoria⁽¹⁰⁾.

En la Universidad de Illinois se estudió que el ejercicio aeróbico podía estimular determinados componentes celulares y moleculares del cerebro, y de igual manera⁽¹¹⁾, muchos de los estudios sobre personas mayores demostraron que los procesos cognitivos eran mejores en los individuos que practicaban actividad física que en los que no⁽⁸⁾.

En un estudio realizado en Barcelona y Baleares, se determinó que los alumnos que realizaban algún tipo de actividad extraescolar, ya fueran cognitivas o recreativas, obtenían una sustancial mejora en el rendimiento académico⁽¹²⁾. Por el contra-

rio, en un estudio de 2009 llevado a cabo en Chile, se obtiene como resultados que el deporte no tiene mayor influencia en el rendimiento escolar si no se toman en cuenta factores como la motivación o las aspiraciones de futuro⁽¹³⁾.

HIPÓTESIS

Las habilidades cognitivas son mejores, a corto plazo, en aquellos jóvenes que practican actividad física moderada que en los que no la practican.

OBJETIVO

Identificar la influencia a corto plazo de practicar actividad física moderada sobre las habilidades cognitivas de un grupo de estudiantes de bachillerato.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio experimental con grupo control posttest, con muestreo por conveniencia. Se seleccionaron 40 participantes en total, con una edad entre 16 y 19 años. Cada joven fue asignado a un grupo mediante apareamiento, formando así el grupo A con 10 jóvenes que no practicaban deporte y 10 que sí, y el grupo B, con iguales características. Es decir, por cada "deportista" que se asignaba a un grupo, se asignaba un "no deportista" a otro, de manera que en cada grupo hubiera la misma proporción de deportistas y no deportistas e intentando equilibrar el número de hombres y mujeres en cada grupo.

Se consideraron jóvenes que practicaban deporte habitualmente los pertenecientes a algún club deportivo como equipos de fútbol, de baloncesto o de atletismo, que practicaban deporte habitualmente los que acudían a entrenar con su equipo 10 horas semanales o más. Se consideraron jóvenes que no practicaban deporte aquellos que reconocieron practicar deporte 3 horas semanales o menos. Los datos referidos a la práctica deportiva habitual fueron recolectados mediante entrevista personal.

Los jóvenes no eran conocedores del estudio completamente para evitar cualquier tipo de sesgo, sólo se les explicó lo que debían de hacer, a lo que la mayoría de ellos aceptaron voluntariamente.

El grupo A no fue sometido a actividad física, mientras que el grupo B se sometió durante una hora y media (Anexo I). Una hora después de la práctica del ejercicio en el grupo B, se les pasó a los jóvenes de ambos grupos una lista con 50 palabras (Anexo II), la cual pudieron estar revisando durante 5 minutos. Después de este tiempo, se les entregó un papel en blanco para que, durante 3 minutos, pudieran escribir el mayor número posible de palabras que recordaban. A la hora de realizar el test, se separó a todos los jóvenes en dos grupos. El primer grupo en realizar la prueba fue el grupo B, con los 20 jóvenes separados individualmente y vigilados por uno de los autores de este artículo junto con un colaborador. Posteriormente, el grupo A completó el test en las mismas circunstancias, es decir, individualmente y bajo vigilancia, con el objetivo de evitar la contaminación de la muestra.

El procesamiento de los datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS v.15 y EpiDat 3.1.

RESULTADOS

De los jóvenes estudiados, hubo 26 mujeres y 14 hombres, lo que supone un 65% y un 35% respectivamente. Las edades estaban comprendidas entre los 16 y los 19 años ($M=17$, $DE=1,062$, $IC\ 95\% [16,66 - 17,34]$, $Mod= 16$).

El grupo A estuvo compuesto por 13 mujeres (6 practicaban deporte y 7 no) y 7 hombres (4 practicaban deporte y 3 no), mientras que el grupo B estuvo formado por 13 mujeres (7 practicaban deporte y 6 no) y 7 hombres (3 practicaban deporte y 4 no lo hacían).

A continuación se pueden observar los aciertos obtenidos por cada grupo. El grupo A se refiere a los jóvenes que no practicaron deporte y el grupo B se refiere a los que estuvieron una hora y media realizando ejercicio físico moderado (Tabla 1).

Respuestas acertadas	
Grupo A	Grupo B
29	43
32	35
22	31
27	41
31	42
36	29
31	32
42	19
30	37
26	32
20	33
41	27
30	39
17	35
33	11
29	19
35	37
29	30
32	34
34	22

Tabla 1. Respuestas acertadas por cada grupo.

La media de aciertos del grupo A fue de 30,3 aciertos, $DE=6,15$, $IC\ 95\% [27,4 - 33,18]$.

La media de aciertos del grupo B fue de 31,4 aciertos, $DE=8,38$, $IC\ 95\% [27,48 - 35,32]$.

Al realizar la prueba T de Student para muestras independientes, se obtuvo un valor de significación estadística de $p=0,6389$, que al ser mayor de 0,05 indicó que no existían diferencias estadísticamente significativas entre los jóvenes que realizaron deporte y los que no.

DISCUSIÓN

En función de los resultados obtenidos, no se puede aceptar ni rechazar la hipótesis y, del mismo modo, no se puede extraer

ninguna conclusión, puesto que los resultados del estudio no son estadísticamente significativos.

La ausencia de diferencias estadísticamente significativas puede venir dada principalmente por la escasa muestra de la que se disponía a la hora de realizar el estudio, lo que supondría un sesgo del presente artículo.

Cabe decir que en la mayoría de los estudios realizados referentes a la influencia que la actividad física tiene en las capacidades cognitivas se refieren a la práctica de ejercicio con rutina, no refiriéndose ninguno a la práctica previa al esfuerzo intelectual.

Es por ello que se propone como futura línea de investigación examinar si la práctica deportiva influye en la memoria de los jóvenes a las pocas horas de haber realizado práctica deportiva con una población mayor, ya que los efectos de la práctica deportiva a largo plazo han sido más que comprobados. En la misma línea, resultaría interesante realizar el mismo estudio pero con un mayor número de intervenciones, es decir, realizar la intervención una vez al mes junto con el pretest durante un periodo más largo (por ejemplo un año) y comprobar si existen variaciones en los resultados. También se propone como futura investigación el cálculo del tiempo que el IGF-1 tarda en llegar al torrente sanguíneo y alcanzar una concentración suficiente para aportar una mejor capacidad cognitiva.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Bedoya OI, Bustamante B, Arboleda R, Montero S, Velásquez M, Rojas LM, et al. Cognición y movimiento. Educación física y deporte 2009; 21 (2): 85-97.
- 2.- Vallejo G, Restrepo LY. La actividad musical y deportiva en el desarrollo cognocitivo. Educación física y deporte 2010; 20 (2): 107-113.
- 3.- Etnier JL, Salazar W, Landers DM, Petruzzello SJ, Han M, Nowell P. The influence of physical fitness and exercise upon cognitive functioning: A meta-analysis. J Sport Exercise Psychol 1997.
- 4.- Sanabria I. Meta-análisis sobre los efectos del ejercicio en parámetros cognitivos 1995.
- 5.- Carazo Vargas P, Vargas A, Alonso G, Salazar Rojas W. Metaanálisis sobre el efecto del ejercicio en el funcionamiento cognitivo en adultos mayores. Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte 2006; 1 (2): 89-104.
- 6.- Loaiza HHA, Tangarife MAC. La relación teórica entre la Práctica Físico-Deportiva y el desarrollo de las Funciones Ejecutivas. Psicoideas 2013 (2).
- 7.- Ramírez Ortega B, Rivera Cisneros A. La influencia de la actividad física sobre el comportamiento social y conductas de riesgo en adolescentes.
- 8.- Silva WR. Algunas incidencias de la actividad física y deporte en la cognición, una revisión teórica.
- 9.- Thayer RE, Newman JR, McClain TM. Self-regulation of mood: Strategies for changing a bad mood, raising energy, and reducing tension. J Pers Soc Psychol 1994; 67(5):910.
- 10.- Ramírez W, Vinaccia S, Suarez G. El impacto de la actividad física y el deporte sobre la salud, la cognición, la socialización y el rendimiento académico: una revisión teórica. Revista de estudios sociales 2004; 18: 67-75.

11.- Neeper SA, Gómez-Pinilla F, Choi J, Cotman CW. Physical activity increases mRNA for brain-derived neurotrophic factor and nerve growth factor in rat brain. Brain Res 1996; 726 (1): 49-56.

12.- Cladellas Pros R, Clariana Muntada M, Badia Martín M, Gotzens Busquets C. Actividades extraescolares y rendimiento académico en alumnos de primaria. European Journal of investigation in health, psychology and education 2013; 3 (2).

13.- Díaz CAE. Seminario de Titulación "Relación del Deporte Escolar con el Rendimiento Académico".

ANEXO I

COMPOSICIÓN DE LA SESIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA DEL GRUPO B

Actividad	Duración
Caminar	5 minutos
Estiramientos	10 minutos
Carrera continua de baja intensidad	15 minutos
Descanso y recuperación	4 minutos
Pase de balón con manos o pies, trotando en el sitio	12 minutos
Juego "atrapa el pañuelo" (en dos grupos)	10 minutos
Realización de abdominales	3 minutos
Descanso y recuperación	5 minutos
Realización de flexiones	3 minutos
Realización de estiramientos	5 minutos
Partido de baloncesto (en dos grupos, cada uno en medio campo)	15 minutos
Estiramientos	3 minutos

ANEXO II

LISTA DE PALABRAS UTILIZADA

Lámpara	Alberto	Grapadora	Albaricoque
Estantería	Isabel	Goma	Granada
Cortina	Hámster	Rotulador	Barcelona
Jarrón	Iguana	Carpeta	Lugo
Lavabo	León	Uno	Bilbao
Pelota	Hipopótamo	Seis	Toledo
Raqueta	Gato	Nueve	Enero
Canasta	Azul	Tres	Agosto
Bate	Verde	Cuatro	Septiembre
Red	Rosa	Fresa	Junio
David	Negro	Plátano	Noviembre
Lucas	Marrón	Melón	
Inés	Papel	Kiwi	

Evolución de las úlceras por presión y su relación con las rotaciones laborales de los profesionales de Enfermería

Autores:

María José Rodríguez Martínez

Graduada en Enfermería. Zona Básica de Salud Maruca. Gerencia de Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. España.

María del Pilar Diéguez Poncela

Diplomada en Enfermería. Departamento de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. Cantabria. España.

Avelino Saiz Sánchez

Graduado en Enfermería. Zona Básica de Salud Torrelavega-Cartes. Gerencia de Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. España.

María del Mar Crespo Pérez

Diplomada en Enfermería. Servicio de Medicina interna. Hospital Sierrallana. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. España.

Ángela Lombera Torre

Graduada en Enfermería. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. España.

*Dirección para correspondencia:
maache2002@hotmail.com*

Recibido: 10 de febrero de 2014

Aceptado: 28 de marzo de 2014

Trabajo cuyo proyecto fue premiado con el Premio Accésit del X Premio de Investigación del Colegio de Enfermería de Cantabria

RESUMEN

En el ámbito de las actividades de enfermería existe la preocupación de que la rotación continua de los profesionales (cambio diario de enfermera debido a sustitución) en una consulta clínica dentro de un centro de salud dado, pueda afectar a la atención a los pacientes de forma negativa.

Se trata de un estudio con el que se ha valorado la diferencia en la evolución de las úlceras por presión en dos grupos de pacientes: uno de ellos que están expuestos al cambio frecuente de profesional de enfermería y el otro grupo en el que la enfermera titular es la encargada de sus cuidados.

Para alcanzar el objetivo, se realizó un estudio de cuasi experimental en el que se estudian dos variables: el Grupo 1 se ve afectado por un cambio frecuente de profesional de enfermería y el Grupo 2 en el que no rota de forma habitual la enfermera, excepto en períodos vacacionales y permisos.

Mediante la recogida de los datos pertinentes, su ordenación y análisis a través del programa informático SPSS se obtuvieron resultados que confirma la hipótesis cuya ODDS Ratio es de 9,33, es decir mas expuestos que los que no sufren rotaciones de atención de enfermería.

Las conclusiones obtenidas de dicho estudio no es posible hacerlas extensivas a otras situaciones similares dada su escasa muestra. No obstante sería conveniente realizar nuevos estudios con muestras de un mayor número de pacientes.

Conviene considerar que los efectos producidos por este tipo de cambios a nivel asistencial, pueden tener repercusiones económicas, clínicas y/o sociales.

Palabras clave:

- Úlcera por presión.
- Enfermería en salud comunitaria.
- Evolución clínica.

ABSTRACT

The high turnover rate of nurses in the nursing consultancy at Primary Care centre is a matter of concern for the nursing profession. These daily nurse substitution can adversely affect patient care.

This study evaluated the evolution of changes in the pressure ulcers between two groups of patients. One of them has been exposed to the high turnover rate of professional, while the other one was subjected by to a nurse who was responsible for their care during all treatment.

A quasi-experimental research was carried on in order to reach the goal. Two variables were studied: Group 1 had a high turnover rate of registered nurse and Group 2 usually had a nurse in charge to their care, except for the holiday periods and permissions.

Data were analyzed by the SPSS program. The result achieved confirms the hypothesis whose Odds ratio is 9.33, it means, the patient care is adversely affected by a high turnover rate of nurses.

The finding of this study can't extrapolate in other similar situations because of the small sample. Nevertheless, it is desirable in the long term to carry on our work with new studies with a large sample.

Furthermore, we have to bear in mind that the effects caused by these changes can also have significant economic, clinical and social impacts.

Keywords:

- Pressure ulcer.
- Community Health Nursing.
- Clinical evolution.

INTRODUCCIÓN-JUSTIFICACIÓN

La úlcera por presión (UPP) es una lesión que se produce en la piel y tejidos subyacentes, por la presión que ejerce un objeto externo de manera sostenida sobre las prominencias óseas. Por tanto, la presión es el principal factor etiológico^(1,2).

Además, existen muchos otros factores que promueven la aparición y desarrollo de lesiones como: edad avanzada, inmovilidad, obesidad, pérdida de la sensibilidad, estado nutricional inadecuado, humedad excesiva de la piel, nivel de conciencia disminuido, procesos terminales, enfermedades neurológicas, cardiovasculares o respiratorias que disminuyan la oxigenación tisular. El tiempo de exposición a dichos factores determina la frecuencia y localización de una UPP.

El paciente de la tercera edad sufre una serie de cambios fisiológicos en su anatomía, ocasionados por el normal deterioro que se presenta a partir de este período. Si a ello se le suma la variabilidad en la atención de los cuidados por el responsable en el

hogar o el profesional de enfermería con relación a su nutrición, higiene y cambios posturales, se producen lesiones importantes de la piel. Esta es un indicador negativo de calidad asistencial^(1,3).

Las UPP son uno de los problemas más frecuentes en la práctica clínica de enfermería siendo un reto y una responsabilidad tanto en prevención como en tratamiento. Diversos estudios publicados consideran que un 95% de las UPP son evitables^(2,4).

En España desde el año 1994 se dispone de un grupo de trabajo específico en España con un grupo de trabajo para el asesoramiento sobre prevención y tratamiento de UPP, la GNEAUPP (Grupo nacional de estudio y asesoramiento de las úlceras por presión).

El profesional de enfermería desempeña un rol primordial para impedir su aparición, si se aplica correctamente los cuidados en materia de prevención de las mismas. La valoración debe hacerse en el contexto de salud holística del paciente tanto físico como psicosocial y no sólo centrarse en la desaparición de la enfermedad, en este caso la UPP.

Planteamiento de la problemática actual.

En España, las úlceras por presión constituyen todavía una complicación frecuente en los pacientes inmovilizados tanto en su domicilio como estando ingresados en un centro asistencial. Entre 57.000 y 100.000 personas son atendidas diariamente por padecer una úlcera por presión. La mayoría de ellos tienen más de 65 años y el 71% supera los 75. Este hecho tiene un impacto negativo sobre la salud y la calidad de vida de los pacientes.

Las nuevas medidas de contratación de profesionales de enfermería de la Instituciones Sanitarias que conducen a sustituciones en los centros de salud, bien sea con carácter diario o de pocos días, favorecen que esta continuidad de cuidados se pierda, y que los profesionales de enfermería se vean expuestas a un "partir de cero" continuo, tanto en el seguimiento de los tratamientos de curas como en el resto de las intervenciones enfermeras.

Por esta razones, este trabajo tiene como finalidad analizar la influencia de esta rotación, definida como "cualquier movimiento del puesto de trabajo", sobre la evolución de las UPP.

Esta rotación denota una influencia negativa, no porque los cuidados no sean los adecuados, sino porque rompe el correcto seguimiento a que, través del tiempo, se debe proporcionar con profesionales estables.

No cabe duda que la continuidad en los cuidados profesionales en general y en particular en las UPP (incluso siguiendo el protocolo) es una parte fundamental para el adecuado seguimiento de todos los cuidados y la curación total de las UPP.

Por otro lado, la opinión del cuidador principal que se encuentra en el domicilio junto al paciente es muy importante. En general, esta opinión, suele ser negativa frente a los cambios frecuentes de profesional. Su carga de trabajo, la incertidumbre y la intranquilidad por el problema de su familiar, se verían beneficiados con las medidas que se podrían tomar si esta hipótesis se confirma.

En relación al propio profesional, los cambios frecuentes del lugar de trabajo influyen negativamente. Ello puede desencadenar problemas de salud, estrés, inseguridad y derivar todo en el ya conocido Síndrome de Burnout, como respuesta al estrés laboral, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia el equipo y hacia sus gestores. Contrariamente a lo que sucedería si se le mantiene en el mismo puesto de trabajo donde podría desarrollar todo su potencial de conocimientos y habilidades profesionales contribuyendo a la eficacia y eficiencia de los servicios de enfermería.

HIPÓTESIS

La rotación continua de los profesionales de enfermería (con el consiguiente cambio diario de instalaciones, material, etc.) de centros de salud podría afectar de forma negativa a la prestación de una asistencia óptima para los pacientes con UPP, dependientes de los cuidados de enfermería.

OBJETIVOS**General**

Detectar si existe diferencia en el proceso de curación y evolución de la UPP en el paciente inmovilizado, entre un grupo

de pacientes de un cupo (población asignada a un profesional) frente a un grupo de pacientes de otro cupo expuesto a la rotación continua del profesional de enfermería.

Específicos

- Detectar la diferencia en la evolución de una UPP, en una visita domiciliar dirigida por el profesional de enfermería de referencia y otra, sometida a cambios frecuentes de los profesionales enfermeros.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio. Se lleva a cabo un estudio cuasi experimental, prospectivo, analítico y longitudinal.

Población diana. La población se seleccionó entre los pacientes pertenecientes a dos cupos (población asignada a un profesional, en este caso, de Enfermería, de la Zona Básica de Salud Alto Asón, Gerencia de Atención Primaria, del Servicio Cántabro de Salud.

Tamaño muestral. Se selecciona una muestra de conveniencia, en este caso 10 pacientes para el Grupo 1 y 10 personas para el Grupo 2.

Definición de Grupos:

- Grupo 1. Pacientes inmovilizados que presentan UPP y forman parte del cupo de Atención Primaria que se ven expuestos a la situación "cambio frecuente de personal de Enfermería".
- Grupo 2. Pacientes inmovilizados que presentan UPP y forman parte del cupo en el que se produce la situación alternativa, en la que el profesional de enfermería no rota de forma habitual, excepto en períodos vacacionales y permisos.

Criterios de inclusión

- Pacientes > 18 años.
- Pacientes inmovilizados, diagnosticados de UPP según la clasificación y estadio de la GNEAUPP que precisen curas de enfermería en el domicilio.
- Que consientan por escrito en su participación en este estudio.

Criterios de exclusión

- Pacientes que hayan sido hospitalizados en los últimos dos meses.
- Pacientes con alguna de las siguientes patologías, según el CIE-10
 - (F00-F09).Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos.
 - (F20-29) Esquizofrenia. Trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes.
 - (F60-69) Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos.
 - (F99) Trastornos mentales sin especificar, que impidan al sujeto al otorgar el consentimiento en el estudio.
- Que el paciente no consienta en su participación en el estudio.

María José Rodríguez Martínez, María del Pilar Diéguez Poncela, Avelino Saiz Sánchez, María del Mar Crespo Pérez, Ángela Lombera Torre

Duración de estudio. La duración del estudio fue de 12 meses. Desde marzo de 2013 hasta marzo de 2014.

Se introdujeron, datos susceptibles a variación entre ellos:

Escala de Norton y Estadio de la Upp y evolución, como variables numéricas y dependientes

RESULTADOS

Del mismo modo que en otros trabajos de referencia, la edad de los pacientes estudiados es coincidente, entre 85,5 años y 88,7 años.

No se han encontrado diferencias en relación con el género

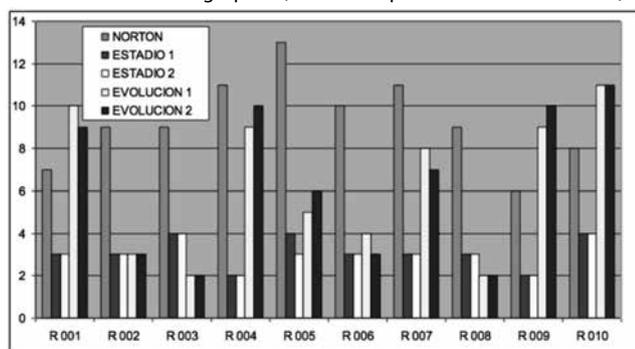
En relación al grado de la upp el más frecuente es el grado III.

Respecto a la localización de las upp, los datos obtenidos coinciden con los de la literatura consultada. En el grupo de casos el 50% de los pacientes la upp se localiza en la región sacra y en el grupo control en el 40 % de ellos.

A pesar de que los pacientes a estudio ya tenían un episodio de upp, se ha utilizado de la escala Norton para medir el riesgo de nueva upp real o potencial.

En el caso de la escala Norton, esta se mantiene constante a lo largo del proceso de valoración de las úlceras. No obstante, resulta un dato importante, para referenciar el riesgo del paciente a padecer úlceras por presión.

Gráfico 1: Pacientes grupo 1. (Cambio de profesional de Enfermería)

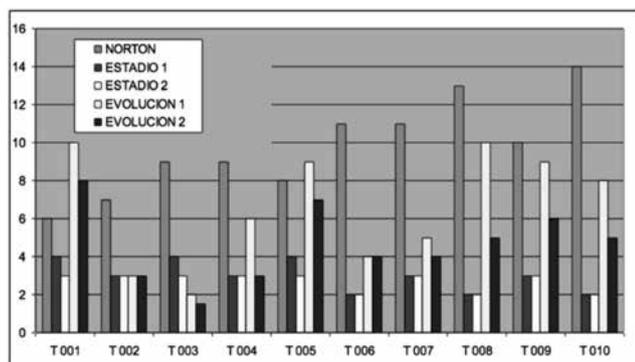


En el grupo de pacientes de casos (grupo 1), en solo uno, se mejoró el estadio de la úlcera.

En 9 lo mantuvieron en el mismo estadio, aunque hubo una evolución favorable en tres pacientes.

En los que la evolución fue desfavorable, en 4 de ellos aumento el diámetro y en 3 se mantuvo el diámetro.

Gráfico 2: Pacientes grupo 2. (Manteniendo el mismo profesional de enfermería)



En el caso de los controles, de total de pacientes en 8 de ellos disminuyó el diámetro de la UPP

- 3 mejoraron el estadio de la úlcera

- 7 se mantuvieron

Se ha calculado la odds ratio en una tabla de contingencia

	Casos	Controles	
Expuestos (igual evolución o empeoramiento)	7	2	9
No expuestos (mejoría en la evolución o estadio)	3	8	11
	10	10	20

Se obtuvieron los siguientes resultados:

Odds casos: 2.33

Odds controles: 0.25

Odds ratio: 9.33

Por lo tanto, los casos (pacientes expuestos a cambio frecuente de profesional de enfermería) presentan una odds ratio de exposición 9,33 veces mayor que los controles (pacientes que reciben atención continua del mismo profesional de enfermería).

Esto significa que estarán 9,33 veces más expuestos siempre que la UPP no evolucione ni disminuya en su estadio.

DISCUSIÓN. CONCLUSIONES

A pesar de que los pacientes a estudio ya tenían un episodio de upp, se ha utilizado de la escala Norton para medir el riesgo de nueva upp real o potencial. Según los resultados de esta Escala, el grupo de casos (pacientes sometido a cambio de profesional de Enfermería) tiene un riesgo mayor de desarrollar UPP que el grupo control (pacientes no sometido a cambios de profesional de Enfermería).

Este modesto estudio confirma la hipótesis planteada. No obstante y con la prudencia debida, se trata de una confirmación no extrapolable ni extensible a otros casos dada su escasa muestra.

Se considera necesaria una investigación más amplia y que sea realizada en diversos centros de salud.

A pesar de ello, se puede indicar que en esta muestra, la mejor evolución se produjo en pacientes atendidos por la misma enfermera.

Además resulta imprescindible realizar acciones de continuidad de cuidados entre enfermeras con registros de calidad en la historia del paciente que, sin duda, favorecerán la buena evolución de las upp a pesar de los cambios del profesional.

Quizá, convendría revisar si los registros existentes en el programa informático, permite recoger los datos precisos para favorecer esa continuidad de cuidados.

Por otro lado, las administraciones sanitarias deberían realizar planes de sustituciones integrales, que favorezcan la estabilidad laboral de los profesionales que, sin duda, revertirá en la continuidad en los cuidados de Enfermería al los pacientes.

La formación especializada en el ámbito del cuidado de las personas con UPP en el entorno de la Atención Primaria de Salud debe ser un aspecto a tener en cuenta por las administraciones sanitarias.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Manual de prevención y cuidados locales de úlceras por presión. Servicio cántabro de salud. 1ª edición. Marzo 2005 (documento reconocido de interés profesional por la GNEAUPP). Coordinadora Ana Rosa Díaz Mendi.
- 2.- Hibbs P. Pressure area care for the city and Hackney Health authority. London: St. Bartholomeus Hospital. 1987.
- 3.- Waterlow J. Pressure sore prevention Manual. Taunton. 1996.
- 4.- Cacedo González R, Castañeda Robles, Cossío Gómez F, Delgado Uría A, Fernández Saiz B, Gómez España M V et al. Prevención y Cuidados de heridas locales. Servicio Cántabro de Salud, 1º Edición. 2011.
- 5.- Organización Mundial de la Salud. Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100. FlintAndrea L, Webster J. The use of the exit interview to reduce turnover amongst healthcare professionals. 2007.
- 6.- ArtechEguizábal, JT. The Subsitute Female Nurse And Her Adaptation. Bilbao. 2009.
- 7.- Hibbs P. The economics of pressure ulcer prevention. Decubitus 1998.
- 8.- AmbarDeschamps P, Sahilyn B., Olivares R, De la Rosa Zabala KL, Asunsolo del Barco A. Influence of shift work and night shifts in the onset of the Burnout Syndrome in doctors and nurses.2004.
- 9.- Baumann A, Blythe J. Globalization of Higher Education in Nursing 2008.
- 10.- Posmett J, Soldevilla JJ, Torra JE. Epidemiología y Coste de las UPP en España. Estudio GNEAUPP 2005.
- 11.- Libro de Abstracts del VI Simposio Nacional de UPP. GNEAUPP. Zaragoza 2006.
- 12.- Herrero Narváez E, Ordoño Martínez C. Superficies especiales para el manejo de la presión, factor determinante en la disminución de úlceras por presión en atención domiciliaria.2010.
- 13.- Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F (eds.). Actas del V Simposio nacional sobre úlceras por presión y heridas crónicas. Oviedo: GNEAUPP; 2004.
- 14.- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Clasificación-Estadiaje de las Úlceras por Presión. Logroño. 2003.
- 15.- Twigg D, Duffield C, Bremner A, Rapley P, Finn J. The impact of the nursing hours per patient day (NHPPD) staffing method on patient outcomes: a retrospective analysis of patient and staffing data. 2007.
- 16.- Ho WH, Chang CS, Shih YL, Liang RD. Effects of job rotation and role stress among nurses on job satisfaction and organizational commitment.2006.
- 17.- Liang YW, Tsay SF, Chen WY. Effects of nurse staffing ratios on patient mortality in Taiwan acute care hospitals: a longitudinal study.2006
- 18.- Sveinsdóttir H, Biering P, RamelA. Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: a cross-sectional questionnaire survey.2007.
- 19.- Lu H, While AE, BarriballKL. Job satisfaction among nurses: a literature review.2007.
- 20.- Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento de úlceras por presión y heridas crónicas (GNEAUPP). <http://www.gneaupp.es>.
- 21.- Academia española de Dermatología y Venereología (AEDV). <http://aedv.es>.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

MONOGRAFÍA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Manejo enfermero del paciente pediátrico durante el trasplante de médula ósea. Aspectos emocionales y sociales más importantes

Autora:

**Isabel Fernández González de
Villambrosia**

*Enfermera en el Hospital Universitario Marqués
de Valdecilla. Consulta de Hematología
Pediátrica. Cantabria. España.*

*Dirección para correspondencia:
villambrosia@hotmail.com*

Recibido: Marzo de 2014
Aceptado: Mayo de 2014

Monografía resultado del trabajo de fin de grado tutorizado por Miriam González Cebrián profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Cantabria. El trabajo ha sido modificado por la autora para adaptarlo a las normas de publicación de Nuberos Científica.

RESUMEN

Existe una creciente importancia clínica del trasplante hematopoyético ya que constituye la única posibilidad de tratamiento para algunas enfermedades hematológicas y oncológicas de la infancia. La atención enfermera tiene una gran repercusión para el manejo de las frecuentes complicaciones que se presentarán a lo largo del procedimiento. Potenciar la percepción de control y dar información al paciente pediátrico y su familia sobre síntomas y/o complicaciones habituales, así como, saber dónde y cuándo acudir ante la duda o presencia de éstas, ayuda a reducir la ansiedad, disminuir la sensación de indefensión y aumentar la percepción de apoyo, favoreciendo una respuesta positiva al tratamiento.

Palabras clave:

- Trasplante de Células Madre Hematopoyéticas.
- Atención de Enfermería.
- Calidad de Vida.
- Niños.

ABSTRACT

Hematopoietic stem cells transplantation has an increasing clinical relevance due to it is the only possibility in treating some pediatric cancer and blood diseases. Nursing care has a significant impact on usual handling complications, which will arise throughout the procedure.

Furthermore, some facts as strengthening the perception of control, giving information to pediatric patients and their family about symptoms and frequent complications as well as knowing where and when they should go either in the present of doubts or in the presence of complications will be useful.

These help to cut down anxiety, decrease the sense of helplessness and increase the perception of support. Thus, the above nursing interventions give a boost to a positive answer to treatment.

Keywords:

- Hematopoietic Stem Cell Transplantation.
- Nursing Care.
- Quality of life.
- Children.

1. INTRODUCCIÓN - JUSTIFICACIÓN. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y/O ESTADO ACTUAL DEL TEMA

El trasplante de médula ósea es el tratamiento de elección de diversas enfermedades hematológicas, oncológicas, congénitas e inmunodeficiencias, reservado para aquellos pacientes que no tienen otra posibilidad de tratamiento.^{1,2}

Según la Organización Nacional de Trasplantes, en 2012 se ha vuelto a conseguir un máximo histórico de Trasplantes de Médula Ósea en España, acusándose un aumento progresivo desde 2006. Concretamente, la cifra de trasplantes realizados en 2012, alcanza los 2.699, de los que 271 han sido pediátricos. Cabe destacar las Comunidades Autónomas (CCAA) que más trasplantes por millón de población han realizado: Cantabria, seguida por Navarra, Asturias y Murcia. El Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, en Cantabria, es uno de los nueve centros de referencia para el trasplante de médula ósea pediátrico en España, y en él se realizaron 68 trasplantes en el año 2012, de los cuales 3 fueron pediátricos.³

Este proceso no está exento de riesgos y situaciones potencialmente estresantes que deben afrontar los pacientes y sus familiares.^{2,4,5} El paciente y su familia deben conocer que este procedimiento desencadena un estado de compromiso múltiple de órganos, tejidos y depresión inmunológica severa, predisponiendo a infecciones y a efectos secundarios como consecuencia de tratamientos potencialmente tóxicos. Por todo ello, estos pacientes susceptibles de trasplante requieren tanto del apoyo profesional, como familiar, para sentirse seguros durante las etapas del tratamiento.⁶

Si añadimos que el afectado por la enfermedad es un niño, se altera el funcionamiento familiar.⁷ Todos son sensibles al su-

frimiento de un niño, ya que las necesidades de los niños son únicas y requieren especial atención cuando se presenta una enfermedad.⁸ Ocurren largas y frecuentes hospitalizaciones, largos tratamientos, separación de la familia, cambios físicos e inmunitarios y riesgo de retraso en el desarrollo psicomotor y escolar. El niño y sus familiares tendrán que enfrentarse a muchos desafíos emocionales e interpersonales a lo largo del tratamiento. Por lo que en cada etapa, habrá que cuidar su mente tanto como su cuerpo. Esto hace necesario una buena coordinación del equipo multidisciplinar.^{7,8}

2. OBJETIVOS

El objetivo principal es:

- Actualizar los conocimientos sobre el Trasplante de Médula Ósea (TMO).

Y los objetivos específicos:

- Describir los conceptos más importantes sobre el TMO.
- Desarrollar las fases del TMO y su seguimiento.
- Capacitar al personal enfermero para proporcionar ayuda oportuna que mejore la adaptación del niño y su familia al proceso de TMO.

3. METODOLOGÍA

El presente trabajo es una monografía con el propósito de registrar y sintetizar el conocimiento actual sobre el tema propuesto. Han sido empleadas diversas bases de datos como: PUBMED, CUIDEN, ENFISPO, SCIENCE DIRECT, GOOGLE SCHOLAR y FISTERRA, de las que se localizaron diversos artículos.

También se realizó búsqueda de información en diversas asociaciones y entidades públicas: GELTAMO; REDMO; Ministerio de Sanidad y Consumo; Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV); Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátrica (SEHOP) y de la Organización Nacional de Trasplante (ONT).

Para esta monografía se realizó búsqueda bibliográfica entre octubre del 2011 y febrero del 2012, no obstante, se revisó posteriormente la memoria de TPH en España y Cantabria de la que se habla en la introducción, no siendo posible referenciar los datos correspondientes al año 2013 ya que la ONT aún no ha publicado la memoria relativa al pasado año.

Una vez concluida la muestra y posterior lectura de los artículos, algunos de los criterios de exclusión que se siguieron fueron la antigüedad de la publicación y artículos de foros de opinión en lugar de revistas científicas.

4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE EL TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

La indicación más frecuente en el paciente pediátrico es la Leucemia Aguda (62%), seguido por condiciones no malignas: enfermedades congénitas e inmunodeficiencias (36%).^{1,9,10}

Clasificación de los trasplantes de progenitores hematopoyéticos

Existen tres clasificaciones diferentes:

A) Según el tipo de Donante

- Autólogo: Las células madre proceden del propio paciente. Se obtienen cuando el paciente ha respondido al tratamiento de su enfermedad, se dice que se encuentra en remisión completa. Es más sencillo que el trasplante alogénico y con menos complicaciones.^{8,10}
- Alogénico: Las células madre proceden de otro individuo. Habitualmente el donante es un familiar del paciente, no obstante, cuando no existe parentesco entre donante y receptor se dice que es un trasplante de donante no emparentado.^{4,8,10}

B) Según el origen de las células madre

- Médula ósea: es la forma clásica de obtención. Se obtiene del interior de las crestas ilíacas.
- Sangre periférica: Mediante aféresis (proceso que separa las células madre).
- Sangre de cordón umbilical: rica en células madre. De ahí que se prefiera utilizar el término de "trasplante de progenitores hematopoyéticos" (TPH) porque incluye todos los tipos de trasplante: médula ósea, sangre periférica y cordón umbilical.¹⁰

C) Según el tipo de acondicionamiento

Es el tratamiento que recibe el paciente como preparación para el trasplante.

Distinguimos dos clases:^{9,10}

- Mieloablatoivo: Dosis altas de quimioterapia, asociada o no a radioterapia. El empleo o no de la radioterapia lo discuten los hematólogos responsables del paciente en sesión teniendo en cuenta determinados factores: las características de la enfermedad, si es una recaída

precoz, si el paciente ha recibido ya radioterapia, si aún hay enfermedad residual o el estado general del paciente antes del trasplante.

- De intensidad reducida: Administración de potentes inmunodepresores asociados a quimioterapia, no a dosis tan altas como en el mieloablatoivo.

Compatibilidad del donante

Esta compatibilidad se estudia mediante el análisis de una muestra de sangre del paciente y del posible donante.

Todo individuo hereda la mitad de estos antígenos de su padre y la otra mitad de su madre, por ello la probabilidad de que los progenitores sean compatibles es mucho menor que la referida a un hermano. Existe una probabilidad del 25% de que un hermano del paciente sea perfectamente compatible con su tipo de Antígeno Leucocitario Humano (HLA).⁸

El grupo de donantes alternativos a los familiares está constituido por donantes voluntarios recogidos en diversos registros internacionales, donde actualmente hay registrados más de 14 millones de donantes y unidades de cordón en todo el mundo. En España, el registro existente es el REDMO: Registro de Donantes de Médula ósea, creado en 1991 por la Fundación Internacional Josep Carreras.¹⁰

El apoyo a los donantes es importante antes y después de la donación particularmente con los donantes emparentados, que conocen al receptor y probablemente continúen involucrados, o al menos informados, con su evolución.^{4,8}

Fases del trasplante hematopoyético

• Estudios pre-trasplante

RECEPTOR

Se realizarán una serie de estudios analíticos, radiológicos y funcionales necesarios para determinar el estado de salud del paciente, el grado de control de la enfermedad y, en función de los resultados, decidir si el paciente es APTO para el trasplante, y en caso afirmativo cuál es el procedimiento terapéutico más adecuado.¹¹

DONANTE

Existirá cuando hablemos de trasplante alogénico. Se someterá también a una serie de estudios analíticos, preoperatorios y, si la donación es de sangre periférica, a una valoración por el equipo de la unidad de aféresis.^{10,12}

• Firma del consentimiento informado

En pacientes menores de 18 años, debe ser firmado por sus tutores legales tras haber informado adecuadamente al menor y oída su opinión, según legislación vigente (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).¹³

• Ingreso en la unidad de trasplante

Unidad de TPH: recibe esta denominación el área del hospital dotada de personal médico y de enfermería específicamente preparada para la obtención, manipulación y administración de progenitores hematopoyéticos, así como para prevenir y tratar complicaciones del TPH.⁹

El ingreso se inicia siete días antes de la fecha fijada para el trasplante, este es el momento en que se da la separación

de la familia y el hogar. El papel de enfermería, en esta etapa, se centra en facilitar la adaptación al medio hospitalario, disminuir el estrés y mejorar la respuesta al tratamiento mediante la recepción e información detallada al paciente y familia sobre las normas internas del servicio, horarios de visita, participación familiar, objetos personales y actividad física y ocupacional durante el ingreso.^{9,14}

Durante el ingreso y antes de comenzar el acondicionamiento, es necesario canalizar un catéter venoso central al paciente. Este catéter debe permitir la administración de citostáticos, progenitores hematopoyéticos, líquidos electrolíticos, antimicrobianos, inmunosupresores, soporte hemoterápico y nutrición parenteral, así como la obtención de muestras de sangre. El acceso venoso más frecuente es la vena subclavia y es del tipo Hickman, los reservorios subcutáneos no son útiles para el TPH ya que no están diseñados para perfusiones continuas, son de una sola luz y de flujo limitado. Este acceso venoso se mantendrá durante el tiempo que se considere oportuno, incluso siendo dados de alta a su domicilio portando el catéter.^{9,15}

• Acondicionamiento

Su finalidad es:

- Eliminar células anómalas del organismo.
- Hacer espacio en la médula ósea para nuevas células.
- Evitar el rechazo de las nuevas células por parte del receptor.

La duración es variable: entre dos y siete días. A partir de esta fase comienza la parte más compli-

cada física y psicológicamente del proceso para el niño y será imprescindible atender las necesidades emocionales y afectivas de éste y de su familia.^{10,14} A los 5-7 días de iniciado el acondicionamiento deberemos tener en cuenta que es muy probable que aparezca mucositis en el niño: es la inflamación de la mucosa de la boca y desaparece cuando se recuperan cifras hematológicas. Es la complicación más molesta para el paciente, ya que es doloroso y evita la adecuada ingestión de alimentos. Cuando la ingestión de alimentos se ve muy limitada, y esto ocurre en gran mayoría de ocasiones, la alimentación deberá administrarse por vía endovenosa (nutrición parenteral).¹⁰ La incidencia de esta complicación va a depender mucho del acondicionamiento que reciba el niño, así como del tipo de trasplante. Por eso siempre será mayor en un trasplante alogénico que en un autotrasplante. Cuando se utilicen fármacos de alta intensidad así como irradiación corporal total, podemos hablar de una incidencia entre el 75 y el 100% de los casos.⁹

• Día 0: infusión de progenitores hematopoyéticos

A nivel internacional se ha decidido señalar el día de la infusión como día 0 y los días posteriores en positivos, para así reconocer en qué momento del trasplante nos encontramos sólo con mirar el día. La infusión se realiza de forma similar a una transfusión sanguínea. Dura entre 30 minutos y dos horas durante las cuales, la enfermera vigila las constantes vitales del paciente y la aparición de efectos secundarios.^{10,14,16} (Figura 1)

Figura 1

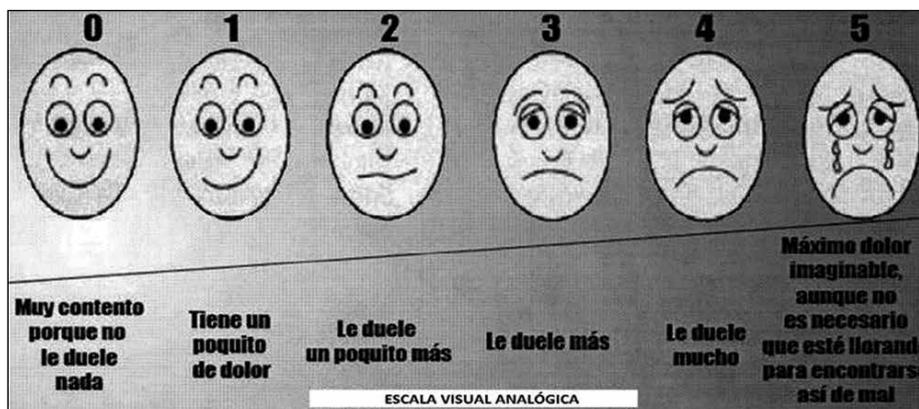


• Post-trasplante inmediato

Son los 15-20 días después del trasplante, en los que el paciente permanece aislado con dieta de baja carga bacteriana, cocinada a altas temperaturas. Son dietas especiales que tienen incorporados los hospitales donde existe una unidad de trasplantes de médula.

Las posibles complicaciones inmediatas son la infección y la hemorragia, por lo cual el cuidado del paciente debe centrarse en su prevención y tratamiento precoz. Tanto en esta fase como en todas las demás, la enfermera deberá valorar el dolor del paciente, siendo la escala más frecuentemente utilizada la Escala Visual Analógica para pacientes pediátricos.^{10,16,17} (Figura 2)

Figura 2



Esta fase finaliza cuando las células germinales trasfundidas migran hacia la médula ósea del receptor y comienzan a regenerarse.^{10,16}

• Alta hospitalaria

Los pacientes sometidos a TPH son dados de alta cuando superan el período de aislamiento, toleran la vía oral y su situación clínica y los tratamientos que debe recibir permiten un seguimiento ambulatorio. Tras un TPH alogénico, los pacientes tienen un control estrecho, como mínimo semanal, durante la fase inicial. En estas visitas se reajustará su tratamiento farmacológico, que consistirá básicamente en inmunosupresores, corticoides, antibacterianos y/o antivíricos, así como fármacos específicos para cualquier complicación que pueda surgir durante y después del proceso. Es importante que el paciente sepa que necesitará un tiempo para volver a su estado físico previo a la enfermedad y al trasplante. Reintegrarse a la vida fuera del hospital es un gran paso. La readaptación puede ser un proceso largo.^{8,10,18}

La enfermera debe explicar una serie de recomendaciones a los familiares del niño cuando se prevea el alta hospitalaria:¹⁰

1. Evitar alimentos crudos y sin cocinar, leche no pasteurizada, quesos frescos, yogur, agua no embotellada y frutas y verduras sin lavar.
2. Deben beber un mínimo de 2 litros de agua al día.
3. No tomar alcohol ni fumar (adolescentes).
4. Evitar aglomeraciones (metro, autobús, salas de espera, etc.) y en caso de ser imposible, utilizar mascarilla.
5. Evitar el contacto con otros niños con enfermedades exantemáticas (sarampión, varicela, etc.) y con niños recién vacunados.
6. Deberán evitar el contacto con personas que presenten cuadros catarrales.
7. Evitar el contacto con animales de compañía, especialmente, si no están vacunados.
8. Hacer ejercicio cada día (juegos habituales, bicicleta, etc.), evitando exponerse al sol.
9. Pesarse al niño al menos una vez por semana en la misma báscula.
10. Vigilar la temperatura axilar dos veces al día.
11. Deben tomar toda la medicación prescrita.
12. Máxima higiene personal.

Además, los padres deben conocer los signos de alarma que hacen que deban acudir a urgencias:¹⁹

- Diarrea que no desaparece o se presenta con sangre.
- Náuseas intensas, vómitos o inapetencia.
- Incapacidad para comer o beber.
- Debilidad extrema.
- Enrojecimiento, hinchazón o exudado de los accesos venosos de los que el niño sea portador.
- Dolor en el área del estómago.
- Fiebre, escalofríos o sudores.
- Aparición de una nueva erupción cutánea, ampolla, lesión o enrojecimiento de la piel.
- Ictericia, prestar atención a la piel y la esclerótica.
- Dolor de cabeza fuerte o que no desaparece.
- Tos que empeora progresivamente.

- Problemas para respirar cuando está en reposo o realizando tareas simples.
- Disuria.

• Seguimiento tras el alta

En cada visita se realiza un análisis de sangre que permite comprobar que la médula está funcionando correctamente y permite detectar precozmente posibles complicaciones. En estas visitas, además, se vigila muy estrechamente la posibilidad de que estos pacientes sufran Enfermedad de Injerto Contra Huésped (EICH) agudo (es una de las complicaciones más frecuentes), producida por los linfocitos del donante. Esta enfermedad puede afectar diferentes órganos como la piel, el hígado y el intestino, en cada uno de los cuales tendrá diferentes manifestaciones: desde eritemas en la piel, aumentos de bilirrubina en sangre por afectación hepática, hasta diarrea y dolor abdominal por afectación intestinal. Por este motivo se dan las recomendaciones a los padres y se les informa de los signos de alarma que deben vigilar (control de la piel, diarreas, fiebre, ictericia, etc.)

Se previene mediante el empleo de fármacos inmunosupresores, cuya duración es muy variable, desde 3 a 6 meses hasta 1 o 2 años. No obstante, estudios recientes demuestran que los casos leves de EICH parecen tener un efecto beneficioso en el tratamiento de Leucemias y Linfomas. En estas enfermedades, el índice de recaída es más bajo en pacientes con TPH que presentaron un EICH leve. Los hematólogos estudian, en cada trasplante, la forma de maximizar este efecto, sin aumentar el riesgo para el paciente.^{8,10}

El seguimiento mínimo recomendado es de cinco años tras el trasplante.

A largo plazo, se deben tener en cuenta otros factores como: EICH crónico (se considera a partir del tercer mes tras el trasplante), el elevado riesgo de padecer infertilidad, segundas neoplasias, cataratas (especialmente si se ha recibido irradiación corporal total) y las vacunaciones, ya que el paciente ahora tiene un nuevo sistema inmunitario, por lo que habrá que revacunar al paciente de nuevo. El trasplante pediátrico, por su elevado riesgo endocrinológico precisa un estrecho seguimiento para vigilar su afectación en el crecimiento.^{10,20}

ASPECTOS EMOCIONALES Y SOCIALES EN EL NIÑO Y SU FAMILIA DURANTE EL PROCESO

Desde el momento del diagnóstico y de una afección grave, como lo es el TMO y a lo largo del proceso de la enfermedad, el paciente presentará reacciones psicológicas asociadas a ese diagnóstico: se generan miedos relacionados con la posibilidad de no encontrar un donante compatible, a las pruebas médicas y/o complicaciones del tratamiento, a la progresión de la enfermedad y a las secuelas a largo plazo. Todos estos factores relacionados con el proceso del trasplante producirán un impacto en su salud emocional, verán interrumpidas sus tareas cotidianas (tanto del niño, como de la familia) y crearán expectativas poco realistas sobre el tiempo de regreso a la "normalidad". Dichas reacciones son normales y necesarias para llegar al afrontamiento y la adaptación psicológica. Sin embargo, se estima, que un 25% de pacientes y/o familiares que se sometan al TMO presentarán alteraciones psicopatológicas que requerirán una atención especializada. Las más frecuentes serán sintomatología depresiva o ansiosa de intensidad leve/moderada.⁹

El TMO es, por tanto, un proceso asociado a elevada morbilidad psicológica/psiquiátrica, por lo que es recomendable evaluar los riesgos psicosociales individuales para minimizar el riesgo de desadaptación psicológica del paciente y su familia, optimizar la calidad de vida y favorecer una mejor adherencia terapéutica¹, ya que estos factores psicosociales tienen un papel significativo en la recuperación y readaptación a la vida a largo plazo tras haber recibido un TMO.⁸

FACTORES DE VULNERABILIDAD PSICOLÓGICA

Psicosociales⁹

- Edad joven (Adolescencia).
- Antecedentes psiquiátricos.
- Ansiedad ante el tratamiento y los procesos médicos.
- Enolismo o consumo de tóxicos (recordemos que hablamos de edades comprendidas entre los 0 y 18 años).
- Bajo apoyo socio-familiar percibido.
- Mal afrontamiento previo de la enfermedad.
- Presencia de importantes estresores vitales concurrentes.

Asociados a la enfermedad y tratamiento⁹

- Enfermedad de larga evolución.
- Enfermedad avanzada y/o terminal.
- Afectación funcional importante.
- Dolor.
- Fatiga.

Se realizan una serie de estudios médicos antes de realizar un TMO como hemos visto en el capítulo anterior, pero también es importante hacer un análisis de factores psicosociales en la medida de reducir problemas relacionados con la no adaptación a la nueva situación.⁵

Evaluación previa al TMO	Evaluación Post-TMO
Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS): Bienestar físico, funcional, emocional y socio-familiar.	CVRS: Bienestar físico, funcional, emocional y socio-familiar.
Ansiedad y depresión.	Ansiedad y depresión.
Adhesión terapéutica.	Adhesión terapéutica.
Percepción de apoyo socio-familiar y del equipo sanitario.	Percepción de apoyo socio-familiar y del equipo sanitario.
Historia psiquiátrica previa.	Estrés tras el proceso.
Afrontamiento de la enfermedad y el tratamiento.	Reincorporación a roles previos.
Percepción del trasplante: dificultades y recursos para hacerles frente.	

Existe una escala definida para niños (entre 1 y 16 años), que nos permite en cierta manera objetivar el estado de ánimo del niño: la Escala de LANSKY, en la cual hay un orden decreciente entre 100 y 0, donde 100 es el valor máximo que se le puede dar a la actividad y el juego del niño.²¹

En los niños, hemos de saber además que al enfrentarse a este proceso, existirá una mayor dependencia de sus padres, una dificultad en la reanudación de las actividades apropiadas para su edad o incluso alteraciones permanentes en su desarrollo.¹

Aunque el funcionamiento cognitivo y comportamiento estén dentro de la "normalidad", los niños entran en el hospital con un elevado nivel de estrés, el cual aumentará drásticamente durante el acondicionamiento.¹ Los días de mayor vulnerabilidad coincidirán con el período de aplasia producido por los citostáticos, cuando la sintomatología física se muestra en su mayor intensidad: mucositis, fiebre, astenia, anorexia, náuseas, vómitos y hemorragias. Por todo ello, el aislamiento protector puede tener importantes efectos psicológicos en el paciente.^{4,5}

En general, las instituciones hospitalarias con unidades de TMO permiten la compañía de un familiar durante todo el proceso de aislamiento, desde el momento del ingreso hasta el alta.⁶ Además, lograr que su habitación en el hospital sea lo más cómoda posible puede ayudarlo a enfrentar mejor la situación. En muchos centros le permitirán traer cosas personales como juguetes o ropa, algunos pueden tener restricciones o requerir que los elementos sean previamente esterilizados. Algunos objetos que podrían servir de ayuda a los niños y se les podría aconsejar a su padres traer son sus juguetes favoritos, videojuegos, elementos de dibujo y manualidades, su manta favorita, un diario, libros escolares y los planes de clase, una radio, libros o revistas, una libreta con direcciones y teléfonos de sus amigos, un ordenador portátil, rompecabezas y pasatiempos.⁸

A medida que se acerca el alta hospitalaria se comienza a anticipar y preparar al paciente y su familia, para la recuperación paulatina de su vida anterior y para que pueda asumir sus roles progresivamente, anticipando respuestas.⁵ Pero a veces, se puede vivir como un acontecimiento estresante para el paciente, el cual puede haberse convertido en demasiado dependiente del personal sanitario.¹² La enfermera posee un rol fundamental para apoyar al paciente y a la familia en la adaptación de esta nueva etapa y a enfrentar los factores estresantes.⁶ El mundo externo no ha cambiado apenas, mientras que en el del niño y sus padres se ha generado toda una revolución interna de su universo de valores.⁵

Los padres de niños con una enfermedad grave, suelen ser descritos como sobreprotectores o restrictivos, y las familias suelen tener conflictos y dificultades para tomar decisiones. Esta sobreprotección puede ser un factor de riesgo para la autostima de niños enfermos crónicos. Además, la presencia de síntomas depresivos y angustia en los padres son relativamente frecuentes, interviniendo en su salud mental tanto la percepción que tenga la gravedad del estado de su hijo, como también su propia relación de pareja.²² De hecho, un hilo común en muchos estudios de CVRS, es que los padres informan de una calidad significativamente menor, tanto antes como después del TMO en comparación con lo que informan sus hijos. Esto podría explicarse porque el niño informa sobre su condición subjetiva: ellos conocen realmente cómo se sienten, mientras que los padres conjeturan a partir de observaciones y la comunicación con sus hijos. Igualmente, los niños se centran más en el aquí y el ahora, y sus padres en su bienestar futuro.^{1,23,24}

Entre los objetivos del equipo multidisciplinar se deberían de incluir: ayudar a los padres y/o familiares a conservar sus relaciones sociales para no aislarse de las personas, mejorar la comprensión de la enfermedad y las reacciones del niño y reflexionar sobre el difícil proceso emocional del trasplante para adquirir la conciencia de que los sentimientos ambivalentes son normales y esperados. Ayudando a los padres de manera indirecta se presta asistencia al niño.²²

En el estudio de Barrera²³ (2009), se tomó como muestra una población 99.65% femenina con una media de edad de 8.27 años, antes de recibir el trasplante de células progenitoras y entre 1 y 2 años posteriores, de cuyos resultados se puede extraer que: inmediatamente después del trasplante, todos informan de peor CVRS, sin embargo, existe una mejora física y psicosocial al año del trasplante.

De la lectura bibliográfica realizada para la elaboración de este trabajo, según autores como Tremolada¹; Brown⁴; Carreras⁹ Tanzi²³ y Clarke²⁴, se extraen las siguientes conclusiones:

1. Los niños más pequeños muestran menos angustia que los mayores.
2. Tras un trasplante autólogo, cabe esperar mejor afrontamiento y readaptación a la vida anterior, ya que se asocia con menos riesgos.
3. Se encuentran peores sistemas de adaptación y afrontamiento de la enfermedad cuando pasa mucho tiempo entre el diagnóstico y el momento del TMO. Puede ocurrir cuando el paciente ha sido objeto de un protocolo de tratamiento más largo, lo que conlleva mayores efectos secundarios y secuelas.
4. No se observan cambios significativos en el coeficiente intelectual, no obstante, no quiere decir que no se observen cambios respecto a los logros académicos.
5. Se encuentran diferencias significativas en la CVRS en los hijos de madres más jóvenes y con menor nivel educativo.
6. En los supervivientes a los 5 años del trasplante, se puede decir que la mayoría tienen un buen estado general y están reintegrados a la vida laboral y social, estos son aproximadamente el 89%. Sin embargo, el riesgo de contraer enfermedades y de mortalidad continúa siendo superior.

Será importante identificar las familias vulnerables y proporcionar ayuda oportuna: facilitar la adaptación a la enfermedad, al trasplante y al retorno a su vida normal, sin dejar de lado, en ningún momento, los cuidados de salud que serán necesarios para toda la vida.^{1,22}

5. DISCUSIONES

Durante la revisión bibliográfica se observó que no existen muchos artículos sobre aspectos emocionales y/o calidad de vida de los niños sometidos a un trasplante de médula ósea. La mayoría de ellos son referidos a oncología pediátrica general, pero no hacia el proceso del trasplante en concreto. La explicación quizá pueda ser que es un procedimiento relativamente novedoso, ya que el primer trasplante alogénico se realizó en 1957, y concretamente en España no se realizaría hasta el año 1976. No obstante, hay algo en lo que sí coinciden todos los artículos revisados y es que durante un TPH infantil hay que tener muy presentes a las familias de los niños porque analizando cómo actúa su entorno podemos ayudarles a afrontar la enfermedad y sus complicaciones.

6. CONCLUSIÓN

Todas las medidas encaminadas a la mejoría psicológica de estos pacientes contribuyen a acelerar su recuperación y a me-

jorar los resultados del trasplante, por lo que conocer las necesidades de la familia y el niño puede ayudarlos a enfrentar esta situación de forma eficaz y positiva, minimizando las consecuencias emocionales.

Es indudable que a lo largo de todo el proceso del trasplante hematopoyético, la colaboración multidisciplinar es fundamental. Por ello, se requiere de un personal con un perfil determinado desde el punto de vista de calidad humana, académica y profesional, que responda a las necesidades de este grupo de pacientes. Dicha colaboración, implica la participación activa y continua de los cuidados enfermeros sobre la base de conocimientos y experiencias para la innovación e investigación, y por tanto, la búsqueda de mejores alternativas de cuidado y tratamiento para estos pacientes.

Elizabeth M. Tanzi²³: *"Para reflejar el valor total de cualquier terapia, es necesario evaluar no sólo variables como: supervivencia global, supervivencia libre de enfermedad, morbilidad, mortalidad y coste, sino también la calidad de vida."*

7. AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Mónica López Duarte. Hematóloga del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

8. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Tremolada M, Bonichini S, Pillon M, Messina C, Carli M. Quality of life and psychosocial sequelae in children undergoing hematopoietic stem-cell transplantation: A review. *Pediatr Transplant*. 2009;13(8):955-970.
- 2.- Barriga F, Baeza R, Pereira J, Besa P, Caldumbide I, Medel M. Trasplante de médula ósea en pacientes pediátricos. *Rev Chil Pediatr*. 1999;70(3):194-200.
- 3.- Organización Nacional de Trasplantes [sede Web]. Madrid: Organización Nacional de Trasplantes; 2010 [acceso 16 de noviembre de 2011]. Memoria TPH 2010. Disponible en: http://www.ont.es/infesp/Memorias/Memoria_tph_2010p1.pdf.
- 4.- Brown M. Nursing care of patients undergoing allogeneic stem cell transplantation. *Nurs Stand*. 2010;25(11):47-56.
- 5.- Arranz P, Coca C, Bayés R, Del Rincón C, Hernández-Navarro F. Intervención psicológica en pacientes que deben someterse a un trasplante de médula ósea. *Psicooncología*. 2003;0(1):93-105.
- 6.- Matsubara TC, Carvalho EC, Marin SR, Sawada NO. Crisis de la familia en el contexto de trasplante de médula ósea: una revisión integrada. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007;15(4):665-670.
- 7.- Palma C, Sepúlveda F. Atención de enfermería en el niño con cáncer. *Rev Ped Elec [revista en Internet]* 2005. [acceso 30 de noviembre de 2011];2(2):[37-43]. Disponible en: <http://www.revistapediatria.cl/vol2num2/10.htm>.
- 8.- Bone Marrow [sede Web]. New York: The Bone Marrow Foundation; 2008 [acceso 10 de diciembre de 2011]. Trasplante Alogénico de Médula Ósea o Células Precursoras: Un folleto médico y educativo. Disponible en: <http://www.bonemarrow.org/downloads/Sp-AlogenoFolleto.pdf>.
- 9.- Carreras E, Rovira M, Martínez C. Manual de Trasplante hemopoyético. 4ª ed. Barcelona: Antares; 2010.
- 10.- Fundación Josep Carreras contra la Leucemia [sede Web]. Barcelona: Fundación Internacional Josep Carreras; 2009 [acceso 1 de

diciembre de 2011]. Martínez C, Carreras E. Trasplante de Médula Ósea, Sangre periférica y Sangre de Cordón Umbilical. Guía para el paciente. Disponible en: <http://www.fcarreras.org/files/12548>.

11.- López-Duarte M, Insunza A. Valoración pretrasplante del paciente [monografía en Intranet]. Santander: Unidad de Hematología y Hemoterapia del HUMV; 2009 [acceso 30 de noviembre de 2011]. Disponible en: http://portal.intranet.humv.es/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2368&mode=view.

12.- López Duarte M, Insunza A. Valoración del donante [monografía en Intranet]. Santander: Unidad de Hematología y Hemoterapia del HUMV; 2009 [acceso 30 de noviembre de 2011]. Disponible en: http://portal.intranet.humv.es/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2370&mode=view.

13.- Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Ley 41/2002 de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15-11-2002).

14.- Durán R, Robledo C. Atención protocolizada de enfermería en pacientes pediátricos con trasplante de médula ósea. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2004;12(2):83-88.

15.- Carrera M, Ruiz J, Escobar L, Agüeros P, Vesga AM, Gómez L, et al. Cuidados, mantenimiento y retirada del catéter de Hickman. Manual de Cuidados y Mantenimiento de catéteres. Santander: Área de Formación y Calidad de Enfermería HUMV; 2000.

16.- Díez ME, De Juan N. Cuidados de enfermería en el paciente sometido a trasplante de médula. *Enferm Glob [Internet]*. 2006 [acceso 1 de diciembre de 2011];5(9): [1-19]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/373>.

17.- Bárcena MJ, Insunza A. Manejo del dolor por enfermería en el TCPH [monografía en Intranet]. Santander: Unidad de Hematología

y Hemoterapia del HUMV; 2009 [acceso 30 de noviembre de 2011]. Disponible en: http://portal.intranet.humv.es/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2381&mode=view.

18.- Bárcena MJ, Insunza A. Actuación de enfermería al ingreso y alta en el TCPH [monografía en Intranet]. Santander: Unidad de Hematología y Hemoterapia del HUMV; 2009 [acceso 30 de noviembre de 2011]. Disponible en: http://portal.intranet.humv.es/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2389&mode=view.

19.- Dugdale D, Zieve D, Chen YB. Alta después de trasplante de médula ósea [monografía en Internet]. Maryland: Medline; 2010 [acceso 10 de diciembre de 2011]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000010.htm>.

20.- López Duarte M, Insunza A. Seguimiento Post-TCPH del paciente pediátrico [monografía en Intranet]. Santander: Unidad de Hematología y Hemoterapia del HUMV; 2009 [acceso 30 de noviembre de 2011]. Disponible en: http://portal.intranet.humv.es/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2375&mode=view.

21.- Guía de la unidad de trasplante y manual de procedimientos operativos. Salamanca: Unidad de Hematología, Hospital Universitario de Salamanca; 2008.

22.- Castro EK, Moreno B. Funcionamiento familiar en situación de trasplante de órganos pediátrico. *Interam J Psychol.* 2005;39(3):383-388.

23.- Tanzi EM. Health-related quality of life of hematopoietic stem cell transplant childhood survivors: state of the science. *J Pediatr Oncol Nurs.* 2011;28(4):191-202.

24.- Clarke SA, Eiser C, Skinner R. Health-related quality of life in survivors of BMT for paediatric malignancy: a systematic review of the literature. *Bone Marrow Transplant.* 2008;42(2):73-82.



Fuente: Fco. Javier Glez. Malagón

La salud en la población inmigrante: la política como determinante social de la salud

Autor:

Javier González González

Graduado en Enfermería. Unidad de Hospitalización Infantil. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. España.

*Dirección para correspondencia:
jgmg@hotmail.com*

Recibido: 6 de febrero de 2014
Aceptado: 29 de marzo de 2014

Monográfica resultado del trabajo de fin de grado tutorizado por la profesora M. Jesús Aguado Tirado de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Cantabria. El trabajo que se presenta ha sido adaptado por el autor al objeto de cumplir las normas de publicación de Nuevos Científica. En su origen, se encuentra incluido en el repositorio UCREAS de la Universidad de Cantabria. España.

RESUMEN

Disminuir las desigualdades en salud es un reto de las sociedades para conseguir equidad y poder disfrutar del derecho a la salud. Las actuaciones que los gobiernos pongan en marcha afectarán en especial a los colectivos más vulnerables.

El objetivo principal de esta monografía es profundizar en el conocimiento de los Determinantes Estructurales de las Desigualdades de Salud con el fin de analizar su amplitud, estructura y consecuencias sobre la salud de la población inmigrante, a través del Modelo Conceptual de los Determinantes Sociales de las Desigualdades en Salud.

La metodología utilizada se ha basado en una revisión bibliográfica, mediante el acceso a relevantes bases de datos electrónicas y la consulta de publicaciones de interés, tanto nacional como internacional, realizando una selección del total de la documentación consultada.

Se profundiza en el concepto de salud resaltando que ésta es un derecho reconocido. Se analiza cómo influyen sobre la salud de la población inmigrante los determinantes sociales de la salud y se explica el "Modelo Conceptual de los Determinantes Sociales de las Desigualdades en Salud", elaborado por la Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en la Salud de la Organización Mundial de la Salud.

Palabras clave:

- Derecho a la salud.
- Desigualdades en salud.
- Equidad en salud y determinantes sociales de la salud.

ABSTRACT

Reducing the health inequalities is a challenge for societies in order to achieve equity and be able to enjoy the right to health. Actions, which are implemented by Governments, will particularly affect the most vulnerable groups.

The main aim of this monograph is to deepen about the knowledge of the Structural Determinants of Health Inequalities, which purpose is to analyze its extent, structure and consequences on the health of the immigrant population. It is done through the Conceptual Model of the Social Determinants of inequalities in Health.

The methodology used in this monograph was based on a literature review, which was made in relevant electronic databases and nationally and internationally publications, making a selection between all of them.

On the one hand, it is deepened into the concept of health emphasising that it is a recognized right. On the other hand, it is analyzed how some determinants influence on the health immigrant population. And finally, it is shown "Conceptual Model of the Social Determinants of Health Inequalities" developed by World Health Organization, Commission in order to slow down Social and Health Inequalities.

Keywords:

- Right to health.
- Health inequalities.
- Equity in health and social determinants of health.

INTRODUCCIÓN

Actualmente las tasas de mortalidad de las clases sociales menos aventajadas son mayores que las de las clases sociales mejor situadas social y económicamente. De esta manera, la situación social de un individuo, medida a través de la renta, la educación, la profesión o alguna combinación de las anteriores, crea mayor diferencia en el estado de salud que cualquier otro factor de riesgo conocido⁽¹⁾. Por ello, la manera en que una determinada sociedad esté organizada, ejerce una importante influencia sobre la salud. Como consecuencia de esta situación se producen grandes diferencias en salud dentro de un mismo país en función de la clase social. En Gran Bretaña, el país con mejores datos sobre desigualdades sociales en salud y en el que se han desarrollado mayor número de investigaciones, la esperanza de vida al nacer en la clase social más aventajada es ocho veces mayor que la de la clase social más desfavorecida. Además, se constata que las desigualdades en salud no se observan únicamente dentro de un mismo país, sino que son generalmente, más escandalosas cuando se analizan diferentes estados.

La inmigración y la política son dos importantes determinantes sociales de la salud. De la actuación de los gobiernos dependerá la existencia de grandes o pequeñas desigualdades

sociales siendo, la política social y económica la que posibilitará que los individuos crezcan y se desarrollen en todo su potencial y tengan una vida próspera o ésta se malogre.

En este contexto, la sociedad, el personal sanitario y en especial, la enfermería, no deben prestar atención exclusivamente a la enfermedad y a los cuidados derivados de la misma. Éstos deben basarse en un modelo conceptual, y los cuidados de los pacientes han de llevarse a cabo bajo el enfoque de los determinantes sociales de la salud. Cuando el personal sanitario y la sociedad tengan en cuenta el citado modelo, se avanzará hacia una nueva salud pública⁽²⁾.

OBJETIVOS

En la presente monografía se plantean los siguientes objetivos:

Objetivo principal:

- Profundizar en el conocimiento de los Determinantes Estructurales de las Desigualdades de Salud con el fin de analizar su amplitud, estructura y consecuencias sobre la salud de la población inmigrante, a través del Modelo Conceptual de los Determinantes Sociales de las Desigualdades en Salud.

Objetivos específicos:

- Describir el contexto socioeconómico y político de los Determinantes Estructurales de las Desigualdades en Salud y su influencia sobre la salud de los inmigrantes.
- Describir el contexto de posición socioeconómica de los Determinantes Sociales de las Desigualdades en Salud en cuanto al eje de desigualdad referente a la clase social y su influencia en la salud de la población inmigrante.
- Describir el Sistema de Salud como Determinante en sí mismo para establecer la relación entre en Real Decreto-Ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, y el impacto en la salud de los inmigrantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

La búsqueda de la bibliografía que ha permitido la realización del trabajo, se llevó a cabo desde el mes de abril hasta agosto de 2013 y se utilizaron las siguientes palabras clave: derecho a la salud, desigualdades en salud, equidad en salud y determinantes sociales de la salud. Durante el proceso de búsqueda, se establecieron límites en el idioma concretándose al castellano y al inglés y en los años de publicación de los documentos, centrando la búsqueda en las publicaciones que tuvieron lugar entre los años 2007 y 2013. Se accedió a diversas bases de datos de enfermería como Dialnet o Medline y a la herramienta Google Académico. Además se consultaron diversos libros y revistas científicas de la biblioteca de medicina y enfermería de la universidad de Cantabria y varias páginas web oficiales con contenido relevante como las páginas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) o el Ministerio de Sanidad y Consumo. En total se analizaron 307 publicaciones de las que 68 fueron seleccionadas para que formaran parte del trabajo fin de grado y 15 para realizar la presente publicación.

ANÁLISIS DE RESULTADOS**1. La salud: ¿un derecho igual para todos?**

El concepto de "Salud", no es único ni universal, como tampoco lo es el de enfermedad. Cada época, ha realizado su aportación, construyéndose de este modo los conceptos que se han ido sucediendo a lo largo de la historia. Se observa como la palabra Salud puede ser utilizada en diferentes contextos lo que potencia la dificultad de encontrar una visión única y universal del término⁽³⁾.

La salud ha sido considerada de manera tradicional como la ausencia de enfermedad, concepto sumamente limitado por lo que en 1946 la OMS, realizó una nueva definición aportando una visión más amplia y completa: "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946.

La OMS no sólo define el concepto de salud sino que explica que disfrutar del máximo nivel de salud posible, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. Este derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, acep-

table, asequible y de calidad satisfactoria que conlleva que los Estados deben crear las condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible. De este modo, las principales normas internacionales en temas de salud reconocen el derecho al acceso a la asistencia sanitaria sin discriminación para todas las personas. Sin embargo, la legislación de muchos estados restringe el acceso a los sistemas sanitarios. España, con la actual legislación, es uno de los países restrictivos, sobre todo, tras la entrada en vigor el pasado año del Real Decreto-Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Históricamente, la primera norma que expresó el derecho a la salud fue la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946). Posteriormente la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), que en su artículo 25 establece que "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios". "La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales". Además el Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976), reconoce en su artículo 12 "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental" y se describe que el derecho a la salud debe tener unas características: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Su carencia cuestiona al gobierno y a las leyes del estado que debieran asegurarlas⁽⁴⁾.

En España, el derecho a la salud, queda descrito principalmente en el siguiente marco normativo:

1. La Constitución Española de 1978.
2. La Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de Abril.
3. Ley de Cohesión y Calidad del sistema nacional de salud 16/2003, de 28 de mayo.
4. Ley Orgánica 4/2000, de derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, de 11 de enero.

Si nos centramos en la Comunidad Autónoma de Cantabria el derecho a la protección de la salud está enmarcado en la Ley Autonómica de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria. En esta ley se recogen los derechos relacionados con el acceso a la atención sanitaria y los relacionados con la igualdad y la no discriminación de las personas.

Las modificaciones llevadas a cabo como consecuencia del Real Decreto-Ley 16/2012 sobre la asistencia sanitaria pública y universal en España, provoca cambios importantes en nuestro Sistema Nacional de Salud. Concretamente para el colectivo inmigrante han cambiado los requisitos o condiciones necesarios para poder ser titular de la tarjeta sanitaria que da acceso universal al sistema sanitario público español. Antes del citado Real Decreto se reconocía el derecho a la asistencia sanitaria a los extranjeros, sin diferenciar su situación legal, siempre que se encontrasen en España inscritos en el padrón municipal de los municipios en los que residían habitualmente. Ahora es necesario ser asegurado o beneficiario para que el derecho a la asistencia sanitaria se garantice de la misma manera, produciéndose claras situaciones de desigualdad en salud en un país donde uno de los principales retos es disminuirlas⁽⁵⁾.

Se debe aclarar que cuando hablamos de equidad o igualdad en salud nos referimos a la ausencia de diferencias inne-

cesarias, injustas y evitables entre grupos y personas, ya estén definidos estos grupos sociales, económica, demográfica o geográficamente. La equidad en salud conlleva, la idea de que todo el mundo debería tener una oportunidad justa para lograr desarrollar al máximo su potencial de salud sin ningún tipo de desventaja (6). Las actuaciones encaminadas a conseguir la equidad en salud conllevan dar oportunidades, eliminar las barreras, y mejorar la distribución de los recursos y el acceso a los servicios de una manera justa y equitativa (7). Cuando no hay equidad se origina desigualdad. Hoy en día, una cuarta parte de la población mundial es pobre. Las desigualdades son escandalosas, causando, en muchos casos, un exceso de mortalidad y morbilidad superior al que producen la mayoría de los factores de riesgo de muchas enfermedades conocidas (8). Hoy en día, aunque las tasas de mortalidad de los países desarrollados se han reducido, gracias a las mejoras de las condiciones de vida, las desigualdades en salud entre países y dentro de cada país están aumentando (9). La desigualdad, la distribución desigual, no es en ningún caso un fenómeno natural, sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión pública debido a que son fenómenos que pueden reducirse si se aplican intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas. Se observa cómo las publicaciones sobre la existencia, características y causas de las desigualdades se han incrementado enormemente en los últimos años; no obstante hay poca evidencia sobre las intervenciones más efectivas para afrontar dicho problema.

2. La salud y sus determinantes

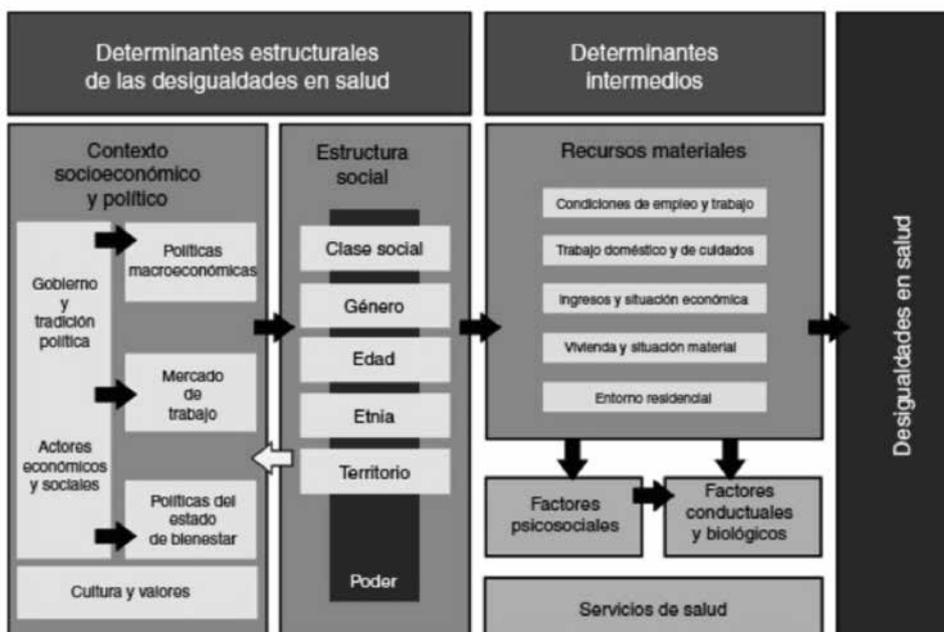
Sobre la salud actúan diversos determinantes o factores que deben ser considerados dentro del concepto de salud y están relacionados con aspectos tan variados como son los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimentarios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos(10).

Es relevante diferenciar los conceptos de determinante de la salud y determinante social de la salud. Los determinantes de la salud son aspectos personales de cada individuo como la edad o el sexo que influyen en la salud de las personas pero no son modificables. En cambio, los determinantes sociales de la salud son factores que también influyen en la salud de las personas pero susceptibles de ser modificados siendo éstos los que originan la mayoría de las inequidades en salud. Es sumamente importante el análisis de los determinantes sociales de la salud.

El análisis de los problemas de salud con el denominado enfoque de los determinantes sociales y económicos de la salud, es un tema central en la agenda de la OMS y de los ministros de salud de algunos países. Es además un marco de referencia para la investigación en diferentes áreas de la salud pública y en la epidemiología. Se trata de un campo de estudio en construcción, para algunos todavía no suficientemente delimitado y cuya investigación presenta enormes retos metodológicos. Para lograr disminuir las desigualdades sociales en salud a través de la investigación, se hace imprescindible describir una modelo conceptual que muestre los mecanismos y los procesos causales que intervienen (11).

Existen diferentes modelos que explican los Determinantes Sociales de La Salud. El modelo adoptado por la “Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España” (figura 1), contiene un núcleo principal que son las desigualdades en salud y dos elementos principales: los factores estructurales y los factores intermedios de las desigualdades en salud. Los factores estructurales se componen por un lado del contexto socioeconómico y político y por otro, de la estructura social. El contexto socioeconómico y político influye directamente sobre la estructura social y sobre la distribución del poder y los recursos dentro de la misma. Los factores intermedios (recursos materiales, factores psicosociales, conductuales y biológicos, sistemas de salud) están influenciados por los factores estructurales, y determinan las desigualdades en salud.

Figura 1. Modelo de los determinantes de las desigualdades en salud, elaborado por la Comisión para reducir las desigualdades sociales en España, 2010.



La OMS a través de la “Comisión de la Organización Mundial de la Salud sobre los Determinantes Sociales de la Salud” establece, una serie de actuaciones sobre los determinantes sociales de la salud.

Estas recomendaciones generales incluyen:

1. Mejorar las condiciones de vida.
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, dinero y recursos.
3. Medir y analizar el problema y evaluar los efectos de las intervenciones.
3. Política e inmigración: influencia sobre la salud

La desigualdad entre unos países y otros provoca que las personas opten por la búsqueda de una vida mejor, mejores condiciones de vida, dejando su país de origen para acudir a lugares donde depositan todas sus esperanzas⁽¹²⁾. Podemos entender la inmigración como una actividad humana construida socialmente en la que el entorno sociocultural, económico, político y étnico determina su desarrollo⁽¹³⁾.

Las peculiaridades sociales de cada grupo social son potencialmente un problema a la hora de mantener un buen entendimiento entre el inmigrante y el sistema sanitario, debido entre otras cosas a que cada grupo concibe la salud y la enfermedad de diferente manera. Una diferente comprensión de las funciones de la prevención, el desconocimiento del uso del sistema sanitario y el frecuente cambio de domicilio, además de otros aspectos como la cultura gastronómica o las creencias populares, son factores que dificultan dicha relación entre inmigrante y profesional sanitario, repercutiendo de forma negativa en la salud del primero de ellos. Un problema añadido es la barrera idiomática, que provoca deficiencias en la comunicación. Aun hablando el mismo idioma, como ocurre con la población latinoamericana, debido a su cultura, cambia la manera con la que se expresan, utilizando palabras y giros lingüísticos que provocan problemas de interpretación de la información provocando la mala comunicación⁽¹⁴⁾.

La enfermería, debido a su formación orientada a la persona como un conjunto bio-psico-social y cultural, es la profesión que más puede acercarse a la respuesta que poco a poco se va solicitando del mundo asistencial. Así, el papel de la enfermería incrementa su relevancia en los nuevos conceptos sanitarios que giran en torno al individuo como eje del sistema sanitario, al ofrecerse al profesional la oportunidad de ajustar su actuación a las pautas culturales, sociales, demográficas y psicológicas derivadas de las condiciones de vida⁽¹²⁾.

En España, se viene trabajando hace años en la disminución de las desigualdades en salud. En 1993, el Ministerio de Sanidad y Consumo, nombró una comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud que tenía la responsabilidad de documentar y analizar las desigualdades en salud en España y recomendar cómo mejorar la salud de la población a través de políticas orientadas a la equidad. Esta comisión publicó en 1996 el primer “Informe Nacional sobre Desigualdades en Salud en España”. La Ley de Cohesión y Calidad del sistema nacional de salud 16/2003, de 28 de mayo, y el “Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud”, contemplan la equidad como eje transversal. Posteriormente, en el año 2008, se constituyó la “Comisión Nacional de Desigualdades en Salud”, cuyo objetivo era la elaboración de intervenciones a corto, medio y largo plazo para disminuir las desigualdades en salud en España.

La política desarrollada en los distintos países es otro de los factores explicativos de las desigualdades. Y esto es debido

a que, en definitiva, la salud de las personas está directamente relacionada con la política y las leyes que establecen los partidos políticos que gobiernan en cada país. No cabe duda, que el crecimiento económico de un país es sumamente importante para su desarrollo. De esta manera, se tiene la oportunidad de invertir en la mejora de la calidad de vida de la población. Ahora bien, tal y como dice la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud “el crecimiento por sí solo, sin políticas sociales adecuadas que aseguren que sus beneficios se reparten de forma relativamente equitativa, contribuye poco a la equidad sanitaria”.

Se contemplan dos tipos de políticas que han tenido éxito en la reducción de la mortalidad⁽¹¹⁾. Por un lado, países de crecimiento económico rápido, crecimiento orientado al empleo y que utilizan los recursos para mejorar el gasto sanitario. Por otro lado, países igualitarios, que han priorizado los servicios sociales, como educación y sanidad, han conseguido espectaculares mejoras en los indicadores de salud pese a no haber registrado un gran crecimiento económico. Podemos afirmar por tanto, que la dimensión política es uno de los determinantes sociales de la salud y que el efecto de las políticas va a ser mayor cuando éstas se basen en los derechos humanos⁽¹⁵⁾.

DISCUSIÓN

A lo largo de esta monografía se ha expuesto lo que es la desigualdad en salud y la manera en que tanto la política como la inmigración influyen en la misma. Se ha descrito la política como determinante estructural de las desigualdades en salud y también se han explicado los ejes de desigualdad haciendo hincapié en la inmigración como parte de los mismos.

El 20 de abril del año 2012, el Gobierno español, promulgó el Real Decreto-Ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. La entrada en vigor de esta medida política, supuso que se modificara el derecho a poder ser titular de la tarjeta sanitaria que da acceso al Sistema Sanitario público español. La anterior legislación reconocía el derecho a la asistencia sanitaria a los extranjeros sin diferenciar su situación legal, dado que solo se exigía que estuvieran empadronados en su lugar de residencia, para ser titulares de la tarjeta sanitaria. Desde que entró en vigor este Real Decreto, para gozar de las prestaciones sanitarias como cualquier ciudadano español, el extranjero debe estar “asegurado o ser beneficiario”.

Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España recibirán asistencia sanitaria: de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica, de asistencia al embarazo, parto y pos-parto y los menores de 18 años en las mismas condiciones que los españoles.

Estas modificaciones legislativas han supuesto que, con fecha 1 de septiembre de 2012, fecha de entrada en vigor del citado Real decreto-Ley, los inmigrantes no regularizados hayan perdido la posibilidad de tener la tarjeta sanitaria necesaria para la atención universal de la salud, privándose de igual manera de esta prestación a aquellos españoles que no coticen a la Seguridad Social o tengan ingresos anuales superiores a 100.000 euros según queda redactado en el Real Decreto 1192/2012 de 3 de agosto.

CONCLUSIONES

La OMS señala que las desigualdades en salud son injustas y evitables y que en absoluto son naturales. Por ello, insta a todos los gobiernos a tomar medidas para evitar las desigualdades en la salud de todas poblaciones. La realidad demográfica española muestra una sociedad multicultural debido al proceso migratorio. Ante esta nueva realidad social, uno de los objetivos prioritarios de los gobiernos incluido el español, debe ser conseguir la equidad en salud para todos los ciudadanos, en especial para los más vulnerables.

Gracias al Marco conceptual de los Determinantes Sociales de las Desigualdades en la Salud podemos estudiar las desigualdades en salud diferenciando dos tipos de determinantes; los determinantes estructurales de las desigualdades en salud y los determinantes intermedios de salud.

La población inmigrante se ve directamente influenciada por las políticas sociales que se lleven a cabo, que pueden provocar profundas desigualdades sociales en su salud. El género, la clase y la etnia van a determinar dichas desigualdades especialmente en el colectivo inmigrante, situándolo en la escala más baja de la posición social. Esta vulnerabilidad también se hace visible en el Sistema de Salud. A pesar de que dicho sistema ofrece en general poca repercusión en las desigualdades en la salud, en el caso de la población inmigrante y debido al el Real Decreto-Ley 16/2012, concurre en una disminución de la salud y el bienestar de los inmigrantes, favoreciendo la aparición de inequidad y aumentando las desigualdades en salud.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Ortún V. Desigualdad y salud. *Revista Política y Sociedad* 2000 (35): 65-72.
- 2.- Ávila-Agüero M. L. Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la salud 2009. *Acta Médica Costarricense* 51(2): 71-73.
- 3.- Gavidia V, Talavera M. La construcción del concepto de salud. *Didáctica De Las Ciencias Experimentales y Sociales* 2012 (26): 161-175.
- 4.- Organización mundial de la salud. El Derecho a la salud. [Internet]. 2007 [2013 Julio]; Disponible en: <http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs323/es/>
- 5.- Calvete A, Campos P, Catalán D, Fernández de la Hoz K, Herrador Z, Merino B, et al. Innovando en salud pública: Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud: Una prioridad para la presidencia española de la unión europea en 2010. 2010. *Revista Española De Salud Pública*, 84(1): 3-11.
- 6.- Comité sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación. [Internet]. 2008 [2013 Julio]; Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf
- 7.- Dahlgren G, Whitehead M. Hacia la equidad en salud: Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en la salud. [Internet]. 2010 [2013 Agosto]; Disponible en: http://www.mspsi.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE_2010/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf
- 8.- Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. 2008. *Gaceta Sanitaria* 22(5): 465-473.
- 9.- Benach J. La desigualdad social perjudica seriamente la salud. 1997. *Gaceta Sanitaria* 11(6): 255-257.
- 10.- Álvarez L.S. Los determinantes sociales de la salud: Más allá de los factores de riesgo. 2009. *Revista Gerencia y Políticas De Salud* (17): 69-79.
- 11.- Borrell C, Malmusi D. La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: Evidencias para la salud en todas las políticas. 2010. *Gaceta Sanitaria* (24): 101-108.
- 12.- Salvador D. R, Ojeda E. T, Morales, M. O, Del Pino, M, y López C. A. Sociedad actual e inmigración: El reto de la enfermería humanista. 2009. *Revista De Enfermería y Humanidades* (20): 76-82.
- 13.- Agudo Tirado M. J. Infancia e inmigración. Un estudio etnográfico para la mejora de los cuidados de salud y la comunicación intercultural desarrollado en la Comunidad Autónoma de Cantabria. 2009. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)* 1(2): 694-707.
- 14.- Miguel B, Masvidal R. M, Pérez N, Ramírez A, Fuentelsaz C, y De Frutos E. Valoración de la carga asistencial del personal de enfermería en función de los nuevos usuarios de los servicios de pediatría. 2005. *Enfermería Clínica* 15(1): 25-30.
- 15.- Franco-Giraldo Á, Álvarez-Dardet C. Derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. 2008. *Gaceta Sanitaria* 22(3): 280-286.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Rol profesional enfermero. Cambios más significativos en el siglo XX

Autora:
Verónica Caviedes López

Enfermera. Cantabria. España.

Dirección para correspondencia:
vcaviedeslopez@gmail.com

Recibido: Diciembre 2013
Aceptado: Abril 2014

Revisión bibliográfica resultado del trabajo de fin de grado tutorizado por la profesora M. Luz Fernández Fernández de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Cantabria.

El trabajo que se presenta ha sido adaptado por el autor al objeto de cumplir las normas de publicación de Nuevos Científica.

En su origen, se encuentra incluido en el repositorio UCREAS de la Universidad de Cantabria. España

RESUMEN

El desarrollo de la enfermería española se ha caracterizado por una evolución particularmente compleja debido, entre otras, a las circunstancias políticas, sociales y económicas de España.

La puesta en marcha de los nuevos estudios de Grado ha supuesto la consecución de una de nuestras más intensas reivindicaciones desde que en 1977 la formación enfermera se integrara en la universidad, tras un largo periodo marcado por las directrices médicas, cuya consecuencia ha sido el ejercicio de un papel subordinado a las mismas.

Sin embargo, la percepción real es que, tras más de treinta años de una educación universitaria cuyo objetivo era potenciar el rol autónomo, la realidad muestra que las huellas de un pasado marcado por la dependencia están aún muy presentes.

Por todo ello, el objetivo de este trabajo es analizar, a través de una revisión bibliográfica, las principales dificultades encontradas en el recorrido hasta la actualidad. En este camino se produjo el cambio de un estatus de sumisión, de "ayudante", ligado a la medicina hegemónica y a la figura del médico, consecuencia de los planes de estudio de Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.), a la asunción del rol autónomo, tras la formación del Diplomado Universitario en Enfermería.

Palabras clave:

- Atención.
- Enfermería.
- Autonomía profesional.
- Rol profesional.
- Educación.
- Político.
- Social.
- España.

ABSTRACT

The development of Spanish nursing has been defined as a complex evolution due to, among other things, the political, social and economic circumstances of our country.

Since 1977, when nursing education was integrated into university, the implementation of a new curriculum of The Bachelor's Degree in Nursing has signified the achievement of one of our priorities.. This fact was achieved after a long period characterized by medical guidelines, whose consequence has been played a subordinate role in relation to them

However, after more than thirty years of university education aimed at strengthening the autonomous role, as the real perception of nursing as the reality show that the traces of a past strongly marked by dependency is still presents.

Therefore, the aim of this project is to analyze, through a literature review, the main difficulties found from that time to the present. In this long experience the chance came from the status of submission, called 'assistant'. It was linked firstly to hegemonic medicine and the figure of the physician because of Technical Sanitary Assistan (TSA) curricula, secondly to assume the autonomous role following Bachelor's Degree in Nursing.

Keywords:

- Nursing.
- Care.
- Professional autonomy.
- Education.
- History.
- Professional role.
- Political.
- Social.
- Spain.

1. INTRODUCCIÓN. EVOLUCIÓN HISTÓRICA

La disciplina enfermera ha estado históricamente vinculada al estamento médico, con un claro papel dependiente y una orientación de ayuda, con carácter auxiliar. Es a partir de unas determinadas circunstancias políticas cuando se producen cambios en el sector educativo español, así como en el sanitario y social, cuando los profesionales dedicados al cuidado, comienzan a objetivar diferencias en cuanto a necesidades sanitarias de la población y los recursos disponibles. Actualmente, la realidad muestra que existe un importante desequilibrio entre el discurso teórico y el ejercicio de la práctica. Es precisamente esta desigualdad la que es interesante analizar, para poder describir factores de progreso y mejora.

Para llevar a cabo dicho análisis es necesario un breve recorrido histórico que contextualice a la enfermería en España en el s. XX.

En 1857, se promulga la Ley de Instrucción Pública, conocida como Ley Moyano, se establece el Título oficial de Practicante,

"primera referencia con marco legal sobre la formación de Enfermería en España"⁽³⁾. Esta ley tendrá más de cien años de vigencia. Las enfermeras deberán esperar hasta mediados del siglo XX para formalizar su situación.

En 1896 se crea en Madrid la primera Escuela de Enfermeras de España, Santa Isabel de Hungría, de marcado carácter religioso, fundada por el Doctor Rubio, con una formación de 2 años y con profesionales médicos al cargo de la formación. El objetivo era formar auxiliares sanitarias, expertas en la atención del enfermo. No poseían una titulación oficial.

En esta época, el modelo implantado por Florence Nightingale en Inglaterra, goza ya de una gran repercusión en países anglosajones, pero en España esta influencia será tardía. No es hasta bien entrado el siglo XX cuando prolifera la creación de escuelas de enfermería y se objetiva un cambio en determinados planes de estudio.

Según afirma Sellán en "La profesión va por dentro" (2010), cuando se crea en 1929 la Escuela de Enfermeras Casa de Salud Valdecilla, la entonces subdirectora Teresa Junquera, cono-

ra de la metodología implantada en el Hospital de Santo Tomás de Londres, fundado por Nightingale, marcará un hito referencial, imprimiendo dicha influencia en su escuela. Esta tiene un enfoque de mayor apertura, comparado con el ideario de la época. Así establece, por ejemplo, una duración de 3 años de estudios y permanece hasta 1953, con la unificación de las disciplinas auxiliares: matrona, practicante y enfermera.

A comienzos del siglo XX en España las condiciones de vida de la ciudadanía son: elevada incidencia de enfermedades infecciosas, tuberculosis, elevada mortalidad infantil... La mortalidad infantil permanece notablemente elevada y el retraso global con respecto al resto de Europa es tangible.

En 1915 se legaliza la enfermería como ocupación profesional, con un plan de estudios equivalente al de las matronas y los practicantes, basado en el cuidado de problemas médico-quirúrgicos.

En 1931 se instaura la II República, caracterizada por un periodo de prosperidad, de modernización del país, que repercute en una mejora en la participación social de la mujer y se traduce en una incorporación masiva de estas a las escuelas de enfermería⁽⁵⁾. En estas escuelas se produce un cambio de enfoque hacia lo comunitario, saliendo del tradicional y arraigado cuidado hospitalario.

Este periodo de prosperidad y apertura termina con la llegada del Franquismo y la vuelta a la tradición y a la influencia de la religión en la educación. Esta etapa supone un retroceso en el desarrollo de la mujer y, por extensión, de las enfermeras. Estas reciben una formación marcadamente médica, técnica y auxiliar. La Sección Femenina será un importante agente de transmisión de valores franquistas, como la supremacía masculina con relación al poder⁽⁴⁾.

Tras la II Guerra Mundial (1945) y la adhesión de España a la OMS, se replantea el sistema sanitario español y se pone de manifiesto el problema de la regulación de las profesiones sanitarias. La medicina sufre un giro hacia la creciente tecnificación, al mismo tiempo que prolifera la construcción de complejos hospitalarios, con el fin de mejorar la asistencia sanitaria. Se impulsa ahora la secularización del personal sanitario, con la profesionalización como meta primordial.

En 1953 se consolida la obligatoriedad del bachiller elemental para cursar Enfermería y por primera vez en los planes de estudios se contempla la formación sobre historia de la profesión, impartida por médicos. No obstante, además de la novedad que supone el plan de estudios, hay aspectos muy positivos, como la implantación de asignaturas en las que hay una cierta orientación hacia aspectos comunitarios. Adquiere importancia el área psicosocial, la psiquiatría y la higiene mental, más allá de los aspectos puramente orgánicos. Así mismo se regulan las especialidades de Matrona de carácter exclusivamente femenino y Fisioterapia para ambos sexos.

En este contexto, en 1955 se crea el título de ATS (Ayudante Técnico Sanitario), único en el mundo, con el objetivo de aglutinar las tres ramas auxiliares y dar respuesta a las necesidades de profesionales técnicos para esos grandes hospitales de nueva construcción. Los ATS se caracterizan por un carácter eminentemente urbano, en contraposición a la orientación de los practicantes, vinculados al ámbito rural. Este nuevo título tiene un claro enfoque biomédico y los docentes son médicos especialistas en las distintas áreas de conocimiento. Se establecen 3 años de formación obligatoria.

Lo más destacado de la enseñanza son las diferencias de formación en cuanto al género, así como el régimen de estudios. Mientras las mujeres se formaban en "Enseñanzas del Hogar" y estudiaban internas en las escuelas, exentas solo en caso de matrimonio, los hombres estudiaban "Autopsia médico-legal" y no estaban internos.

En 1970 entra en vigor la Ley General de Educación, comenzando la etapa de transición democrática en España. Previo a esta ley, se elaboró un Libro Blanco donde se cuestionaban los puntos débiles del sistema educativo vigente. Ahí se consideró la necesidad de establecer carreras universitarias de nivel medio para adaptarse a las demandas de la sociedad.

Al mismo tiempo, comienzan a estructurarse movimientos dentro del colectivo de ATS que se orientan hacia la reivindicación de un cambio en la formación, una vuelta a las bases del cuidado. Aquí, se va haciendo patente el influjo de la enfermería anglosajona, dotada ya de una formación superior y cuyas teóricas realizan importantes avances en la descripción de la naturaleza de la enfermería, de los componentes científicos de esta⁽³⁾.

Como indica M^a Paz Mompert, fundadora y presidenta de la Asociación Española de Enfermería Docente, "la mejora de la formación enfermera elevaría el nivel de los cuidados que prestábamos y lograría unos estándares sanitarios de mejor calidad"⁽⁶⁾. Con ese objetivo, comenzaron las reivindicaciones, bajo el lema "por una mejor Sanidad, ATS a la Universidad", que incluyeron movilizaciones y la creación de Comisiones de Estudio interuniversitarias, abogando por el cambio educativo.

Comenzaron a elaborar el nuevo plan de estudios de la titulación y, una vez obtenida la atención del Ministerio de Educación, aprovechando un resquicio de la Ley de 1970, propusieron la entrada de los estudios en la Universidad. Dicha Ley había dejado en manos de la enfermería "la posibilidad de elegir entre integrarse en los estudios de Formación Profesional o adscribirse a la Universidad en régimen de Diplomatura Universitaria"⁽⁵⁾. Efectivamente, esta oportunidad fue desaprovechada por un colectivo ávido de mejorar sus condiciones formativas como camino hacia la independencia de la tutela médica y a la consecución de una disciplina autónoma.

Desde este punto, a las puertas de la conversión desde un título de ayudantes a una Diplomatura Universitaria, la enfermería española persigue el cambio desde el rol dependiente, ligado al médico, con un conocimiento siempre sesgado, hasta la asunción de un rol profesional, de una autonomía como expertos en cuidados enfermeros.

Los interesados en el cambio elaboran un discurso basado en que la disciplina que nos ocupa reúne los requisitos para ser científica y, por tanto, autónoma. Por primera vez, el conocimiento pretende no estar sustentado por la perspectiva biomédica dominante.

La consolidación del título de Diplomado Universitario en Enfermería, con su entrada en la universidad en 1977 mediante Real Decreto del Ministerio de Educación y la equiparación con los estudios anteriores aglutina las demandas históricas de esa masa crítica formada por profesionales insatisfechos con la formación y el rol desempeñado por la Enfermería en España en el siglo XX.

Las principales novedades de la disciplina universitaria son la posibilidad de impartir docencia como encargados de curso y el cambio en los planes de estudio. Las disciplinas propias de la enfermería adquieren importancia en el currículum, con un área

de conocimientos enfermeros. Comienza a impartirse Enfermería Fundamental en primer curso, así como la metodología y los cuidados enfermeros propios de cada área. Además se estudian Ciencias de la Conducta y Salud Pública, además de las Ciencias Básicas y Médicas.

En 1978 se firma la Constitución española. En ella la salud se contempla como un derecho constitucional, basado en la universalidad, la equidad y la solidaridad.

En este mismo año se crea el INSALUD, el órgano gestor de las funciones correspondientes al Estado en materia de salud.

Así también, en 1978 también ocurre otro hecho significativo a escala global, que tendrá repercusiones importantes en la disciplina enfermera. En el mes de septiembre en Kazajstán tiene lugar la Conferencia Internacional de Alma Ata, sobre Atención Primaria de Salud (APS). Organizada por la OMS, subrayaba la importancia de la APS como estrategia para alcanzar niveles óptimos de salud de los pueblos. Su lema fue "Salud para Todos en el año 2000". Participaron 134 países, que aceptaban la nueva definición de salud, no como ausencia de enfermedad, sino como un completo estado de bienestar físico, psíquico y social. Se hizo hincapié en la utilización de recursos como la prevención, la promoción, la curación y la rehabilitación de la salud, con la educación como primordial instrumento.

Con esta perspectiva, la enfermería encontró un desafío "a ampliar sus funciones y afrontar toda su responsabilidad en el cuidado de la salud; tampoco había tenido en sus manos una herramienta que parece especialmente diseñada para ello"⁽⁷⁾. El colectivo consideraba imprescindible su adscripción a la nueva atención a la salud, adaptándose al cambio de necesidades de la sociedad. Constituía un elemento más de ruptura con el enfoque biomédico y un afianzamiento de desarrollo del rol autónomo. La orientación curativa y hospitalaria de la formación enfermera tradicional fue dejando paso a los cuidados en salud, enfocados al individuo, la familia y la comunidad, en colaboración con un equipo de salud. Un campo de acción para el que estaban más que dispuestos a formarse y desarrollar sus competencias.

Llegados a este punto de la evolución histórica de la enfermería, es el momento de la reflexión.

Por lo tanto, el objetivo principal de la revisión bibliográfica se centra en identificar los principales cambios acontecidos y analizar las dificultades encontradas en relación al rol enfermero en España en el siglo XX.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica, se establecieron tres fases de trabajo.

1ª fase: consulta de las bases de datos especializadas electrónicas, con búsquedas relacionadas con la historia de la enfermería española, específicamente los siglos XIX, XX y XXI. Las bases consultadas fueron:

- CINAHL (Cumulated Index of Nursing & Allied Health Literature)
- CUIDEN
- IBECS (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud)
- MEDLINE

2ª fase: búsqueda de fuentes relacionadas con el desarrollo de la disciplina, comenzando por la historia de la enfermería, desde los orígenes del cuidado, vinculados a los albores del ser

humano. Para esta perspectiva general, dos manuscritos y una revista, fueron las principales fuentes de información:

1. *Historia de la Enfermería*, publicado por José Siles en 1999 [5]. Este volumen reúne los fundamentos históricos de la disciplina, desde la Prehistoria hasta la llegada de la enfermería profesional y el futuro de esta como ciencia y profesión.
2. *La profesión va por dentro, elementos para una historia de la Enfermería Española contemporánea*, de Carmen Sellán Soto, publicada en 2010 [3] bajo el sello editorial de FUNDEN (Fundación para el desarrollo de la enfermería). En ella la autora realiza una descripción detallada de los acontecimientos más relevantes de la disciplina enfermera desde los orígenes de las prácticas cuidadoras hasta su profesionalización.
3. *Híades, revista de Historia de la Enfermería*. Fundada en 1993, aglutina la investigación y difusión de los trabajos dedicados a la Historia de la Enfermería.

3ª fase: revisión bibliográfica relacionadas con la génesis de la profesionalización enfermera en España. La búsqueda de artículos reunió diferentes criterios:

De inclusión:

- Tipo de revista, las publicaciones de temática exclusiva enfermera, con un enfoque general.
- Año de publicación, se inició en 1977, con el cambio de los estudios de ATS por la nueva titulación de DUE, ya que no existen revistas enfermeras españolas anteriores a esa fecha, por lo que el año de publicación interesa por su relación con los contenidos, más que como criterio de inclusión.
- Lugar de publicación, todas las revistas han sido de publicación española, dado el tema de investigación, analizándose los contenidos en relación a la Comunidad Autónoma en la que habían sido generados.
- Idioma, solo se analizan aquí los artículos en castellano.
- Temática, la búsqueda se realizó fijándonos en las palabras clave tomadas como referencia en este estudio.
- Autor/es, en los diferentes artículos se identificaron las diferencias de formación, de titulación, de género y de procedencia de los autores, así como la periodicidad de sus publicaciones.

Se excluyeron las revistas de otras disciplinas sanitarias o revistas enfermeras especializadas, ya que la perspectiva buscada es la general. Tampoco se consideró ningún artículo en lengua extranjera, publicado fuera de España.

Las revistas analizadas fueron:

- Revista *Rol de Enfermería*, creada en 1978, es la primera revista de enfermería española. Se revisó el catálogo impreso de la BUC, todos los números publicados hasta 2011 inclusive. Esta revista está incluida en las principales bases de datos de enfermería, como CUIDEN, MEDLINE y CINAHL.
- Revista *Enfermería Clínica*, que recoge los avances en investigación enfermera en materia de cuidados de salud. Está indexada en IBECS, IME (Índice Médico Español), CINAHL y CUIDEN. Se revisaron todos los números publicados hasta 2011 inclusive, en su versión digital, de acceso libre.
- Revista *Index de Enfermería*, es la revista en español con más difusión en el mundo y profundiza en el campo de las humanidades y la investigación sobre cuidados de salud en general.

- Revista *Cultura de los Cuidados*, dirigida por José Siles, nace en 1997. Se trata de una publicación semestral orientada a contribuir al desarrollo del conocimiento histórico, antropológico, fenomenológico y teórico en cuidados enfermeros. Se ha consultado en su versión impresa en el catálogo de la BUC, revisando todos los números hasta 2011 inclusive.
- Revista *Metas de Enfermería*, nacida en 1998 y de carácter científico, tiene el objetivo de proporcionar información para la formación continuada y aportar conocimiento sobre el estado de la práctica enfermera actual. Está indexada en CINAHL, IBECS, CUIDEN, IME, CUIDATGE y ENFISPO (Enfermería, Fisioterapia y Podología). Está preparando la entrada en MEDLINE. Se revisaron todos los números desde su publicación hasta 2011 inclusive, en el catálogo impreso de la BUC.
- Revista *Enfermería Global*, nacida en 2002 y apoyada por ediciones de la Universidad de Murcia. Tiene una periodicidad trimestral desde 2011 y su objetivo es conectar a los profesionales de enfermería, a todos los niveles, para favorecer el intercambio de experiencias y el acceso a la investigación. Se revisaron todos los números hasta 2011 inclusive, en su formato digital de acceso libre.

Para el tratamiento de los datos estadísticos se utilizó la hoja de cálculo Excel, en su versión de 2002.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados se han planteado estableciendo el análisis cuantitativo de los datos y simultáneamente se ha realizado una interpretación cualitativa de la información obtenida en los artículos a modo de discusión.

El número total de artículos revisados ha sido de 79, de los cuales han sido seleccionados 55:

Tabla 1. Números de artículos revisados / seleccionados/revistas

REVISTA	Nº REVISADOS	Nº SELECCIONADOS
Rol de enfermería	53	47
Enfermería Clínica	2	1
Index de enfermería	5	3
Enfermería Global	1	1
Metas de enfermería	9	1
Cultura de los cuidados	9	2
TOTAL	79	55

La primera publicación científica enfermera comienza en España con la entrada de los estudios en la universidad. Las revistas permiten conocer los principales avances en la enfermería con una periodicidad variable, desde mensual hasta anual. Además, los autores de los artículos en su mayoría son profesionales de la disciplina, tanto docente como asistencial. Por eso, la infor-

mación obtenida de estos documentos posibilita la descripción de los acontecimientos en primera persona, así como el análisis de su impacto.

La temática de los artículos revisados se recoge en la tabla 2.

Tabla 2. Números de artículos revisados / seleccionados/temas

TEMÁTICA	Nº ARTÍCULOS SELECCIONADOS	% TOTAL
Atención de enfermería	2	4%
Autonomía profesional	21	37%
DUE	8	15%
Identidad	8	15%
Rol profesional	16	29%

Con la implantación de los estudios universitarios, surgirán muchas incógnitas, como la convalidación de los estudios de ATS, el problema del profesorado en las escuelas, los planes de estudios, la nueva orientación formativa y profesional o el inédito rol de la enfermería en la sociedad.

Con todo ello, es importante reflejar la creación en 1979 de la Asociación Española de Enfermería Docente (AEED), que sería protagonista de los cambios acontecidos en la disciplina enfermera en el último cuarto del siglo XX, como lo reflejan muchos de los artículos seleccionados en este trabajo. En relación a esto, las fundadoras de la AEED manifestaban, en una entrevista realizada por la revista Rol en 1978, que era primordial la necesidad de que los ATS participaran en la elaboración de los planes de estudios de la Diplomatura. Para ellas, *"el proceso educativo determina fundamentalmente la posterior actitud profesional"* (9). Así mismo, identifican la indefinición del rol enfermero consecuencia de la falta de referentes teóricos. Por un lado, la tardía influencia en España de la enfermería anglosajona y, por otro lado, la ausencia histórica de profesorado enfermero. Como afirma Juana Jara (10), *"Esta situación de confusión se hubiera evitado seguramente si el profesor de Enfermería Fundamental, en lugar de ser un médico que explicaba genética, hubiera sido un ATS que hubiera explicado lo que era su profesión"*.

Ante este panorama, al mismo tiempo que los ATS pudieron acceder a tomar parte en el desarrollo de los planes de estudios y en la formación universitaria, se planteó una situación de desconocimiento, de desconfianza ante el proceso de cambio por parte del colectivo de ATS a nivel asistencial, ya que percibían la nueva enseñanza universitaria como una amenaza, más que como un complemento o un avance fundamental en su disciplina. Aquí comenzó quizá a fraguarse una dicotomía que llegará hasta la actualidad, la separación existente entre el ámbito académico y el asistencial.

El siguiente obstáculo planteado con el cambio de formación, sería el desarrollo de los nuevos planes de estudios, elaborados por primera vez en 1977, mediante una comisión de trabajo formada por enfermeros. La normativa europea obligaba a aumentar la carga teórica de la enseñanza y, como afirma Mompert (6), *"se trató de incluir aspectos que capacitaran a la en-*

fermera para un rol ampliado en los cuidados de salud, de tal manera que pudiera iniciar un camino de autonomía profesional y de definición de su campo profesional propio". El plan se estructuró en grandes áreas temáticas: Ciencias Básicas, Ciencias Médicas, Ciencias de la Conducta, Ciencias de la Enfermería, Salud Pública y las optativas. Se estableció una metodología propia para proporcionar los cuidados enfermeros, con la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Se otorgó un peso específico determinante a la orientación Comunitaria, adaptándose a las directrices de la OMS.

En 1978, mediante Orden Ministerial, los ATS están legalmente capacitados para ser docentes en las nuevas Escuelas de Enfermería (EUE) como Encargados de Curso, ya que la titularidad continuaba en manos del estamento médico. No será hasta 1983, con la entrada en vigor de la Ley de Reforma Universitaria, cuando los Diplomados podrán ser docentes de pleno derecho en las escuelas universitarias. Es necesario añadir que se contó en este punto con un "significativo rechazo por parte del profesorado médico a que las enfermeras se integraran como profesoras en las Escuelas..."⁽¹¹⁾

Sin embargo, la puesta en marcha de los nuevos planes de estudios, en las recién estrenadas Escuelas Universitarias, no estuvo exenta de problemas e irregularidades que harían de esos primeros años de andadura académica un recorrido complicado en la consecución del anhelado desarrollo de la disciplina. Así la literatura describe cómo el Ministerio de Educación publicó unas Directrices Generales acerca de los planes de estudio, dejando a criterio de las propias Escuelas la adaptación de sus planes a dichas Directrices, así como la distribución de determinadas asignaturas.

A pesar de las dificultades descritas en relación a la implantación de los planes de estudios, es importante señalar que la reforma de la formación enfermera fue pionera en cuanto a su adaptación a la normativa europea, siendo la única disciplina de la universidad española que cumpliría los requisitos de adhesión a Europa, preparada para el Espacio Europeo de Educación Superior, "adelantándose al concepto actual de ECTS"⁽⁶⁾

Siguiendo el orden lógico de los acontecimientos, la convalidación de los estudios fue uno de los temas centrales durante este proceso de transformación. En 1981 se implantaría el Curso de Nivelación, indispensable para impartir docencia a partir de entonces y que tendría como objetivos la homologación de la titulación académica de los ATS y la nivelación de los conocimientos de todos los profesionales.

Analizando otras publicaciones la primera fecha de artículos relacionados con el tema, coincide con la publicación del Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud y con el anteproyecto de la Ley General de Sanidad, borrador hecho público en febrero del mismo año. El Real Decreto estableció la distribución de la Atención Primaria de Salud en Zonas Básicas de Salud, delimitados en base a criterios demográficos, geográficos y sociales. El borrador de la Ley General de Sanidad, pretendía modernizar y aproximar a los estándares europeos la atención sanitaria en España, a través de las directrices de la OMS. La legislación vigente databa de 1944.

El gobierno socialista que comenzó en 1982 había anunciado en su programa electoral una reforma sanitaria. Ante esta perspectiva social, política y legislativa, el colectivo enfermero comenzó a preocuparse por la delimitación y definición de sus funciones propias, demandando ocupar su lugar en el nuevo

equipo de salud, como afirma M^a Victoria Antón⁽¹⁵⁾. El Ministerio se planteó por su parte formar un grupo de asesores en enfermería, con el objetivo de llevar a cabo su reforma legislativa, demostrando así la importancia que el colectivo enfermero detentaba para el Ministerio. Las enfermeras Berta Sanchís y Nuria de Aguilera fueron las encargadas de realizar el análisis global de la situación y posteriormente redactaron el Estatuto Jurídico, en el que se legislaban las competencias enfermeras, que posteriormente incidiría en la Ley General de Sanidad. En este Estatuto se definió la función de cuidar, ayudar o asistir como la principal, basada en la definición dada por Virginia Henderson, teórica enfermera que definió uno de los Modelos de cuidados enfermeros más influyente, vigente en la actualidad. Además, se contemplaban las funciones docente, investigadora y administradora, completando la asistencial. No obstante, estas funciones fueron ya definidas en 1977 por la Comisión de estudios que elaboró las directrices del plan de estudios de la Diplomatura, formado por enfermeras⁽¹³⁾.

La definición de las funciones propias en enfermería ha supuesto un problema para el colectivo, al mismo tiempo que una reafirmación del rol profesional, una vez delimitadas e incluidas en un marco legislativo. Estas funciones son el resultado del proceso de adquisición de una conciencia profesional, como afirma Mompert⁽¹⁴⁾, e influyen, además del aspecto legislativo, cuestiones sociopolíticas, legales y económicas. Los servicios que la sociedad demanda de la enfermería, la fuerza política que es capaz de ejercer el colectivo y la solidez en la formación que aporta una titulación universitaria son los factores que consolidan una profesión como la enfermería. Esta, al igual que otras disciplinas, avanza mediante la consecución de logros y la formulación de nuevos objetivos y, siguiendo esta premisa, una vez conquistada la legislación acerca de las funciones enfermeras, la siguiente reivindicación versará sobre la consecución de las especialidades, aspecto tan complejo que llega hasta la actualidad sin verse completamente resuelto.

En 1984 también se llevó a cabo un proceso de Reforma Hospitalaria, con un nuevo modelo de gestión, que contemplaba una Dirección de Enfermería en cada hospital, al mismo nivel que la Dirección Médica y de Gestión. Por primera vez, la gestión enfermera formaba parte indispensable de la configuración hospitalaria y las enfermeras ocuparían cargos de responsabilidad en el ámbito de la gestión sanitaria.

El siguiente año que destaca en cuanto a artículos seleccionados para la revisión es 1986, año en que se promulga la Ley General de Sanidad. Esta Ley supuso una revolución y estableció los cimientos del estado de bienestar del que hoy disfrutamos, garantizando el derecho básico a la protección de la salud. Se crearía un Sistema Nacional de Salud (SNS) basado en la universalidad, la equidad y la solidaridad que, como principal novedad, introduciría la descentralización de la gestión, mediante las transferencias sanitarias a las autonomías, en un intento de acercar la gestión a la ciudadanía y favorecer la participación comunitaria. Con un aumento del porcentaje del PIB dedicado a la sanidad y con la prevención, promoción y protección de la salud como principales instrumentos de trabajo, se consiguió un significativo aumento de la esperanza de vida, un descenso en las tasas de mortalidad infantil, así como una disminución de las muertes por enfermedades cardiovasculares. El SNS ha sido hasta la fecha el servicio público mejor valorado por los ciudadanos y un ejemplo para las políticas públicas a nivel mundial.

Desde el punto de vista de la enfermería, las mejoras propiciadas por la nueva Ley serían orientadas hacia la consolidación de la profesión. La Atención Primaria de Salud sería, además de un nuevo nivel de atención, la herramienta para afrontar las responsabilidades en materia del cuidado de la salud, no solo de la enfermedad⁽⁷⁾. En palabras de Alberdi: “...el nivel de atención que tiene como principal objetivo el fomento de la salud y la prevención de la enfermedad a través del auto cuidado y que utiliza como instrumento fundamental la educación sanitaria, es el más apropiado para nuestra profesión”.

En 2003 entraría en vigor el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, que recoge el desarrollo y la carrera profesional, como “derechos del profesional a progresar de forma individual como reconocimiento a su desarrollo profesional en relación con los conocimientos, la experiencia en las actividades asistenciales, investigación y cumplimiento de los objetivos”⁽³⁾. También entraría en vigor la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), que contiene la regulación del ejercicio de la enfermería como profesión, define y determina sus competencias. En este contexto, se realizaría un llamamiento a “proclamar una identidad propia y definitoria...”⁽¹⁷⁾, sustentada por el marco legislativo descrito.

La enfermería de los inicios del siglo XXI posee, por tanto, un modelo teórico y metodológico propio, que establece las bases científicas de la disciplina y un marco legislativo definitorio de las funciones inherentes a la profesión. Tendrá también un código deontológico que marcará los límites éticos de la atención de enfermería y unos profesionales convenientemente formados con “capacidad para responder a las necesidades del cuidado de la salud de las personas y su entorno de vida, con calidad científica, técnica y humana.”⁽¹⁸⁾.

No obstante, estos hitos no tendrán la repercusión esperada en la realidad asistencial, ya que hay una diferencia tangible entre lo que es la enfermería teórica, a nivel conceptual y lo que ofrece en la práctica⁽¹⁹⁾. Esta ruptura se presenta como uno de los principales obstáculos para el desarrollo pleno de la autonomía profesional. Ya en 1978, Juana Jara afirmaba en la revista *Rol de Enfermería* que “La estrecha unión entre aprendizaje teórico y práctico, es el único camino que puede llevarnos a formar profesionales eficaces y ajustados a nuestra realidad sanitaria.”⁽¹⁰⁾. Que la realidad asistencial esté significativamente alejada de las enseñanzas y modelos que se imparten en las Escuelas, hace que el sistema asistencial absorba a los estudiantes recién titulados, sin dar lugar a la posibilidad de plantear un cambio, un acercamiento entre teoría y práctica⁽²⁰⁾. Esta disociación en el núcleo de la disciplina debilita notablemente la consolidación de la profesión.

Algunos autores proponen como agentes de cambio a los mismos alumnos de enfermería, con capacidad para “desarrollar actitudes y habilidades que les permitan modificar la orientación de los cuidados enfermeros.” [19] Por el contrario, otros autores confían en el profesorado, alegando que los antecedentes heterogéneos en cuanto a la formación de estos, constituyó una limitación a su capacidad de facilitar el aprendizaje al alumnado. Muchos enfermeros “asumieron el rol de profesor sin disponer de experiencias previas como docentes y, en muchos casos, sin una especial preparación en la materia de la que son responsables.”⁽²¹⁾. Aspectos estos que han ido enmendándose en los años sucesivos, con docentes que han ido adoptando la cultura de la investigación y adquiriendo formación especializada y de tercer

ciclo. Por supuesto, los enfermeros asistenciales soportan gran parte del peso de la responsabilidad en el cambio, ya que cada vez hay más enfermeros en activo conocedores de la metodología enfermera, así como de la importancia de la investigación para conseguir la mejora continua en la calidad de los cuidados que brindamos a la sociedad. En definitiva, las fuerzas de la educación y de la práctica deben estar unidas racionalmente para asegurar el progreso de ambas.

A partir de los años 70, gracias a la contribución de los medios de comunicación, cuando la imagen de la enfermera evolucionaría desde la clásica visión matriarcal hacia una representación más moderna [26]. Esta percepción de la enfermería en la sociedad ha tenido una destacada repercusión en su desarrollo histórico, en tanto que “todas las identidades... necesitan de una reconocimiento social para que existen pública y socialmente”⁽²⁷⁾.

También la denominación en sí de los profesionales ha jugado un importante papel, ya que durante el siglo XX la disciplina enfermera ha cambiado de nombre en tres ocasiones, hecho que complica la construcción de una identidad propia y de un reconocimiento social, porque “...la identidad se manifiesta en gran manera por el nombre”⁽²⁸⁾.

4. CONCLUSIONES

Conocidos y detallados los acontecimientos que marcaron el acceso a la universidad de los estudios de enfermería, la situación actual es la consecuencia lógica de los estímulos que se han recibido en la trayectoria profesional.

Quizá 35 años de indefinición de rol y de búsqueda de autonomía profesional sean demasiados años, pero “Lo interesante de estos periodos de indefinición es, precisamente, su riqueza en posibilidades y los indudables riesgos de frustración que comportan”⁽³¹⁾.

La disciplina enfermera es un ente vivo, que conserva el espíritu de superación y mejora continua, por esto, se han ido conquistando nuevas reivindicaciones y problemas históricos. Esta mejora de la situación profesional hace que la percepción social de la disciplina se haya modificado positivamente, en parte gracias al rol de la enfermería en Atención Primaria, así como el profesional desempeño hospitalario que, aunque orientado todavía a la curación, va introduciendo la necesidad de aplicar el modelo teórico de la disciplina.

Resulta de vital importancia plantearse y reflexionar desde la propia profesión, qué se ha conseguido hasta ahora y en qué grado se han cumplido las expectativas. Esta reflexión tiene como objetivo identificar los puntos débiles del desarrollo enfermero, para poder trabajar en su mejora. Parece fundamental una consideración que apunta Mari Paz Mompert, que es que “no se han hecho estudios concretos que nos lleven a determinar el impacto de la enseñanza universitaria en el ejercicio profesional de las enfermeras”⁽⁶⁾ es decir, falta la última etapa del proyecto, tal vez la más importante, la evaluación de los resultados.

Actualmente, la investigación se presenta como la herramienta más apropiada para constituir el motor del avance científico de la disciplina. Como afirma Gómez Antón⁽³²⁾ “La investigación es, sobre todo, una actitud mental; como un reflejo instintivo que lleva a plantearse preguntas sobre los por qué (cuyo conocimiento constituye la esencia del quehacer científico)”.

Es importante tener referentes internacionales para adaptar

al contexto los procesos que han sido satisfactorios en la consecución de sus objetivos, siempre que sean comunes.

Es un hecho que se constata analizando la evolución histórica de la disciplina que se debe ser cuidadoso con la orientación del desarrollo como profesión, ya que existen organizaciones colegiales y sindicales, así como un Consejo General, que tienen capacidad sobre los agentes políticos, así como para trazar los itinerarios disciplinares.

5. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Fernández C, Gusiñé F, Pardo A, Sales D. El modelo de Florence Nightingale. *Rol de Enf.* 1986; 90:35-40.
- 2.- Fernández ML. Desde Florence Nightingale hasta nuestros días. Congreso de la Asociación catalana de Enfermería Pediátrica. 2011: 1-15.
- 3.- Sellán MC. La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la Enfermería Española contemporánea. 2ª Ed. Madrid: FUDEN; 2010.
- 4.- Almansa P. La formación enfermera desde la sección femenina. *Enf Glob.* 2005; 4(2): 1-11.
- 5.- Siles J. Historia de la Enfermería. 1ª Ed. Madrid: Aguacilar; 1999.
- 6.- Mompert MP. Rebelión en las aulas. *Rol de Enf.* 2004; 27 (10): 646-656.
- 7.- Alberdi RM. Atención primaria de salud: un camino para la enfermería española. *Rol de Enf.* 1984 ; 72-73 : 34-38.
- 8.- Entrevista con la Asociación Nacional de Enfermería Docente. *Rol de Enf.* 1978; 4: 34- 35.
- 9.- Jara J. P.A.E. Proceso de atención de enfermería. *Rol de Enf.* 1978; 1(2): 36-45
- 10.- Herrero M, Cuello J. Contribución del INSALUD a la formación del personal de enfermería. *Rol de Enf.* 1986; 91: 64-76.
- 11.- Roigé A, García L, López C, Salas C. Plan de estudios de enfermería (?). *Rol de Enf.* 1985; (87): 25-29.
- 12.- Blasco R. La enfermería en la universidad diez años después. *Rol de Enf.* 1986; 100: 60- 64.
- 13.- Mompert MP, Alberdi RM. Ante la puesta en marcha de las especialidades de enfermería. *Rol de Enf.* 1984 ; 75 : 79-81
- 14.- Antón MV. Enfermería actual: análisis y perspectivas. *Rol de Enf.* 1984; 68:34-38.
- 15.- Mompert MP. Funciones de Enfermería. *Rol de Enf.* 1984; 70: 56-59.
- 16.- Martínez JR. Salir del armario. La difícil decisión de asumir una nueva identidad. De ATS a enfermera. *Rol de Enf.* 2004;27(10):698-704.
- 17.- Durán M. Homenaje a 25 años de enfermería en la universidad. *Rol de Enf.* 2002; 25 (1): 23-28.
- De la Torre J. 20 años en la Univesidad. *Rol de Enf.* 1999; 22 (11): 753-759.
- 18.- Antonín M, Tarrech M. Enfermería, realidad en crisis. *Rol de Enf.* 1993; (175): 71-74.
- 19.- Godall M. La formación superior en emfermería del profesorado enfermero d elas escuelas universitarias de enfermería. *Enf Clín.* 2003; 13(1): 26-31.
- 20.- De León A. Experiencia de integración teoría-práctica en los estudios de enfermería. *Rol de Enf.* 1985; 88: 27-30.
- 21.- Fajardo E, Germán C. Influencia del género en el reconocimien-to de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index Enferm.* 2004;13 (46): 45-48.
- 22.- García AM, Sáinz A, Botella M. La enfermería vista desde el géne-ro. *Index Enferm.* 2004; 13 (46): 45-48.
- 23.- Llobet MA. ¿Dónde está hoy nuestra enfermería? *Rol de Enf.* 1978; 1 (3): 44-46
- 24.- Domínguez C. Imagen de la enfermera en la sociedad. *Rol de Enf.* 1985; 83: 66-72.
- 25.- Rodríguez-Camero ML, Rodríguez-Camero N, Azañón-Hernán-dez R. La construcción mediática de la enfermería. *Index Enferm.* 2008; 17(2);119-123.
- 26.- Alberdi RM. La enfermería y la palabra. *Rol de Enf.* 1986; 91: 48-57.
- 27.- Laenfermerahoy.com [sede Web]. Curriculum Académico y Profesional - Rosamaría Alberdi Castell [acceso 01 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.laenfermerahoy.com.ar/articulo.php?id=40>
- 28.- Aulaope.com [sede Web]. Grupo paradigma. Autores y tutores [acceso 01 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.aulaope.com/maripaz-mompert.php>
- 29.- Tey R. La enfermería: dos visiones separadas por treinta años. *Rol de Enf.* 1986; 100: 18-24.
- 30.- Irujo AM. La formación universitaria. *Rol de Enf.* 1979; 8: 41-45.
- 31.- Brito PR.El camino hacia la identidad enfermera. *Metas de Enf.* 2007; 10 (2): 51-54
- 32.- Entrevista con Mari Paz Mompert. *Trib Sanit.* 2010; 242: 4-10.

Enfermería basada en la evidencia (ebevidencia.com)



Internet se ha convertido en una herramienta básica en la vida diaria. Lo utilizamos para buscar información sobre aficiones, para preparar un viaje, comunicarnos con amigos y muchísimas cosas más. Profesionalmente también nos es de gran utilidad; hay multitud de páginas webs, foros profesionales, bases de datos, etc., que nos aportan información profesional actualizada.

En este artículo, os animo a visitar www.ebevidencia.com, página web creada por Azucena Santillán. Azucena es enfermera, profesora en la Escuela Universitaria de Burgos y según ella misma cuenta en su página web: "Trabajé más de 2 años en Londres, he recorrido las unidades de los hospitales de mi región y he estudiado un par de Masters y muchísimos cursos. Y a lo largo de los años me di cuenta de lo sumamente importante que es basar nuestra práctica diaria en evidencias científicas... y que haya evidencias en las que basarla. De ahí mi empeño en divulgar la enfermería basada en evidencias (EBE) y la investigación en cuidados".

De esto último trata su blog, nos proporciona multitud de información acerca de la práctica basada en la evidencia y la investigación. Su página es un punto de partida ideal para todo aquel interesado en la investigación en cuidados.

El blog se estructura en diversos apartados en los que la autora ordena el contenido y los actualiza constantemente: software y aplicaciones, fuentes de información documental en enfermería, ayuda para investigadores noveles, fases de la EBE (enfermería basada en la evidencia), rincón del divulgador y, desde hace poco tiempo, la iniciativa #MLPela.

#MLPela surge de la experiencia acumulada de la autora a lo largo de sus años de docente en diversos cursos y talleres sobre EBE. Según ella nos cuenta: "Una de las cosas que he aprendido es que la gente tiene ganas de hacer cosas, de moverse y hacer que la profesión avance. Lamentablemente una de las barreras con las que se enfrentan estas personas animosas e innovadoras es el inmovilismo y la costumbre. Con frecuencia he oído que la expresión "siempre se ha hecho así" es una de las más repudiadas por estas personas que creen que la tradición no puede ser la única fuente de conocimiento. El que las cosas se hayan

hecho siempre siguiendo un patrón o de una manera concreta no quiere decir que esa sea la manera correcta o la mejor de las formas. La enfermería es una disciplina que debe avanzar con los avances biotecnológicos. Por eso no se entiende que todavía exista el escudo "siempre se ha hecho así", debemos salir de nuestra zona de confort".

¿Qué es?

Es un mensaje transmitido a través de una imagen y divulgado a través de las redes sociales con el hashtag #MLPela

El mensaje en cuestión es: Soy enfermera y "me la pela" si siempre se ha hecho así. La expresión "me la pela" es una expresión vulgar que se utiliza frecuentemente en España y significa "me da igual".

¿Qué significa?

Significa que somos muchos los profesionales enfermeros que pensamos que la tradición no debe ser la única fuente de conocimiento. Creemos que utilizando los resultados de la investigación en cuidados y aplicándolas en nuestro entorno de trabajo, se cuida mejor.

Desde aquí os animamos a seguir a Azucena @Ebevidencia y su #MLPela en Twitter, a participar en los debates que por medio de esta iniciativa están surgiendo en las redes sociales, (un ejemplo es el documento colaborativo que han lanzado desde otro blog muy recomendable <http://lacomisiongestora.blogspot.com.es/>) y sobre todo a aplicar los resultados de la investigación en nuestra práctica diaria saltando la barrera del "siempre se ha hecho así".



AGENDA DE CONGRESOS – JORNADAS

XXXIX CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

“Sumando competencias en el área digestiva”

Toledo, del 17 al 19 de Octubre de 2014

Organizado por la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica
Más información: <http://www.congresoseden14.es/index.php/es/>

XXXII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

Madrid, del 15 al 17 de Octubre de 2014

Organizado por la Sociedad Española de Calidad Asistencial
Más información: <http://www.congreso.calidadasistencial.es/>

IX REUNIÓN INTERNACIONAL – I CONGRESO VIRTUAL INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD

Granada, 6 y 7 de Noviembre de 2014

Organiza: Fundación Index
Más información: <http://www.index-f.com/ric/inicio.php>

XVII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS

Vitoria, del 11 al 14 de Noviembre del 2014

Organiza: Investen-isciii
Más información: <https://encuentros.isciii.es/vitoria2014/>

19º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA HEMATOLOGICA

Aranjuez, del 16 al 18 de Octubre de 2014

Organiza la Asociación Nacional de Enfermería Hematológica
Más información: <http://www.aneh.es/>

IX CONGRESO NACIONAL Y III INTERNACIONAL DE LA ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

“Cronicidad, Familia y Comunidad. Hoy es mañana, asumiendo retos”

Las Palmas de Gran Canaria, del 8 al 10 de Octubre de 2014

Organiza la Asociación de Enfermería Comunitaria.
Más información: <http://www.geysec.es/aec2014/>

XXI CONGRESO ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

Valencia, 20 y 21 de Noviembre de 2014

Organiza la Sociedad Española de Enfermería Neurológica
Más información: <http://www.sedene.com/xxi-congreso-anual-de-sedene/>

XIII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

Madrid, 17 y 18 de octubre de 2014

Organiza la Asociación Española de Enfermería en Otorrinolaringología
Más información: <http://www.aeorl.es>

CURSOS DE VERANO DE LA UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

CUIDADOS PALIATIVOS: SANANDO LAS HERIDAS

Laredo, del 30 de junio al 2 de Julio de 2014

Duración: 12 horas lectivas
Número de plazas: 40 plazas
Más información: <http://web.unican.es/cursosdeverano/Cursos/Paginas/default.aspx>

PRÁCTICA CLÍNICA EN ENFERMERÍA A PERSONAS CON ALTERACIONES CARDIOVASCULARES (VIII EDICIÓN)

Laredo, del 14 al 16 de julio de 2014

Duración: 20 horas lectivas
Número de plazas: 40 plazas
Más información: <http://web.unican.es/cursosdeverano/Cursos/Paginas/default.aspx>

ATENCIÓN INICIAL AL NIÑO Y ADULTO EN SITUACIONES CRÍTICAS: PAUTAS Y TÉCNICAS DE ACTUACIÓN EN ENFERMERÍA (X EDICIÓN)

Laredo, del 14 al 18 de julio de 2014

Duración 20 horas lectivas
Número de plazas: 40 plazas
Más información: <http://web.unican.es/cursosdeverano/Cursos/Paginas/default.aspx>

¿RESPECTAMOS LOS PROFESIONALES LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES?

Laredo, 28 y 29 de julio de 2014

Duración: 12 horas lectivas
Número de plazas: 40 plazas
Más información: <http://web.unican.es/cursosdeverano/Cursos/Paginas/default.aspx>



Normas de publicación de manuscritos

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.
 - Trabajos o estudios de investigación de carácter cualitativo.
 - Proyectos de investigación científica.
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, que 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 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.

Nuberos Científica declina cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos que se publiquen en la Revista.

En la **segunda página** se incluirá el RESUMEN/ABSTRACT y en 200 palabras (español/inglés) que, de forma 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 y DeSH.

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 **trabajos de investigación** de carácter cualitativo deben contener además:

1. Introducción-Justificación de estudio cualitativo. Marco teórico.
2. Metodología propia de análisis cualitativo.

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.
9. Medios disponibles y necesarios.
10. Bibliografía.
11. Relación de anexos.

Las **monografías** deben cumplir las siguientes normas de publicación:

1. Resumen. Abstract
2. Palabras clave
3. Introducción-Justificación. Análisis de la situación y/o estado actual del tema. Marco teórico.
4. Objetivo.
5. Metodología búsquedas bibliográficas
6. Análisis de resultados.
7. Discusión
8. Conclusiones
9. Agradecimientos
10. Bibliografía

Las **cartas al director** serán dirigidas a la Sra. Directora y el texto tendrá una extensión de 700 palabras, una sola tabla, figura o gráfico y un máximo de 5 referencias bibliográficas.

2. ILUSTRACIONES

Ilustraciones, tablas, gráficos, fotografías o dibujos:

Se incluirán en el texto del manuscrito en el lugar donde correspondan. Serán sencillas, con título breve y las 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. Solo se admitirán un máximo de cuatro ilustraciones por trabajo. Se presentarán en archivo electrónico de alta resolución (300 ppp) y formatos JPEG o TIF e incluidos donde correspondan en el texto.

NUBEROS CIENTÍFICA se reserva el derecho de introducir fotos o dibujos alusivos al tema tratado, cuando los autores no hayan enviado otras de su elección.

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, que deben basarse en las normas del National Library of Medicine http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

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 solicitará a personas e instituciones su consentimiento para realizar el 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. RELACION DE DOCUMENTOS QUE DEBEN CONTENER LOS MANUSCRITOS:

Los trabajos deben enviarse a: colegio@enfermeriacantabria.com

- Carta de presentación.
- Certificado de autoría.
- Texto del manuscrito, incluyendo las ilustraciones o fotografías.
- Archivos con imágenes o ilustraciones (archivos con formato .jpg, .tif, .eps,...)