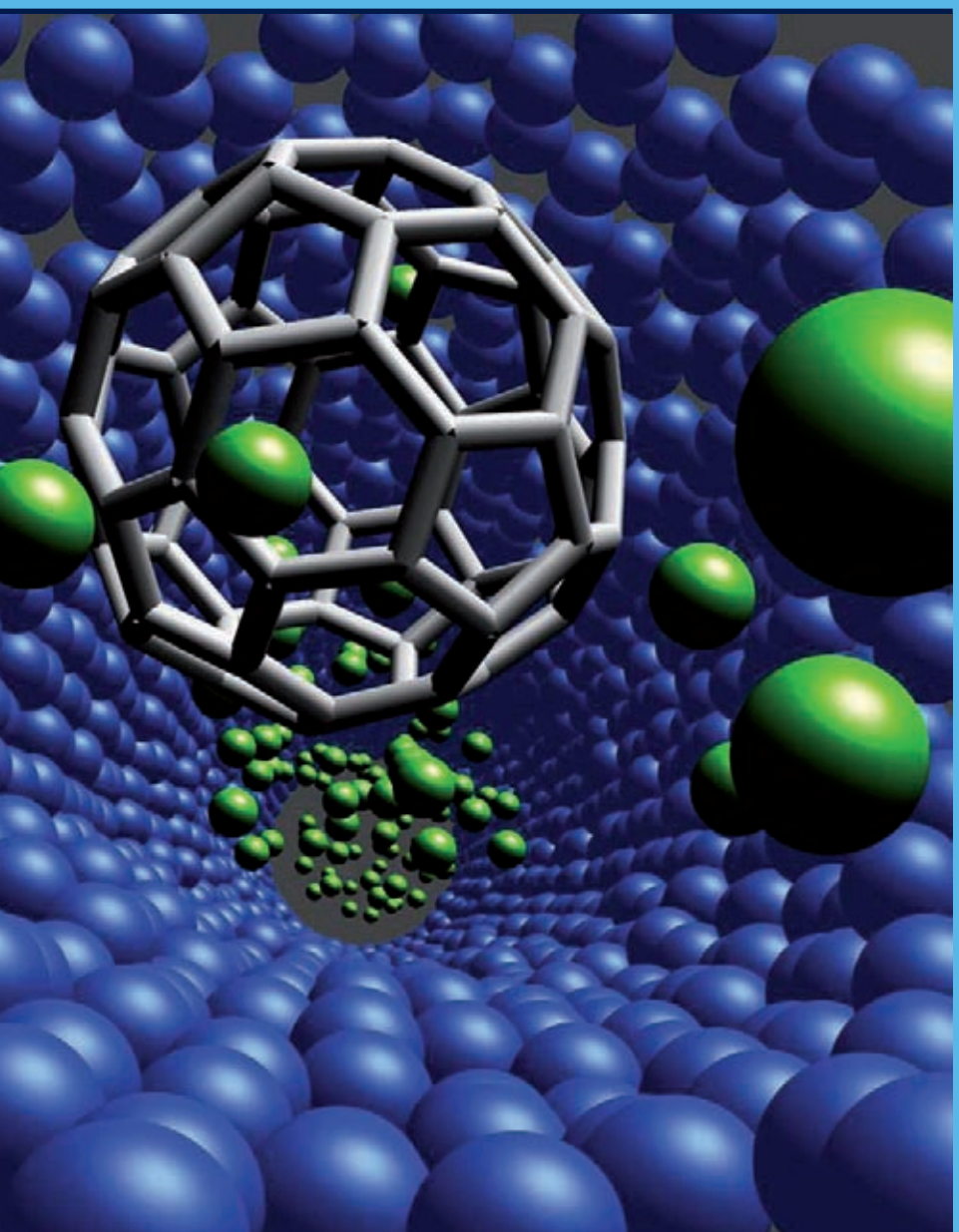
FUNDACIÓN de la ENFERMERÍA de CANTABRIA

VOLUMEN 1 NUM. 5
Noviembre 2011-febrero 2012

Nuberos Científica



INVESTIGACIÓN HISTÓRICA
La tradición benéfico-asistencial de la villa de Laredo en el Antiguo Régimen: Siglos XVI, XVII y XVIII
María Reyes Otí Otí

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
Valoración de necesidades de las personas con enfermedad renal en hemodiálisis en Cantabria
Magdalena Gándara Revuelta, Raquel Menezo Viadero, José Luis Cobo Sánchez, Raquel Pelayo Alonso, Mirian García Martínez y Ainhoa Aja Crespo

La actividad domiciliaria de la enfermera rural
Pilar Elena Sinobas y Rocío Cardeñoso Herrero

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN
La utilidad del sondaje vesical prequirúrgico en las artroplastias de rodilla y cadera
Sandra Larrauri Cantero, Carolina Zorrilla Varela, María Sanz González, Melissa Cavada Fernández, Mª Rosario Menéndez Ba, Pablo Gutiérrez de Rozas Astigarraga y Guadalupe García De Luis

Efectividad de la implantación de una consulta de enfermería en urgencias.
Ainara Carpio Coloma, Amaia Hidalgo Murillo, Naiara Lago Díaz, Gorane Muñoz Kaltzakorta, Sandra Onrubia Calvo y Irene Peribáñez Serna

EXPERIENCIA COMUNITARIA
Celebramos el Día Mundial de la Diabetes
Jannete Gil Laspiñas y Ángela Lombera Torre

AVANCES DE LA ENFERMERÍA EN ESPAÑA
Enfermería de práctica avanzada
Montserrat Carrera López y Mercedes Lázaro Otero

FUNDACIÓN de la ENFERMERÍA de CANTABRIA

Nuberos Científica

AÑO 2 NUM. 5 NOVIEMBRE 2011-FEBRERO 2012

REVISTA DE LA FUNDACIÓN DE LA ENFERMERÍA DE CANTABRIA

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

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

IMPRIME:
GRAFICAS J. MARTINEZ

FSC

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

PEFC

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

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

FECAN es la fundación creada por el Colegio de Enfermería de Cantabria dedicada a satisfacer las necesidades y condiciones de la profesión enfermera, así como a mejorar la calidad asistencial y organizativa de la sanidad, la salud y calidad de vida de los ciudadanos y a fomentar la participación de la sociedad en el autocuidado de su salud.

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

NUBEROS CIENTIFICA 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 colegiados 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.

DIRECTORA:

Pilar Elena Sinobas
Experta en Investigación de Cuidados.
Asesora de Investigación del Colegio de Enfermería de Cantabria. (Cantabria)

CONSEJO ASESOR:

Ana Rosa Alconero Camarero
Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora Titular de Enfermería de la Universidad de Cantabria. (Cantabria)

Rocío Cardeñoso Herrero
Experta en Investigación de Cuidados.
Presidenta del Colegio de Enfermería de Cantabria. (Cantabria)

Mario Corral García
Director de la Biblioteca Marquesa de Pelayo. (Cantabria)

Pedro Muñoz Cacho
Técnico de Salud Pública. Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria. (Cantabria)

Javier Velasco Montes
Licenciado y Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Interna. (Navarra)

COMITÉ CIENTÍFICO:

Teresa Aguirre Oteiza
Montserrat Carrera López
María Fuente Merino
Vanesa Martínez González
Soledad Ochoa Gutiérrez
Elena Rojo Santos

NUBEROS CIENTIFICA está incluida en las bibliotecas digitales de los principales hospitales de España.

NUBEROS CIENTIFICA se reserva todos los derechos de publicación de los trabajos que aparaecen 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.

SUMARIO

INVESTIGACIÓN HISTÓRICA

5 LA TRADICIÓN BENÉFICO-ASISTENCIAL DE LA VILLA DE LAREDO EN EL ANTIGUO RÉGIMEN: SIGLO XVI, XVII Y XVIII
María Reyes Otí Otí

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

12 VALORACIÓN DE NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD RENAL EN HEMODIÁLISIS EN CANTABRIA
Magdalena Gándara Revuelta, Raquel Menezo Viadero, José Luis Cobo Sánchez, Raquel Pelayo Alonso, Mirian García Martínez y Ainhoa Aja Crespo

18 LA ACTIVIDAD DOMICILIARIA DE LA ENFERMERA RURAL
Pilar Elena Sinobas y Rocío Cardeñoso Herrero

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

22 LA UTILIDAD EL SONDAJE VESICAL PREQUIRÚRGICO EN LAS ARTROPLASTIAS DE RODILLA Y CADERA
Sandra Larrauri Cantero, Carolina Zorrilla Varela, María Sanz González, Melissa Cavada Fernández, Mª Rosario Menéndez Ba, Pablo Gutiérrez de Rozas Astigarraga y Guadalupe García De Luis

27 EFECTIVIDAD DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS
Ainara Carpio Coloma, Amaia Hidalgo Murillo, Naiara Lago Díaz, Gorane Muñoz Kaltzakorta, Sandra Onrubia Calvo y Irene Peribáñez Serna

EXPERIENCIA COMUNITARIA

34 CELEBRAMOS EL DÍA MUNDIAL DE LA DIABETES
Jannete Gil Laspiñas y Ángela Lombera Torre

AVANCES DE LA ENFERMERÍA EN ESPAÑA

40 ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA
Montserrat Carrera López y Mercedes Lázaro Otero

44 NORMAS DE PUBLICACIÓN

47 AGENDA

44 CONVOCATORIA DEL PREMIO 'SOR CLARA' DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

NUBEROS CIENTÍFICA

Por la salud y seguridad de los pacientes

Ya se ha cumplido un año desde que esta publicación inició su andadura con el objetivo de difundir la producción científica de enfermería en todos los ámbitos y mejorar la comunicación científica entre los profesionales.

En este periodo y debido a las distintas temáticas de los trabajos recibidos, ha sido necesario incorporar nuevas secciones a la revista y también se han producido cambios en el Comité Científico. Aprovechamos la ocasión para despedir a Raquel Sarabia Lavín –que ha participado en el crecimiento de esta revistas a lo largo de este año con sus aportaciones e ideas– y dar la bienvenida a Elena Rojo Santos y Montserrat Carrera López como nuevos miembros.

También ha variado el Consejo Asesor, actualmente constituído por un equipo multidisciplinar que aportará avances y mejoras con el fin de lograr los objetivos que **NUBEROS CIENTÍFICA** tiene como metas.

Comienza el año 2012 y, según las previsiones, la crisis económica va a estar presente durante bastante tiempo. Es una época difícil pero entre todos –políticos, profesionales de la salud y ciudadanos– debemos decidir la sanidad que queremos, consensuando prestaciones y financiación entre otros aspectos, a sabiendas que nuestra profesión seguirá avanzando, tanto académica como profesionalmente, en la investigación en cuidados, en nuestro compromiso con la salud de las personas y en el fomento de la calidad del sistema sanitario.

INVESTIGACIÓN HISTÓRICA

La tradición benéfico-asistencial de la villa de laredo en el Antiguo Régimen: siglos XVI, XVII y XVIII.– El autor realiza una revisión bibliográfica de la atención prestada a los pobres y enfermos en la villa de Laredo en la época y nos permite conocer el tipo de asistencia que se realizaba en los hospitales de Laredo, el personal profesional al servicio del hospital y los materiales del que disponían para realizar la asistencia sanitaria.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Valoración de necesidades de las personas con enfermedad renal en hemodiálisis en Cantabria.– Un estudio descriptivo en personas en tratamiento con hemodiálisis muestra las necesidades personales, sanitarias y sociales de estos enfermos. Se debe considerar que algunos de ellos tienen una visión negativa y pesimista de su estado de salud. Tienen necesidades económicas, consideran que sus relaciones familiares han empeorado con la enfermedad y precisan ayuda de suplencia parcial para las ABVD.

Este trabajo enriquece el conocimiento profesional que se tiene de estos enfermos, que requieren cuidados especializados con perspectiva holística, ya que para la prestación de cuidados integrales no es suficiente con el conocimiento técnico-científico.

La actividad domiciliaria de la enfermera rural.– En este trabajo se realiza un estudio descriptivo transversal en la población del Ayuntamiento de Alfoz de Lloredo en Cantabria, para analizar las actividades domiciliarias que la enfermera realiza en función de su Cartera de Servicios y de las visitas procedentes de Atención Especializada, debido al aumento de la demanda asistencial en los últimos tiempos. Se considera también que la atención prestada dista mucho de contener la calidad deseada y que, en un futuro próximo, debería reorganizarse el sistema debido a las altas expectativas de envejecimiento poblacional.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

La utilidad del sondaje vesical pre-quirúrgico en las artroplastias de rodilla y cadera.– El propósito del estudio es demostrar que la realización de la técnica del sondaje vesical, sin factores adversos reduce la incidencia de infección urinaria. Si los datos obtenidos avalan la hipótesis de trabajo, seria de utilidad elaborar un protocolo de enfermería de sondaje vesical prequirúrgico en los pacientes que van a ser intervenidos de artroplastia total de rodilla o cadera, disminuyendo la incidencia de infección urinaria.

Efectividad de la implantación de una consulta de enfermería en Urgencias.– Este proyecto pretende comparar, en dos Hospitales del Sistema Vasco de Salud, el tiempo de espera y el tiempo medio de estancia en los pacientes con patologías leves atendidos en una consulta de enfermería del servicio de urgencias, frente a aquellos de idénticas características tratados rutinariamente.

EXPERIENCIA COMUNITARIA

Celebramos el Día Mundial de la Diabetes.– El artículo corresponde a una experiencia comunitaria pionera en Cantabria con resultados relevantes. Su organización y desarrollo se llevó a cabo por el Colegio de Enfermería en el contexto de su lema 'Cuidamos de tu salud' y en colaboración con el Ayuntamiento de Santander.

Experiencias de este tipo sirven para visibilizar la profesión enfermera y prestar cuidados a nivel de igualdad con la ciudadanía, además de enriquecer a los profesionales y a la población.

AVANCES DE LA ENFERMERÍA EN ESPAÑA

Enfermería de práctica avanzada.– Es un nivel de formación académica en Enfermería que, aunque no existe en nuestro país, es preciso tenerlo en consideración y debatir sobre el tema, ya que el desarrollo que tiene en países europeos y en USA presagia que también en nuestro entorno se iniciará a corto o medio plazo, aunque solo sea el debate y puesta al día.

Este original tiene como finalidad, precisamente, aportar información e inducir al debate.

Comité Científico

FUNDACIÓN de la ENFERMERÍA de CANTABRIA

Nuberos Científica

www.enfermeríadecantabria.com/nuberoscientifica

INVESTIGACIÓN HISTÓRICA

La tradición benéfico-asistencial de la villa de Laredo en el Antiguo Régimen: Siglos XVI, XVII y XVIII

Figura 3.– Hospital y ermita del Hospital Sancti Spiritus.

Autora:
María Reyes Otí Otí
Enfermera del Centro de Salud Alto Asón

Autor para correspondencia:
reyesoti@gmail.com

Recibido: Octubre 2011
Aceptado: Enero 2012

Resumen:

Los hospitales de Cantabria en el Antiguo Régimen (siglos XVI-XVIII) se caracterizaban por una serie de estructuras, recursos materiales, especialización del personal, controles de asistencia... que hasta la fecha no han podido ser bien estudiados por una escasez de documentación original sobre el tema.

El objetivo de este trabajo es el estudio de la tradición benéfico asistencial de la villa de Laredo a través de la revisión de una fuente documental del siglo XVIII como es el Libro de cuentas del 'Hospital Sancti Spiritus' de Laredo (1767-1798).

Este trabajo atiende a múltiples realidades de la atención a los pobres y enfermos de Laredo durante este periodo de tiempo, el cual ha aportado resultados relevantes para el conocimiento de las funciones asistenciales de los hospitales.

Para ello se han analizado dos hospitales. Por un lado estaba el Hospital de San Lázaro o de San Lorenzo, el cual se encontraba en los extramuros de la villa y atendía a los enfermos contagiosos. Por otro lado se encontraba el Hospital de Sancti Spiritus u 'Hospital de la Villa' que ejercía de hospital general.

Esta revisión se centra en la tradición asistencial, en el personal al servicio del hospital y en los medios que disponían para poder llevar a cabo las tareas hospitalarias.

Palabras clave:
- Hospitales
- Caridad
- Asistencia sanitaria

Abstract:

Cantabria's hospitals during the Old Regime (centuries XVI-XVIII) was characterized by a series of structures, material resources, staff expertise, assistance checks ...which have not been well studied by the lack of original documentation on the subject up to date.

The aim of this work is the study of the tradition of charity care through Villa de Laredo with a documentary source of the eighteenth century as the book of accounts of Sancti Spiritus Hospital of Laredo (1767-1798).

This work serves multiple realities of caring for the poor and sick people in Laredo at that time, which has provided us of relevant results to the knowledge of the care hospital roles.

In order to make this study, we have analyzed two hospitals. On the one hand, the San Lazaro Hospital or San Lorenzo which was outside the walls of the town and it attended the sick and contagious people. On the other hand, Sancti Spiritus Hospital or Hospital, which was like Villa General Hospital.

We have focused on the tradition of care, staff working in the Hospital furthermore the resources through which the hospitals carry out their tacks.

Keywords:
- Hospitals.
- Charity.
- Healthcare.

1.– INTRODUCCIÓN

Uno de los períodos más interesantes en nuestra región, en materia de investigación sanitaria y sobre la tradición asistencial a pobres y enfermos, es el período histórico conocido como el Antiguo Régimen, que comprende los siglos XVI, XVII y XVIII.

Antiguo Régimen fue el término que los revolucionarios franceses utilizaron para designar peyorativamente al sistema de gobierno anterior a la Revolución Francesa (1789), y que se aplicó a las monarquías europeas con régimen similar.

Este periodo se definiría como una formación económico y social, es decir, la combinación peculiar de formas de producción (transición entre el feudalismo y el capitalismo), relaciones sociales (oposición entre la sociedad estamental y la burguesía) y sistema político (monarquía absoluta).

Figura 1.– Libro de cuentas del Hospital Sancti Spiritus.

Este trabajo está basado principalmente en el análisis del libro de cuentas con cargo y data del 'Hospital de Sancti Spiritus de la Villa de Laredo'[1] (imagen 1 y 2), así como en revisiones y aportaciones del mismo hechas por otros autores, que cito en la bibliografía, libros de actas de la villa de Laredo[2], libro de fábrica de la iglesia parroquial de Santa María de Laredo[3].

El estudio de los hospitales en Cantabria en este período histórico es un tema prácticamente inexistente en la bibliografía re-

© Fundación de la Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2012

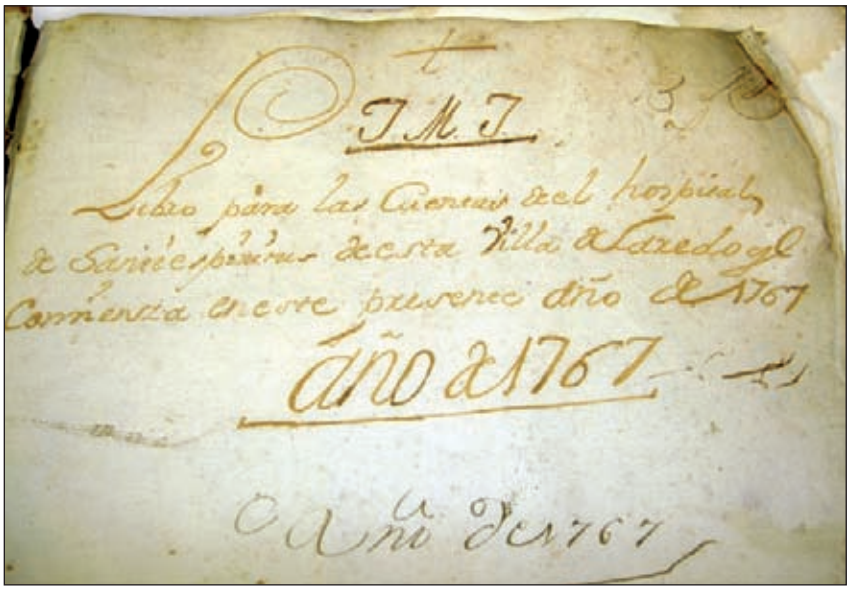


Figura 2.– Leyenda del libro de cuentas del Hospital Sancti Spiritus.

gional y eso me animó aún más al estudio de este tema tan apasionante como es el mundo de las instituciones hospitalarias, sabiendo que servirá como modelo y referencia para el análisis y conocimiento de otros hospitales regionales de la época.

Se ha pretendido ensayar una doble mirada sobre el espacio asistencial. En la primera, se ha procurado poner de relieve la conformación, desarrollo y naturaleza de las instituciones benéfico asistenciales de Laredo desde La Edad Media, a través de la investigación de los recursos materiales, estructura organizativa y prácticas asistenciales. En la segunda, se ha intentado poner de relieve la naturaleza socio histórica de estos mecanismos, a partir del examen de ciertos indicadores tales como los objetivos de la asistencia, control institucional de los enfermos y peregrinos o especialización del personal hospitalario.

2.– LA TRADICIÓN ASISTENCIAL EN LAREDO: EL HOSPITAL DE SAN LORENZO Y EL HOSPITAL DEL ESPÍRITU SANTO

De histórica y ejemplar se puede calificar la asistencia a pobres, enfermos y transeúntes en Laredo. Analizando los libros de actas de la primera mitad del siglo XVI[2], nos topamos con la primera sorpresa: Laredo tenía dos hospitales, uno dedicado a la caridad y otro a la beneficencia.

El primero, dedicado a San Lázaro o de San Lorenzo, que se ubicaba en la calzada de San Lorenzo el Viejo, estaba en extramuros de la villa y su especialización era el cuidado de enfermos contagiosos. Este lugar se conoce en la actualidad como el Pedregal, en el alto de Laredo, ya que el barrio de San Lorenzo se desplazó hace dos siglos desde este lugar a la parte baja de la villa, donde se encuentra en la actualidad. Según la documentación histórica, formaba el hospital, junto a la casa y ermita del mismo nombre, un complejo urbanístico unido hasta finales del siglo XVIII: *"Otrosí alló el dicho Señor Bisitador que la Yglesia de San Lorençio tiene byñas y heredades y así mesmo anda bacín e demanda no sólamente esta vylla pero en toda la marítima y distrito del obispado de Burgos y con tener lo susodicho de muchos años a esta parte no a abido quenta ni razón de que se ha seguido grande ofensa y a Dios daño y grande conciençia a la rrepública cristiana, máxime de aquellos que son patrones de la dicha Yglesia e Hospital a los quales el dicho Señor Bisitador exhortó e siendo necesario mandó so pena de excomunión de cada diez ducados aplicados de pobres a dispusición de su Ilustrísima a que dentro de dos meses que corran de la notificación de este mandamiento se ajunten los que son patrones de la dicha Yglesia y el Regimiento de la dicha bylla como solían antiguamente hazerlo y ajuntados tomen quenta con pago del mayordomo o mayordomos que an sydo e son de la dicha Yglesia y ansimesmo tomen quenta de lo que an cobrado los dichos mayordomos de limosna, así en este pueblo e fuera de él para que de todo aya quenta e razón y esté de manifiesto lo que dicha casa e Yglesia tiene para quando benga el primer bisitador del Ilustrísimo Cardenal alle las dichas quentas afinadas y se deshagan los agravios que asta aquí se an hecho en no lo aber echo…"*[3].

Su función principal era caritativa y consistía en acoger a los leprosos de la villa y de los alrededores. Esta casa, ermita y hospital, se mantenían de las limosnas que se recaudaban *"en toda la marítima y distrito del obispado de Burgos"*, según el visitador eclesiástico, así como del arrendamiento de las tierras y de la propia venta de los bienes de los enfermos. Era el Ayuntamiento el Patrono del citado hospital y quien se encargaba de su gestión a través de un mayordomo, aunque no se conserva ningún libro de cuentas y quizás, por eso, al recibir la visita eclesiástica del año 1571, el visitador general del Obispado de Burgos critica el que no se diera cuenta de lo ingresado por las limosnas.

La evidencia nos dice que el Hospital de San Lorenzo ya tenía esa ubicación, antes de que Felipe II en 1573 obligara a que los hospitales con personas de enfermedades contagiosas se construyeran en zonas extramuros de las villas donde no se provocara problemas a las demás población. Durante un tiempo, fueron los frailes mercenarios quienes de hospicio y morada asistían a la ermita de San Lorenzo, hasta que se les prohibió por Real Provisión y por la oposición de los clérigos de la villa y del Arzobispado de Burgos. Fueron maltratados los citados frailes *"por personas que llevaban armas de fuego y espadas, hiriendo y arrojando al suelo a muchos de los frailes, inducidos por el Cabildo Parroquial"*[4].

El segundo hospital estaba dedicado al Sancti Spiritus conocido como el 'Hospital de la Villa' (imagen 3). Estaba ubicado en la calle a la que daba nombre y se tiene constancia de su existencia por lo menos desde el siglo XIV. Hay documentos de que en el año 1382 Diego González construyó una torre en esta calle, *"Sancti Spíritus"* luego ya existía la ermita y hospital que daba nombre al lugar.

El 'Hospital de La Villa' fue reedificado y *"dotado"*, junto con su capilla, en el año 1787 por el benefactor de la villa D. Juan Antonio de la Fuente y Fresnedo, convirtiéndolo en el momento más próspero del mismo, tal como figura en la fachada del citado hospital y que podemos contemplar en la actualidad (imagen 4).

Este 'Hospital de La Villa' se fundó por una necesidad colectiva de los vecinos. Su sostenimiento según apreciamos en el le-

Figura 4.– Fachada del Hospital Sancti Spiritus.

gado histórico es de beneficencia, por un lado y de caridad por otro. A lo largo de su historia pasó por muchas vicisitudes y hubo momentos que se temió por su desaparición. Tal es el caso de la manifestación hecha en el año 1518 sobre el 'Hospital de Sancti Spíritus' por el licenciado Escalante al concejo, diciendo que *"esta perdido"* y que *"no le puede sustentar para acoger a pobre ninguno"*[5] y se lo entrega al ayuntamiento para que haga lo que crea conveniente. Para remediar esto el consistorio nombra a Fernando de Cañarte en 1519 como mayordomo del Hospital y en 1541 hace responsable del mismo a un regidor de la *"Casa Hospital de Sancti Spíritus"* junto con el abad de Mena[5].

Hubo etapas donde asistió a un gran número de personas, como se ve en el libro de cuentas del Ayuntamiento de Laredo de 1552 donde se registra *"dieronse 750 maravedís a la hospitalera del hospital de Sancti Spiritus dos ducados, los quales se le dieron por su trabajo a cusa de los muchos pobres que acudían, porque los sirbiese y les diese alguna leña"*. Sin embargo, siempre renació gracias, principalmente, a las rentas que tenía el propio hospital, a las donaciones de particulares y a las limosnas. Destaca como mayor benefactor don Juan Antonio de La Fuente y Fresnedo, que en su testamento de 1786 otorgado en Cádiz proveyó al hospital de mobiliario y enseres además de una renta para su mantenimiento, canalizado a través de la fundación que lleva su nombre.

Además, la labor profesional de las hospitaleras fue crucial para sacar adelante las necesidades que requerían los pobres, los enfermos y los transeúntes. Gracias a su abnegación y a su trabajo, pudieron mantenerse este tipo de hospitales en épocas de penurias económicas y de graves etapas donde las enfermedades causaron grandes estragos en la población de la villa de Laredo y de sus alrededores.

3– LAS HOSPITALERAS Y 'EL DEBER ASISTENCIAL DE LA MORALIDAD'

Las hospitaleras son las tradicionales enfermeras y así se denominan en el siglo XVI, XVII, XVIII y XIX en nuestra región. Entre sus funciones, además de la atención a los enfermos, se veían obligadas a mantener la moralidad dentro del Hospital; en muchas ocasiones perturbada por los peregrinos que venían de Europa y pernoctaban en el Hospital del Espíritu Santo para continuar camino hacia Galicia.

Como eje del Camino de Santiago de La Costa o Camino del Norte, Laredo, suponía una puerta abierta a Europa, como camino y vía de comunicación y peregrinación permanente. El Hospital del Espíritu Santo acogía así a numerosos peregrinos que acudían por mar y por tierra a Santiago de Compostela. El puerto de Laredo era uno de los más importantes del Cantábrico y tras la concesión del Fuero de 1200 a la villa se potenciaron no sólo las relaciones comerciales entre puertos sino el tránsito de personas, entre las que se incluían los peregrinos.

Las jerarquías eclesiástica y judicial de Laredo velaban por el acogimiento de las personas que transitaban por los caminos y obligaban a las hospitaleras y a las autoridades responsables del hospital no sólo a cuidar la salud corporal de los enfermos sino también a velar por la salud espiritual. Varios ejemplos de visitas al Hospital de La Villa donde se implica a las hospitaleras a velar por la moralidad se detallan a continuación:

- En el año 1576, el Licenciado Juan de Ugarte, capiscol de la Iglesia Colegial de Santander y Visitador General del Arzobispado de Burgos *"mandava e mandó a las hospitaleras que no acoxan a honbres e mugeres juntos sin que muestren testimonio de cómo son casados ante los curas e regidores del pueblo so pena de excomunión e que heran espelidas del dicho hospital"*[3].
- En el año 1767, en la visita realizada por Don Francisco Lasso Santos de San Pedro, obispo de Santander, revisó este libro de cuentas y acordó el ayuntamiento, *"como medio conducente a el buen régimen y ejercicio de caridad, reencargando a la persona que cuida de el hospital, trate con amor a los pobres, poniendo el maior cuidado en su asistencia y alivio, no permitiendo se queden en una pieza los de diversos sexos por las ruinas Espírituales que puede producir y todo lo cumplan so la pena de quarenta ducados que reincidiendo inovedientes sin remision se les exigiran y procederá a lo demás que haia lugar y por este auto"*[1].
- En una Provisión de La Real Chancillería de Valladolid de 15 de Marzo de 1771, sobre Laredo comunica que se efectuase *"el reconocimiento y observación de todos los peregrinos extranjeros desde distintos sitios que lleguen a este pueblo, procediendo al registro de su persona, reconocimiento de papeles y pasaportes con la mayor escrupulosidad y cuidado"*[6].
- A más abundamiento, en la visita del hospital del año 1779 se recomienda a las hospitaleras y personal de la dirección y gobierno del hospital que *"procuren con todo fervoroso cuidado y esmero en el mejor régimen y asistencia de los pobres y enfermos y que sean tratados con amor y caridad, evitándose todo motivo de ruina Espíritual"*[1].

En la Edad Media las vendedoras de pescado laredanas, conocidas como regatonas, mesquiteras o pejinas, estaban agrupadas en torno a otra antiquísima cofradía existente en Laredo desde la Edad Media, filial de la Cofradía de San Martín, denominada Cofradía de Sancti Spiritus o del Espíritu Santo, nucleada en torno a la ermita y hospital. Las mismas que no se libraban de la moralidad de la época, que no dudaron en subirse mucho las ropas cuando en las bajamares iban a los barcos a recoger la pesca y las redes, aunque hasta eso les fuera prohibido por las autoridades de finales de siglo XVIII *"por causar ruina espiritual"*. Del año 1779 es un bando municipal por el que se prohíbe tal práctica a las

© Fundación de la Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2012

mujeres bajo pena de 4 ducados y 8 días de cárcel[2].

El salario medio de las hospitaleras venia a ser de 88 reales por año en la segunda mitad del siglo XVIII. Y ese es el sueldo que se pagaba a Isabel de Salinillas, hospitalera en dicho Santo Hospital[1].

4– PERSONAL PROFESIONAL AL SERVICIO DEL HOSPITAL

A continuación se describen los más importantes:

4.1 Médico titular y cirujano. Era el médico y cirujano titular de la villa que asistía a los enfermos en el hospital y quien cobraba, por sus servicios, seis ducados anuales. En 1753 lo era Tomás Antonio de Cos Vallejo, intitulado *"cirujano y sangrador titular"*[7]. El salario y la casa del cirujano titular corrían a cuenta del Ayuntamiento, por la asistencia *"que hace a los pobres enfermos que se refugian al hospital"*.

4.2 Hospitaleras/os. A veces había algunos encargados del mobiliario y enseres que recibían esta denominación. Aunque la atención de los enfermos solía correr a cargo de las hospitaleras. Ambos cargos tenían una responsabilidad importante en el cuidado de los enfermos y en el control de los enseres, hasta tal punto que algunos de ellos se las tuvieron con la justicia por robar el material del hospital en el año 1774, *"a las personas que estuvieron presas por la sustración y robo que hicieron de las ropas del santo hospital que fueron María de la Serna Porres y Juana de Roldán López y Francisco de Quiñones y Santos de Porres estos como hospitaleros en el tiempo que estuvieron presos unos y otros hasta que se sentenció su causa"*[1].

A veces nos dan detalles pormenorizados sobre la limpieza de las ropas del hospital. Así vemos que en 1774 se da cuenta de los gastos de limpieza de la ropa del hospital. Sabemos por la lectura del manuscrito que se pagaba un real y diecisiete maravedís por sacar las ropas podridas fuera de la villa. Y también se pagaban catorce reales a tres mujeres por limpiar las ropas de dicho hospital y a una mujer por componer dichas ropas.

4.3 Boticario. Se encargaba de expender las medicinas al 'Hospital de La Villa'. Durante el período estudiado hubo dos boticarios: Domingo Ventura de Apraiz y Juan de Seña Sarabia. Aparece detallado el precio y refleja que a veces se pagaban al año y otras tardaban en pagarse mucho más tiempo. Así, a Domingo Ventura de Apraiz, por cuatro años de expender medicinas, se le abonan 697 reales y 6 maravedís. También en ocasiones, los boticarios, en aras a cobrar la deuda que tenían, rebajaban considerablemente sus deudas para poder cobrarlas y quedarse con la exclusiva del suministro. Tal es el caso del boticario Juan de Seña, que hace una sustancial rebaja por las medicinas que había suministrado al 'Hospital de la Villa de Laredo': *"Ydem, son data ciento veinte y siete reales importe de la medicina que Juan de Seña Sarabia ha suministrado de su botica en este año de 1779 a los pobres enfermos de dicho santo ospital pues aunque el todo de citada medicina heran doscientos y trece hizo la gracia de quatro nobenas partes en que esta ajustado para dar la medicina que sea necesaria en dicho hospital…127 reales"*[1].

4.4 Capellán. El cabildo eclesiástico de Santa María era el encargado de velar por la espiritualidad de los fieles y del control de sus testamentarías. La figura del capellán se mantuvo hasta el año 1930, cuando el Patronato del Hospital decidió prescindir de él por las reiteradas desobediencias a entregar los requisitos que se le pedían (las cuentas del Hospital) y fue sustituido por monjas hasta bien entrado el siglo XX, donde cayó en desuso definitivamente tras la construcción de la clínica-ambulatorio del dr. Palanca.

4.5 Mayordomo-administrador. Era el encargado de llevar las cuentas del hospital y su supervisión corría a cargo del Ayuntamiento de Laredo que era el Patrono del Hospital. Los ingresos del hospital se producían por sus propias rentas y por donaciones y limosnas. Los gastos principales se referían a medicinas, reparaciones del hospital, sueldos de empleados y alimentos para los enfermos y pobres. Siendo su salario de 100 reales anuales. Conocemos que el mayordomo llevaba otros dos libros, uno de censos afectos al hospital y otro con registro de las entradas, salidas, nacimiento, vecindad, *"y demás anotado de los enfermos que entran en dicho hospital"*. El parágrafo del legajo original dice: *"Y atento haverse presentado por dicho maiordomo otros dos libros en los que consta el encabezo de censos sus capitales y cobranzas en eluno y en el otro las entradas, salidas, nacimiento, vecindad, y demas anotado de los enfermos que entran en dicho hospital, firmado del medico titular y zirujano de esta villa lo aprobaba y aprobó su merced por citar con tada formalidad, asi por saverse dichos capitales, como para la formacion y ajuste de quentas y mandaba y mandó se lleben en adelante por el maiordomo que es o fuere iguales apuntes con firma en el libro de entradas de enfermos de referidos medico y cirujano"*[1], firmado por el médico titular y cirujano de la villa.

4.6 Secretario. Es el encargado de dar fe de las visitas que efectúan tanto del obispo de Santander como de la *'Justicia y Regimiento de La Villa'* para el control de los asuntos tocantes al hospital. El salario del amanuense era de 8 reales.

4.7 Procurador Síndico y Regidor Decano. Aparecen denominados de varias formas aunque su objetivo es el mismo, el control de cuentas, inventarios y todo lo tocante al hospital: Justicia y Regimiento. La justicia y los Regidores de la villa eran los encargados de velar porque todas las cuentas del hospital estuvieran bien tomadas por el mayordomo y del control e inventario de los bienes del Hospital.

4.8 Obispo de Santander. Era el encargado de realizar la visita pastoral anual y vigilar para que se cumpliera las normas morales y religiosas de la época.

4.9 Juez. Había un juez de instrucción de la villa y, a veces, se recoge la figura del Juez interino del Hospital que era el encargado de resolver todos los asuntos jurídicos que afectaban al citado Hospital.

4.10 Chico de la Limosna del Vino. A veces, se requería el servicio de personal auxiliar que ayudara en las tareas de recaudar limosnas como la del vino.

5– CONCLUSIONES

El libro de cuentas del Hospital del Espíritu Santo de Laredo no solo nos pormenoriza, meticulosamente, los ingresos y los gastos del hospital, sino que también nos aporta información sobre los enfermos, características del edificio, los deudores censualistas, el mobiliario y los enseres, las visitas eclesiásticas, el perfil de las personas a las que se asiste, también el perfil de las personas que atienden a los enfermos… Inclusive, aporta datos muy curiosos que nos demuestra que todavía en esta época se cazaba ballena en aguas del Cantábrico y con su aceite asistían a los más enfermos o en peligro de fallecimiento.

6– BIBLIOGRAFÍA

1. Libro de cuentas con cargo y data del hospital de Sancti Spiritus de la Villa de Laredo dadas por el mayordomo del citado hospital 1767, Junio, 6 – 1798, Enero, 13. Archivo Municipal de Laredo.
2. Libros de actas del Ayuntamiento de Laredo 1514-1519. Archivo Histórico Provincial de Cantabria.
3. Libro de fábrica de la iglesia parroquial de Santa María de Laredo. Años 1561 a 1596. Colección Eduardo de la Pedraja. Biblioteca Municipal de Santander.
4. Basoa M. Laredo en mi espejo: villante, la ciudadela y la villa del bastón. Laredo; 1932.
5. Ortiz J, Brigido B. Historia de Laredo. 1ª edición. Laredo: Ayuntamiento de Laredo; 1999.
6. Barreda F, Casado JL, González MC. Las rutas jacobeas por Cantabria. 1º edición. Santander: Consejería de Cultura, Educación y Deporte de Cantabria; 1993.
7. Brigido B. La puebla Vieja y el Arrabal de la Villa de Laredo. Configuración urbana y realidad social de Laredo (Siglo XVIII). Ayuntamiento Laredo; 2008.

Anexo 1– Inventario de alhajas y efectos del Hospital de la Villa de Laredo en 1774

"Todos los quales efectos y alajas que expresa el ymbentarioque antezede y asi bien las escripturas que ygualmente resultan por dicho ymbentario de este libro confieso yo Matheo de Rascon Rascon haver recibido todo lo dicho y para que conste lo firmo en esta villa de Laredo y febrero 1º de 1774. Matheo Rascon Rascon"[1]:

"Primeramente dos colchones de telrriz nuebos de por usar con su lana correspondiente
Tres cojines el uno nuevo, y dos algo usados con su lana
Dos camisas de telrriz nuebas para colchones sin lana
Dos cojines de lo mismo, nuebos, sin lana
Una manta blanca nueba
Otra dicha mui arrelada tambien blanca
Otra manta remendada
Dos biejas tambien blancas
Dtras dos mui usadas
Otra manta verde mui usada
Un colchon de Lienzo de estopa con su lana
Ocho trabeseras mui usadas las cinco con lana y las tres con pluma
Otro cojin roto con su lana
Otra trabesera mui usada con su lana
Siete jergones los seis llenos de paja y el uno su tela de lienzo y los demas de arpillera
Una cuja, armada, de uso, y barios pedazos de otros restos
Dos bancos y una mesa
Tres platos de tierra blancos y quatro xicaras
Onze sabanos nuebos
Veinte y un sabanos biejos mui usados
Una sabana para cubrir las arrolas
Dos camisas más de colchones biejos
Quarenta y tres almuadas de lienzo usadas
Dos rodapieses mui usados
Dos paños para limpiar las manos de lienzo
Dos manteles de altar usados
Un ornamento para decir misa mui biejo
Un misal de buen serbir
Un caliz de plata con su patena y cuchara todo de lo mismo
Una caldera de cobre que sirbe para limpiar la ropas
Una jeringa con su caja"

© Fundación de la Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2012

Anexo 2– Inventario de alhajas y efectos del Hospital de la Villa de Laredo en 1785

"Cuio ymbentario nosotros Dn Thomas de Mondoño y Dn Manuel de Albarado Zarauz, rexidores capitulares de esta villa de Laredo, hemos ejecutado con la legalidad y imparcialidad devida y correspondiente, en virtud del encargo que se nos confirió del zitado imbentario quedan en poder de Dn Matheo Rascon como maiordomo y administrador del explicado hospital de que firma su escribano en dicha villa de Laredo a veinte de septiembre de mil setecientos ochenta y seis (rubricas). Tomás de Mondoño Casuso. Manuel Antonio de Albarado Zarauz. Matheo de Rascon Rascon"[1]

"Primeramente un caliz con su patena y cuchara de plata
Un misal, una ara, un terno compuesto de amito, alba, estola, manipulo y casulla muy viejo y dos manteles de altar
Nuebe trabeseras mui viejas y rotas con el relleno de lana y algunas de pluma
Siete gergones, los seis de arpillera, y el otro de lienzo viejo
Otros tres muy biejos
Trece sabanos muy usados y algunos rotos
Otros trece sin rotura y algunos de por mojar
Quatro sabanas muy usadas y algunas remendadas
Dos cochas nuebas, aunque ya mojadas
Siete mantas, una berde, mui rotas y apolilladas
Dos cogines con el rrelleno de lana
Seis camisones para hombres
Quince camisas de muger, siete vageras y ocho de medio ariva
Treinta y seis fundas de varias clases mui viejas y algunas rotas
Tres rodapies, 2 de lienzo y el otro de lana berde
Un colchon su tela de lienzo ya remendado, y el relleno de lana
Otros dos colchones y el relleno de lana, su tela de terliz, de buen servicio
Dos telas para colchones nuebas
Otras dos para cogines, todas de terliz
Una caldera de cobre mui usada como de arrada y media
Un perol de buen servicio
Un cazo tambien de buen servicio
Una sarten.
Un perol viejo y roto
Dos candiles
Dos vasos de cristal
Cinco gorros o cofias para la cabeza
Seis vendas
Una mesa con dos gabetas mui vieja
Dos bancos respaldos mui viejos
Una cuja crecida mui vieja
Una geringa
Ocho platos de tierra blancos
Quatro orinales blancos
Una docena de tazas"

Anexo 3– Inventario de mobilario y enseres donados por Juan Antonio de la Fuente y Fresnedo al Hospital del Espíritu Santo1

Los dos inventarios anteriores, se completan con un tercer inventario con la donación hecha por el benefactor de la villa de Laredo y del 'Hospital del Espíritu Santo', D. Juan Antonio de la Fuente y Fresnedo (Testamento de Don Juan Antonio de la Fuente y Fresnedo, otorgado por su apoderado Don Lucas Hontañón, 1786, Diciembre, 25. Cádiz. Archivo Histórico Provincial de Cádiz).

"Relación o ymbentario de los efectos que Doña Josefa Ysabel Gutierrez, vezina de esta villa, entregó de orden de Dn Lucas Ontañon , vezino de la ciudad de Cadiz, y testamentario de el difunto Dn Juan Antonio de la Fuente para el santo hospital de esta villa a los diputados expresados en el decreto antezedente, quienes los pasaron al actual mayordomo de dicho hospital Dn Matheo de Rascon que firma aquí el correspondiente recibo de su cargo a saber: Primeramente trece catres de madera de pino y castaño, diez camas compuestas de diez jergones, diez colchones, veinte sabanas, diez mantas, las ocho de Palencia, y las dos de ylo blanco de granillo, diez y seis cogines de terliz, y otras tantas almohadas blancas, diez rodapies, diez cortinas para cinco alcobas, doze serbilletas de lienzo para comer los enfermos, cuatro paños de manos, doze bendas, doze mudas de camisas, las seis para muger, y las otras para hombre, un perol amarillo, y un cazo, dos candeleros de metal amarillo, todo lo dicho nuebo y sin usar, dos sillas para hombre, y dos chiquitas para muger".

FUNDACIÓN de la ENFERMERÍA de CANTABRIA

Nuberos Científica
www.enfermeríadecantabria.com/nuberoscientifica

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Valoración de necesidades de las personas con enfermedad renal en hemodiálisis en Cantabria

Autoras:
Magdalena Gándara Revuelta
Raquel Menezo Viadero
José Luis Cobo Sánchez
Raquel Pelayo Alonso
Mirian García Martínez
Ainhoa Aja Crespo

Enfermeras de la Unidad de Diálisis del Servicio de Nefrología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Autora para correspondencia:
magdalenagr@hotmail.com

Recibido: Enero 2012
Aceptado: Enero 2012

© Fundación de la Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2012

RESUMEN

El aumento de la esperanza de vida genera poblaciones más ancianas, con mayores necesidades y demandas, no solo sanitarias, sino también sociales y emocionales.

El objetivo fue el de valuar el perfil del paciente en hemodiálisis de Cantabria y las necesidades que los propios pacientes sienten que tienen.

Para ello, se realizó un estudio descriptivo y transversal en pacientes en hemodiálisis en Cantabria. Se elaboró expresamente para este estudio un cuestionario de 30 preguntas cerradas, que evaluaban 3 aspectos: datos sociodemográficos, estado de salud y grado de dependencia. Se estudiaron 70 pacientes.

La edad media 65 años (70% hombres y 78% jubilados). Su principal fuente de ingresos son las pensiones contributivas y por jubilación de su familiar.

Casi la mitad de los pacientes tienen dos o más problemas de salud además de la enfermedad renal. Todos precisan de algún tipo de ayuda para las actividades de la vida diaria, principalmente para el autocuidado.

Como conclusión, se puede afirmar que los pacientes en hemodiálisis de nuestra comunidad son más mayores, con mayor patología asociada y nivel de dependencia. Esto hace imprescindible que se generen estructuras que protejan a las personas, no solo de la enfermedad sino que además tengan una cobertura social que les ayude a vivir más pero también mejor.

Palabras clave:
- Diálisis renal.
- Atención de enfermería.
- Evaluación de necesidades.
- Fallo renal crónico.
- Dependencia.

ABSTRACT

Increased life expectancy generates elderly populations with greater needs and demands, not only health needs, but also social and emotional needs.

To evaluate hemodialysis patients profile in Cantabria and needs that patients themselves feel.

Cross-sectional study in hemodialysis patients of Cantabria. A survey was developed specifically for this study with 30 closed questions. It evaluates 3 aspects: socio-demographic data, health status and degree of dependency. Seventy patients were studied.

Mean age 65 years old, 70% men, 78% retired. Their main source of income is contributory pensions and retirement pension of a family member. Nearly half of patients have two or more health problems as well as kidney disease. Everyone require some type of assistance with daily living activities, mainly for self-care.

Hemodialysis patients in our community are older, with great comorbidity and level of dependency. This makes it imperative to generate structures that protect people, not just from the disease but also have social security coverage to help them live longer but also better.

Key Words: renal dialysis, nursing care, needs assessment, kidney failure chronic, dependency.

Keywords:
- Renal dialysis
- Nursing care
- Needs assessment
- Kidney failure chronic
- Dependency

1.– INTRODUCCIÓN

De todos es sabido que el aumento de la esperanza de vida genera poblaciones cada vez más ancianas y con mayores necesidades y demandas, no solo sanitarias, sino que además existe un aumento de las necesidades sociales y emocionales.

Lo que ocurre en las unidades renales es un reflejo de nuestra realidad social y las enfermedades crónicas representan el reto fundamental de nuestros sistemas sanitarios.

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye un importante problema de salud en la actualidad, tanto por su elevada prevalencia, como por su importante morbi-mortalidad cardiovascular, con los costes sociales y económicos que esto implica.

Según el Registro Español de Enfermos Renales, la ERC tiene una incidencia de 119 ppm (139 ppm en mayores de 15 años) y una prevalencia de 1039 ppm en España en el año 2010[1]. Según este registro, la prevalencia y la incidencia de la ERC ha aumentado de forma progresiva en los últimos 10 años, esto debido principalmente al envejecimiento de la población (en la población anciana la ERC es 10 veces más frecuente) y a la alta de tasa de enfermedades cardiovasculares, como la diabetes y la hipertensión.

La mayor eficacia de los tratamientos, el aumento de la esperanza de vida y el incremento de la comorbilidad que conlleva, supone un reto para la gestión sanitaria. La edad media de entrada en diálisis se sitúa en torno a los 55 años, pero los mayores de 65 años suponen ya más de un 50% de los que inician el tratamiento[1-3].

Los pacientes que deben someterse a tratamientos sustitutivos altamente invasivos involucran cambios de vida en los ámbitos físico, psicológico y social, tanto para el paciente como para su familia. Las diferentes modalidades de tratamiento sustitutivo renal (hemodiálisis y diálisis peritoneal), tienen diferentes repercusiones en las personas[4]. Para las personas en hemodiálisis (HD), la diálisis se convierte en el eje de su vida, implicando grandes restricciones. Las que están en diálisis peritoneal (DP) tienen más flexibilidad en horarios y menos restricciones para los desplazamientos, pudiendo alcanzar una mayor compatibilidad con otras responsabilidades. La diálisis conlleva

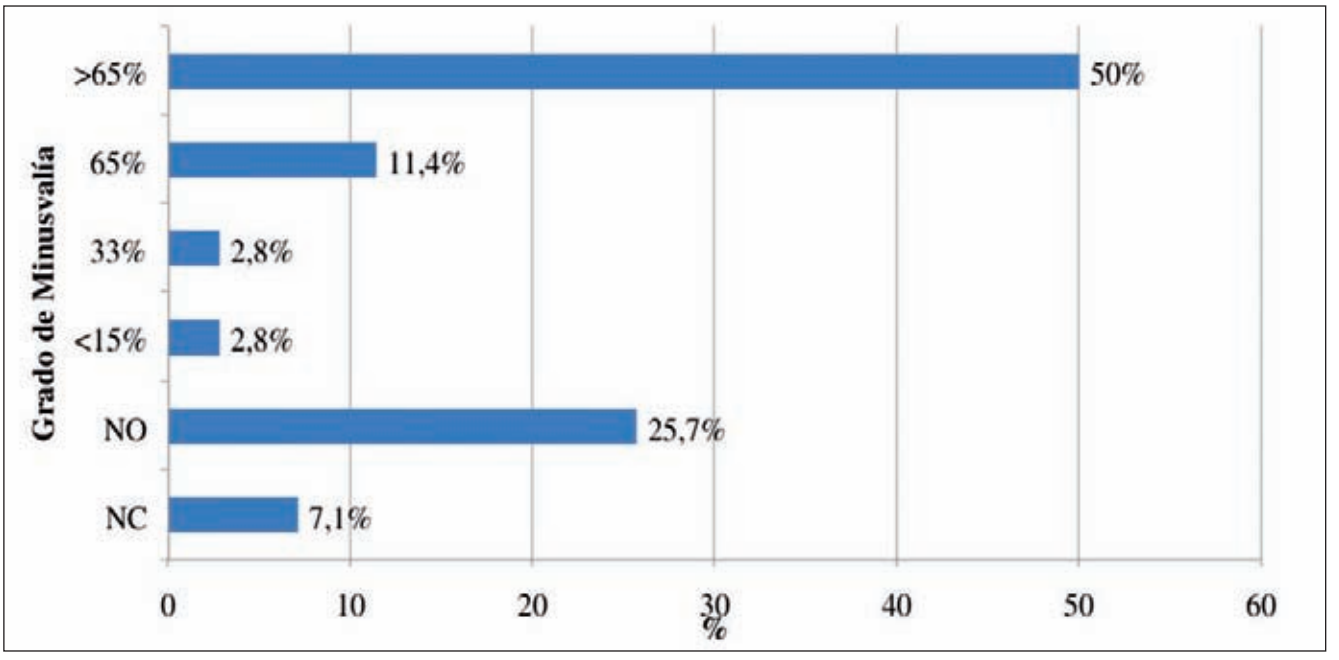


Gráfico 1.– Grado de minusvalía laboral (NC: no contesta)

cambios adversos, ante los cuales las personas ponen en marcha pensamientos y acciones para afrontarlos, por lo que unos consiguen encontrar una vida más o menos satisfactoria mientras que otros se sumen en el pesimismo y el abandono. Estas diferencias se pueden explicar por las llamadas estrategias que Lazarus y Folkman han definido como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que un individuo realiza para 'manejar' las demandas externas e internas y que son evaluadas como algo que agrava o excede los recursos de la persona[5].

El profesional posee el conocimiento sobre la enfermedad, pero el paciente es un experto en vivir con ella. Y vivir con una enfermedad crónica es un reto diario. Esto hace que sea esencial tener en cuenta la perspectiva del paciente a la hora de planificar y organizar los procesos asistenciales.

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar el perfil del paciente en HD en Cantabria y conocer cuáles son las necesidades que los propios pacientes sienten que tienen, ya que muchas veces estas difieren de lo que pensamos los profesionales.

2.– MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo transversal entre la población de pacientes en tratamiento renal sustitutivo con HD en Cantabria durante el año 2009. Se incluyeron todos aquellos pacientes que aceptaron participar en el estudio y otorgaron su consentimiento informado.

Para evaluar el perfil y las necesidades sentidas por este colectivo, se elaboró un cuestionario específico confeccionado por miembros de la asociación ALCER Cantabria, que constaba de 30 preguntas de elección múltiple, en donde se evaluaban 3 aspectos: datos socio demográficos (edad, género, nivel de estudios, situación laboral y económica, situación familiar), evaluación de su estado de salud y grado de dependencia.

El cuestionario fue distribuido por el personal de enfermería entre los pacientes en HD de nuestra comunidad: esta población abarca un total de 192 pacientes de los que respondieron al cuestionario 70 pacientes que, por sus facultades físicas y sensoriales, lo permitían, siendo incluidos en el estudio. Las respuestas del cuestionario fueron totalmente anónimas.

Para analizar los resultados del cuestionario, las respuestas se incluyeron en una base datos tipo Excel, realizándose un análisis descriptivo de las mismas (media y desviación estándar para las variables cuantitativas; frecuencia y porcentajes para las variables cualitativas).

3.– RESULTADOS

La edad media de los encuestados fue de 65,15 años, con un rango de 25 a 89 años. El 70% fueron hombres y la mayoría (64%) tenía estudios primarios o ninguna formación académica. El 78% refería estar jubilado y el 62% viven en pareja.

De las respuestas a las preguntas sobre su situación económica, podemos decir que la principal fuente de ingresos del paciente son pensiones contributivas y pensiones por jubilaciones para sus familiares, siendo los pacientes laboralmente activos anecdóticos en nuestro entorno. El 11,4% de los pacientes dice no percibir ingresos, así como un 20% de los familiares. Los ingresos medios de la familia son iguales o inferiores a 1.200 euros en el 52,6% de nuestros pacientes y alrededor de un 10% sus ingresos son inferiores a 600 euros.

A la pregunta sobre que opinan de su situación económica, casi la mitad de los pacientes (48%) responden que no es ni buena ni mala, pero si contestan muy mala o mala un 25% de los encuestados.

Respecto a la valoración que realizan sobre si tienen medios suficientes para afrontar los gastos de su enfermedad, un 44% consideran que no, a pesar de que un 70% no tiene gastos en

© Fundación de la Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2012

medicamentos.

Cuando se les pregunta acerca el grado de minusvalía reconocido, la mitad de los pacientes responden que tienen reconocido más del 65% y la incapacidad laboral reconocida en sus diferentes grados ya sea total, absoluta o gran invalidez también la tienen la mitad de los pacientes (gráficos 1 y 2).

En cuanto a otras enfermedades que padecen, los encuestados refieren mayoritariamente hipertensión arterial (45,7%), problemas circulatorios (34,2%), problemas ópticos y cardíacos (30%) y artrosis (24%). Otros problemas de salud referidos son diabetes (21%), problemas psicológicos (18,5%), osteoporosis (17,4%), problemas digestivos (15,7%), trastornos de la glándula tiroides (10%) y problemas hepáticos y pulmonares (5,7%). Casi la mitad tiene al menos dos problemas de salud y el resto más de tres. Respecto a los problemas de salud ligados a la enfermedad, el 54% refiere la hipertensión arterial, 37,1% insomnio, 27% problemas con el acceso vascular para HD, 24% diabetes y 20% disfunción sexual. Sólo el 11% no refiere ningún problema de salud asociado a la ERC.

De los 70 pacientes estudiados, 11 vuelven a diálisis después de un trasplante.

El 37% llevan entre 2 y 4 años en tratamiento sustitutivo con HD, un 11,4% llevan entre 14 y 16 años en tratamiento y un 7% más de 20 años.

Esto hace que su actitud hacia la enfermedad varíe y dependa del momento, aunque un 23% se siente pesimista prácticamente siempre.

Del conocimiento de la dieta que deben de seguir, afirman tener suficientes conocimientos el 84% de ellos. El grado de cumplimiento del régimen terapéutico se muestra en el gráfico 3.

En cuanto a las relaciones familiares piensan mayoritariamente que no existen cambios como consecuencia de la enfermedad, salvo un 20% que afirman que su relación ha empeorado; pero casi la mitad de los pacientes sí valoran que la calidad de vida de su familia ha empeorado algo o mucho.

En el gráfico 4 se muestra la valoración de los pacientes de su estado de salud: el 78% tiene una visión negativa contestando que es regular o malo.

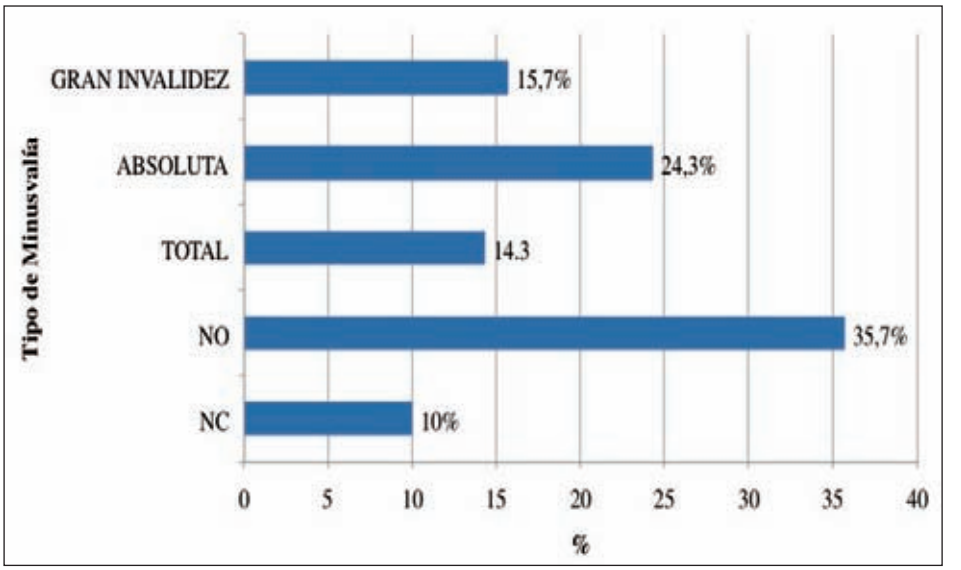


Gráfico 2.– Grado de minusvalía ofialmente reconocido (NC: no contesta)

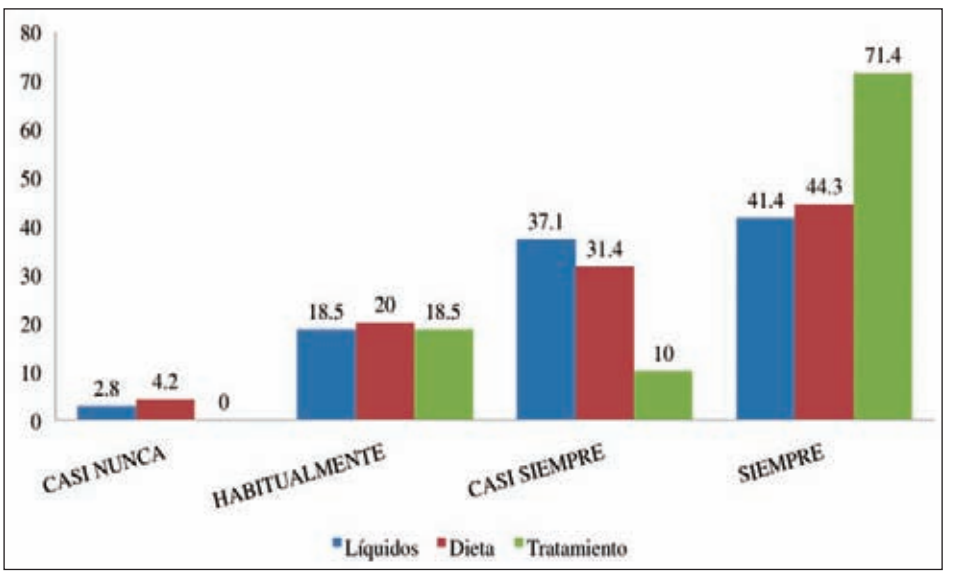


Gráfico 3.– Grado de cumplimiento del régimen terapéutico.

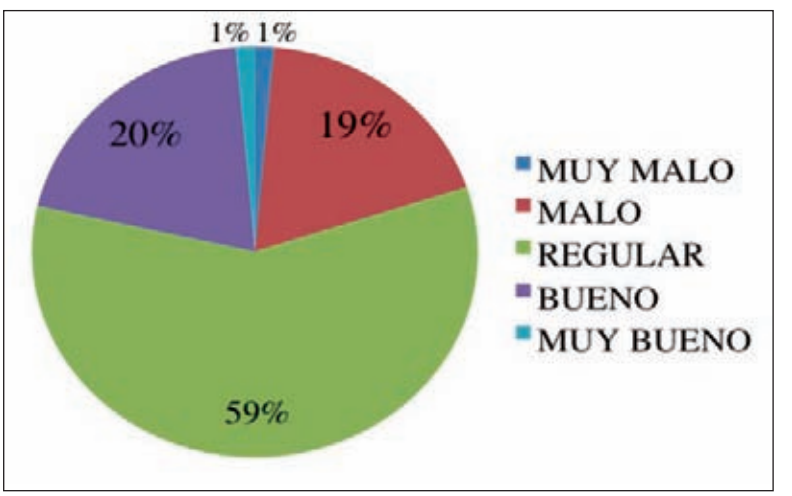


Gráfico 4.– Valoración del estado de salud.

En la tercera parte del cuestionario, las preguntas se refieren a la necesidad de ayudas y que clases de ayudas. Todos los pacientes refirieron que precisaban de algún tipo de ayuda para las actividades de la vida diaria: el 64% necesita ayuda para el cuidado doméstico, el 47% para el cuidado de la salud y para realizar trámites, el 39% para el cuidado personal, el 36% para su movilidad, el 23% precisa ayuda económica y el 3% para comunicarse. El 40% necesita tres o más tipos de ayuda. Este apoyo lo otorga principalmente la familia y lo definen como adecuado el 90%.

4.– DISCUSIÓN

El perfil del paciente de nuestro estudio coincide con el perfil actual del paciente renal y de la población de Cantabria: añoso y con mucha comorbilidad[1,6]. La edad es un factor a tener en cuenta en cuanto a la progresión de la ERC, pero no el único. La epidemia de la diabetes o el aumento del síndrome metabólico por obesidad y sedentarismo, además de otras enfermedades cardiovasculares, incrementan el riesgo de padecer ERC[7].

El nivel de ingresos del grupo de pacientes estudiado es bajo y consideran por lo tanto que su situación económica es deficiente. En un estudio similar realizado entre pacientes en HD y trasplantados renales en Córdoba, presentaban una situación económica muy similar, con un 70% de pacientes con ingresos inferiores a 1.200 €/mes (50% con menos de 900 €/mes) y cuya principal fuente de ingresos en el hogar corresponde a algún miembro de su familia, al igual que ocurre en nuestra muestra[8]. Es decir, el paciente en HD depende económicamente, en su mayoría, de algún miembro de la unidad familiar.

En general, nuestra muestra refiere una percepción negativa de su estado de salud. En un reciente estudio realizado entre los pacientes en HD de nuestra unidad, la percepción del estado de salud no se correlacionaba con el nivel de ingresos de forma directa, pero sí de forma inversa con problemas en el cuidado personal[9]. Sin embargo, Kao y Cols[10] estudiaron a 861 pacientes en HD y observaron que unos ingresos mensuales más altos y el aumento de las actividades sociales están asociados con la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud. Lo que parece claro es que el nivel de ingresos, que es una variable modificable, influye de forma directa en la convivencia con una enfermedad crónica y, por lo tanto, se han de hacer esfuerzos para disminuir esa desigualdad en salud.

Nuestros resultados confirman los datos aportados por otros estudios: los pacientes en HD tienen un alto grado de dependencia, sobre todo funcional y precisan de mayores cuidados, tanto en las salas de HD como en el hogar[11-14]. La compatibilidad de la vida con una enfermedad no es sencilla y menos aún con una enfermedad crónica como la enfermedad renal que siempre, como hemos visto, implica a la familia y modifica, tanto, la vida personal del paciente como la de su entorno.

Generalmente, el mundo de la persona se desmorona y obliga a la readaptación ante la nueva situación, existen cambios en la vida laboral y de relación, en el rol familiar, en la vida social, aparece una dependencia física con múltiples visitas al hospital, dependencia de una maquina o de un tratamiento que necesita de varias horas diarias, cambios en la alimentación y restricciones importantes de líquidos. También aparece dependencia emocional y económica[15].

Las personas viven más años, pero con más enfermedades y limitaciones crónicas. Si añadimos que en el proceso de envejecimiento son frecuentes los cambios físicos y cognitivos, la disminución de las habilidades en la movilidad y en la velocidad de razonamiento, la existencia de pérdidas visuales y auditivas, que producen un aumento de la vulnerabilidad en situaciones que pueden ocasionar daño, como un aumento del riesgo de caídas o falta de seguridad, con las consecuencias negativas que conllevan[16].

Además, los cambios en el modelo de la estructura familiar actual, que hacen que disminuya este tipo de apoyo, y la incorporación de la mujer al ámbito laboral, qué tradicionalmente asumían el cuidado de los familiares enfermos, hace necesario una revisión del sistema tradicional de atención. Como enfermeras, debemos procurar que el cuidado del paciente renal esté cubierto no sólo durante su estancia en la sala de HD, sino también en el hogar.

Según el modelo de Orem[17], el autocuidado es la acción o conjunto de acciones que el ser humano realiza de forma intencionada para sí mismo o para otros que dependen de él, con el fin de promover y mantener la vida, la salud y el bienestar. Es decir, no sólo debemos trabajar con el paciente, sino que debemos integrar a la familia/cuidador en el cuidado de nuestros pacientes, manteniendo una comunicación fluida. Esto nos ayudará a mejorar el seguimiento del régimen terapéutico, que como hemos observado, en muchas ocasiones no se lleva a cabo de forma exhaustiva. La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza[18]. Ochando y Cols[19] refieren que las principales causas de no adhesión al régimen terapéutico en los pacientes en HD son el olvido y los efectos secundarios.

5.– CONCLUSIONES

A la vista de nuestros resultados podemos decir que hoy en día los pacientes en HD son más mayores, con mayor patología asociada y nivel de dependencia.

Esto hace imprescindible que se generen estructuras que protejan a las personas no solo de la enfermedad sino que, además, tengan una cobertura social que les ayude a vivir más y también mejor. Las políticas sanitarias y sociales deberán ir encaminadas a apoyar estrategias para mejorar la vida del paciente y de su familia.

La enfermería deberá adaptar y actualizar sus conocimientos a las necesidades tan cambiantes de los pacientes en HD. El cuidado del paciente renal es una responsabilidad compartida entre el paciente, la familia y los profesionales de enfermería. Trabajar junto a la estructura familiar es vital para mejorar la adherencia terapéutica.

6.– AGRADECIMIENTOS

Agradecemos muy especialmente a los pacientes que aceptaron participar en este estudio con sus respuestas, así como a la asociación ALCER y al personal de Dialsan por su colaboración en la realización de las encuestas.

© Fundación de la Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2012

7.– BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Nacional de Trasplantes, Sociedad Española de Nefrología. Informe de Diálisis y Trasplante 2010. Registro Español de Enfermos Renales. [Internet] Madrid: Sociedad Española de Nefrología; 2011 [acceso 15 Noviembre 2011]. Disponible en: http://www.senefro.org/modules.php?name=webstructure&idwebstructure=128
2. Alonso R. Cambios en el perfil clínico de los pacientes en hemodiálisis. En: Domingo Cebrián E, Marti i Monros A. Nuevo perfil del paciente renal; un reto para los profesionales. VII Seminario Español de la EDTNA/ERCA. Valencia: Hospital General de Valencia, 1997. pp. 31-40.
3. Contreras MD, Ribero MF, Jurado MJ, Crespo R. Perfil actual del paciente en hemodiálisis hospitalaria. Análisis de sus necesidades. Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2004; 7(1): 56-61.
4. Tobita I, Hyde C. Quality of life research: a valuable tool for nephrology nurses. J Ren Care 2007; 33(1):25-9.
5. Ruiz de Alegría-Fernández de Retana B, Basabe-Barañano N, Fernández-Prado E, Baños-Baños C, Nogales-Rodríguez MA, Echavarri-Escribano M y cols. Calidad de vida y afrontamiento: diferencias entre los pacientes de diálisis peritoneal continua ambulatoria y hemodiálisis hospitalaria. Enferm Clin 2009; 19 (2):61-8.
6. Consejo Económico y Social de Cantabria. Memoria socioeconómica y laboral de Cantabria 2008. Santander: Consejo Económico y Social de Cantabria; 2009.
7. Górriz Teruel JL, Otero González A. Impacto socio sanitario de la enfermedad renal crónica avanzada. Nefrología 2008; Supl 3: 7-15.
8. ALCER Córdoba. Situación y necesidades de los pacientes con insuficiencia renal crónica de Córdoba y provincia. Córdoba: ALCER; 2006.
9. Cobo Sánchez JL, Pelayo Alonso R, Ibarguren Rodríguez E, Aja Crespo A, Saenz de Buruaga Perea A, Incera Setién ME, y cols. Factores sociológicos y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en hemodiálisis. Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2011; 14 (2): 98-104.
10. Kao TW, Lai MS, Tsai TJ, Jan CF, Chie WC, Chen WY. Economic, social, and psychological factors associated with health-related quality of life of chronic hemodialysis patients in northern Taiwan: a multicenter study. Artif Organs. 2009; 33(1):61-8.
11. Cobo Sánchez JL, Pelayo R, Sánchez MS, Alonso R, Menezo R, Gándara M y cols. Repercusión del grado de dependencia de los pacientes en hemodiálisis sobre la carga de trabajo de enfermería. Rev Soc Esp Enferm Nefrol2008;11(1):6-11.
12. Hernández V, Palacios G, Rubio FJ, Porras G Rodríguez J, Uguet M y Fernández M. Evaluación del grado de dependencia de los pacientes en hemodiálisis mediante el test Delta. Libro de comunicaciones XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica; Córdoba 1-4 Octubre 2006. Barcelona: Hospal; 2006 p. 371-381
13. Camps Ballester E, Andreu Periz L, Colomer Codinachs M, Claramunts Fonts L, Pasaron Alonso M. Valoración del grado de autonomía funcional de pacientes renales crónicos según índices de Barthel, Lawton y baremo de Ley de Dependencia. Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2009; 12 (2): 104-110.
14. Arenas MD, Álvarez Ude F, Angoso M, Berdud I, Antolín A, Lacuela J y cols. Valoración del grado de dependencia funcional de los pacientes en hemodiálisis (HD): Estudio multicéntrico. Nefrología 2006; 26(5): 600-608.
15. Cukor D, Cohen SD, Peterson RA, Kimmel PL. Psychosocial aspects of chronic disease: ESRD as a paradigmatic illness. J Am Soc Nephrol. 2007; 18(12):3042-55.
16. Alonso Pérez L, Ezkurra Loyola A, Amilibia Garaizabal L, González Ignacio A, Guridi Amenabar M. Nivel de dependencia de los pacientes ingresados. Metas de Enferm 2006; 9(8): 18-24.
17. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en Enfermería. Madrid: Elsevier; 2007.
18. Martín Alfonso, L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública 2004; 30(4):14-20.
19. Ochando García A, Royuela García C, Hernández Meca ME, Lorenzo Martínez M, Paniagua F. Influencia de la satisfacción de los pacientes de una unidad de diálisis en la adherencia terapéutica. Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2008; 11 (4): 271-276.

FUNDACIÓN de la ENFERMERÍA de CANTABRIA

Nuberos Científica
www.enfermeríadecantabria.com/nuberoscientifica

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

La actividad domiciliaria de la enfermera rural

Autoras:
Pilar Elenas Sinobas
Enfermera de la Zona Básica de Salud Altamira

Rocío Cardeñoso Herreros
Enfermera de la Zona Básica de Salud Cudeyo

Autora para correspondencia:
elenasinobas@yahoo.es

Recibido: Noviembre de 2011
Aceptado: Diciembre de 2011

© Fundación de la Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2012

RESUMEN

La actividad domiciliaría de la enfermera de atención primaria en el medio rural es una constante entre los profesionales de enfermería de este ámbito sanitario.

Las razones son diversas: el aumento del número de personas que requiere este servicio, la necesidad de cuidados enfermeros de los pacientes y sus familias, la importante dispersión geográfica y las dificultades orográficas de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

El objetivo general es analizar la actividad domiciliaria de la enfermera en el ámbito rural durante un periodo de tiempo. Los objetivos específicos: cuantificar la actividad, ver las diferencias entre la actividad derivada del ámbito hospitalario y la generada en atención primaria y conocer las diferentes actividades realizadas.

Es un estudio descriptivo transversal, realizado durante un periodo de 3 meses a una población de 1.316 personas, con 295 mayores de 65 años (22,4%)

Los resultados indican que se realiza una media de 3´2 visitas/día (DE: 1,59) y el 18,3% fueron derivadas de atención especializada, incluyendo entre las actividades: visita domiciliaria al alta, controles de tratamientos con anticoagulantes, curas, tratamientos parenterales y extracciones venosas. Las generadas por atención primaria fueron el 81,7 %: VD programada, curas, extracciones venosas, tratamientos parenterales y urgencias

Se debe platear y actualizar esta realidad que quizá requiera: una reorganización, nuevos diseños de las agendas laborales o, quizá, nuevas figuras profesionales.

Palabras clave:
- Enfermera comunitaria.
- Actividad enfermera comunitaria.

ABSTRACT

The main reasons being: a growing number of people requiring this service, the need for nursing care for both patients and their families, the large geographical spread and the logistical difficulties inherent to Cantabria's landscape.

The general objective of the study is to analyze home care offered by rural nurses. The specific objectives are: to quantify home visits offered both by hospital and community health care services and to identify the different kinds of activities carried out.

This is a descriptive and cross cutting study, carried out during a 3 month period within a population of 1,316 inhabitants, out of which 295 over 65 (22.4%).

The outcomes of the study show that there is an average of 3.2 visits/day (DE: 1.59). 18.3% are hospital visits including: discharges, anti-clotting, wound treatments, shots and blood extractions. Community care covered 81.7% of the services, these being: programmed home visits, wound treatments, blood extractions, shots and emergencies. These results pinpoint a situation that should be studied further and possibly inform a reorganization of the services, working plans and even trigger the development of new professional positions.

Keywords:
- Community nurse
– Community nurse activity

1.– INTRODUCCIÓN

Hace tiempo que, tanto en la literatura revisada como por parte de los gestores de los servicios sanitarios públicos, parece no tener importancia o, al menos, no considerar con la suficiente relevancia la actividad domiciliaria (AD) que las enfermeras comunitarias realizan en los domicilios de la población a la que asisten.

Desde que en 2002 el Instituto de Salud Carlos III, a través de la Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii), publicó una importante revisión bibliográfica sobre la Visita Domiciliaria (VD) de Enfermería en personas mayores de 65 años del Sistema Nacional de Salud[1] (SNS), posteriormente no hemos encontrado bibliografía que haga referencia al tema. Sin embargo, según diversos estudios, en el año 2050 la población mayor de 65 años en España puede cuadruplicarse con respecto a la existente en la actualidad.

En Atención Primaria de Salud (APS) los profesionales saben que las necesidades de salud o de enfermedad de las personas mayores en los domicilios son fundamentalmente de cuidados de enfermería[2-3].

En consecuencia, en el ámbito sanitario de APS, siempre se ha tenido presente estos grupos poblacionales de personas ancianas en domicilios con servicios específicos, en este caso de Atención Domiciliaría a Personas Inmovilizadas ofertado en el contexto de la Cartera de Servicios[4].

Por lo tanto, la AD es una actividad que las enfermeras comunitarias, especialmente en el medio rural, vienen realizando frecuentemente, suponiendo para estas profesionales una importante carga de trabajo en el conjunto de la actividad asistencial diaria.

La AD es uno de los servicios estrella de la Atención Primaria (AP). Se corresponde con el servicio 402 de la Cartera y es una respuesta a los problemas de salud de la población por diversas razones esgrimidas frecuentemente: aumento de la esperanza de vida, envejecimiento de la población con incremento de personas con pérdida de su autonomía personal (parcial o total) en los domicilios y otras causas.

No obstante, la atención prestada por los equipos de AP en la actualidad, está lejos de ser la deseable y con la calidad requerida. Especialmente, en equipos con modelos de enfermería

antiguos y poco orientados a la atención domiciliaria[5].

2.– OBJETIVOS

Objetivo general: analizar la actividad domiciliaria de la enfermera en el ámbito rural durante un periodo de tiempo.

Objetivos específicos:

- Cuantificar la actividad domiciliaria de enfermería.
- Ver las diferencias entre la actividad derivada del ámbito hospitalario y la generada en atención primaria.
- Conocer las diferentes actividades realizadas.

ATENCIÓN PRIMARIA (AP)			ATENCIÓN ESPECIALIZADA (AE)		
Actividades	**Nº**	**%**	**Actividades**	**Nº**	**%**
DV programada	74	47,7%	VD al alta	4	11,4%
			Anticoagulación:		
			- venosa	4	11,4%
			- digital	17	48,6%
Curas	63	40´3%	Curas	3	8,6%
Extracciones venosas	3	1´9 %	Extracciones venosas	5	14,3%
Tratamientos parenterales	15	9´6 %	Tratamientos parenterales	2	5,7%
Urgencias	1	0,6 %			
Nº toral de VD realizadas	**156**	**81´7%**		**35**	**18,3%**
Nº total de VD realizadas en el periodo a estudio incluyendo AP y AE				**189 (100%)**	

3.– METODOLOGÍA

Estudio descriptivo trasversal realizado durante el periodo de tiempo comprendido entre los meses de febrero a abril de 2011, ambos incluidos. La recogida de datos se realizó en este periodo por entender que no estaba influenciado por otro evento diferente a la rutina habitual (campaña de vacunación antigripal u otros) que pudiera influir en los resultados.

Se trata de una zona rural de la zona básica de salud Altamira (Puente San Miguel, Cantabria), concretamente en los núcleos poblacionales de Novales, Oreña, La Busta, Lloredo, Fresnedo y Toñanes. Todos ellos pertenecientes al Ayuntamiento de Alfoz de Lloredo.

La población total a la que se presta asistencia es de 1.316 personas, de ellos son mayores de 65 años (entre 65 y 79) 295 personas (22,4%) y mayores de 80 son 167 personas (12,5%)

En el servicio y en el periodo concreto del estudio se atendieron 47 personas >65años (15,9%).

Los datos se analizaron en el programa informático SPSS:15 y para la obtención de los resultados se hallaron medias aritméticas, desviaciones estándar y rangos en variables numéricas y porcentajes para variables cualitativas.

Se contabilizaron un total de 60 días laborables.

4.– RESULTADOS

Los resultados fueron los siguientes:

- El número total de VD realizadas fueron 191, que se corresponde con una media de 3,2 visitas/día (DE:1,59), con un rango entre 0 y 7 visitas.
- Del total, 35 (18,3%) fueron derivadas de atención especializada, incluyendo actividades de: VD al alta, controles de tratamientos con anticoagulantes (anticoagulación), curas, tratamientos parenterales y extracciones venosas.

  En este caso se ha incluido en estas VD la actividad de los controles de tratamientos con anticoagulantes derivadas por especialistas de atención hospitalaria.
- Las visitas generadas desde atención primaria fueron 156 (81,7%) y las actividades realizadas fueron: VD programada, (como servicio de la cartera), curas, extracciones venosas, tratamientos parenterales y urgencias.

En la tabla, llaman la atención los siguientes datos:

- La importante actividad derivada de AE y centrada en los controles de tratamientos con anticoagulantes.
- Casi la mitad de la AD de AP está sustentada por las VD programadas entendida como el servicio de la cartera de AP a personas incapacitadas >65 años.
- El escaso desarrollo de la VD al alta tras el ingreso hospitalario, siendo éste también un servicio de la cartera de AP.

Por otro lado y dado que resulta difícil cuantificar el tiempo empleado en cada VD, podemos estimar que para cada visita y teniendo en cuenta la dispersión geográfica –G4 (como máximo grado clasificado de dispersión geográfica)– y nuestra propia experiencia ,se emplean 45´/visita. Por esta razón podríamos deducir que, haciendo una estimación, el tiempo medio diario empleado por la enfermera para la AD es de más de 2 horas y 30 minutos.

5.– DISCUSIÓN

La enfermera comunitaria rural realiza una media de algo más de 3 VD (3,2) al día. Supone una importante carga de trabajo, ya que ocupa una media diaria estimada de más de 2h.30´, es decir, más de un tercio de la jornada laboral.

La mayor parte son generadas desde AP en sus diversas modalidades de atención.

Consideramos que, la actividad derivada de atención especializada tiene una importante repercusión en la carga asistencial domiciliaria para la enfermera rural y por lo tanto se debe considerar.

© Fundación de la Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2012

Se da la coincidencia de que la AD generada por AP y la de anticoagulación derivada de AE son las que suponen el grueso de la actividad y están dedicadas fundamentalmente a personas mayores de 65 años.

En cuanto al tiempo empleado en esta actividad, aunque se trata de una estimación, es un tercio de la jornada de trabajo, quedando dos tercios para el resto de las actividades tales como: consulta en el centro, pruebas complementarias, actividades comunitarias grupales y su gestión, organización y preparación, sesiones clínicas y su preparación, etc…

Además del tiempo empleado, debemos considerar el esfuerzo, la dedicación y la entrega personales de la enfermera. Por otro lado, los desplazamientos en vehículo propio y el consiguiente riesgo implícito a la conducción.

Hace un tiempo, una enfermera comunitaria comentaba que había realizado 45 kilómetros conduciendo, en una jornada concreta, para dar respuesta a la AD de ese día. Este no es un hecho excepcional y las enfermeras comunitarias lo conocen.

Del mismo modo estas enfermeras podrían relatar diversas anécdotas (y no solo anécdotas) de los riesgos y problemas sufridos en la soledad de la ejecución de la AD en el medio rural, dadas las características orográficas de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

Por otro lado, se trata de un servicio que no solo irá en aumento por requerimiento de la ciudadanía a la que se atiende, sino que además es conocido por los profesionales de enfermería el efecto beneficioso que esta modalidad de atención produce en el paciente y en la propia familia.

6.– CONCLUSIONES

Los gestores de los servicios sanitarios públicos y los propios equipos de enfermería deberían plantearse esta realidad, que quizá requiera una reorganización y nuevos diseños de las agendas laborales de la actividad enfermera.

Quizá, también, nuevas figuras profesionales (enfermeras gestoras de casos, enfermeras de enlace, enfermeras de práctica avanzada o enfermeras especialistas) en los centros de salud. Además, como se ha comentado[5], este servicio y este tipo de atención dista mucho de ser equitativa y proveerse con la calidad deseada.

Por otro lado y según la previsión esperada de aumento de población con necesidades de cuidados en sus domicilios e instituciones de mayores, se requerirá más tiempo de dedicación a la AD. A ello hay que añadir el tiempo empleado en los desplazamientos como consecuencia de la elevada dispersión en el medio rural.

Además, los profesionales con experiencia conocen la mejoría evidente que se observa en los cuidados del paciente y del entorno familiar, ante la AD repetida de la enfermera. Ello revierte en el propio bienestar del paciente, generalmente anciano y en muchas ocasiones anciano frágil.

No siendo un objetivo de este trabajo, se quiere resaltar que en el medio rural estudiado, el porcentaje de pacientes atendidos supera el dato previsto para este servicio, recogido en la Cartera de Servicios de AP, por lo que debería revisarse a nivel de las gerencias de los servicios sanitarios públicos.

7.– BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. Subdirección General de Investigación Sanitaria. Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii). Visita domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años. Madrid 2002.
2. Oses F, Loperena C, Ancizu P. Atención a domicilio, una alternativa para el anciano Terminal. Pulso 1995; 2: 22-3
3. Granollers S, López R. Atención domiciliaria dirigida a 132.106 habitantes durante cinco años de programa: análisis de la experiencia y de los resultados obtenidos. Rev Multidisciplinar de Gerontología 1999; 9: 94-9
4. Servicio Cántabro de Salud. Cartera de Servicios de Atención Primaria. 2007. Servicio 402: ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES INMOBILIZADOS.
5. Contel J.C. Hacia un modelo de atención a domicilio. Cuadernos de Gestión. 1999; 5(1):1-4.

FUNDACIÓN de la ENFERMERÍA de CANTABRIA

Nuberos Científica
www.enfermeríadecantabria.com/nuberoscientifica

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

La utilidad del sondaje vesical prequirúrgico en las artroplastias de rodilla y cadera

Autores:
Sandra Larrauri Cantero
Carolina Zorrilla Varela
María Sanz González
Melissa Cavada Fernández
Mª Rosario Menéndez Ba
Pablo Gutiérrez de Rozas Astigarraga
Guadalupe García De Luis

Área quirúrgica del Hospital de Laredo

Autora para correspondencia:
larrauricanteros@gmail.com

Recibido: Noviembre 2011
Aceptado: Noviembre 2011

© Fundación de la Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2012

RESUMEN

Los estudios revisados muestran que uno de los efectos adversos de la anestesia raquídea es la retención anormal de orina (RAO). Los pacientes que van a ser intervenidos de artroplastia total de cadera o rodilla suelen presentar, además, factores que conllevan la necesidad de sondaje vesical en el postoperatorio.

El propósito del estudio es demostrar que la realización de la técnica del sondaje vesical sin factores adversos, reduce la incidencia de infección urinaria. Los factores a estudio son: el estrés al que está sometido el personal de enfermería en la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA) ante una reacción vasovagal desencadenada por una RAO, la baja movilidad que presentan los pacientes tras ser intervenidos, etc.

Realizaremos un estudio analítico longitudinal retrospectivo de casos y controles. La población a estudio serán pacientes intervenidos de artroplastia total de rodilla o cadera bajo anestesia raquídea comprendidos entre 2008 y 2010, que han precisado sondaje vesical bien sea prequirúrgico o en el postoperatorio inmediato.

Si los datos avalan nuestra hipótesis se podría poner en marcha un 'Protocolo de enfermería de sondaje vesical prequirúrgico a pacientes con alto riesgo de desencadenar una RAO tras ser intervenidos de artroplastia total de rodilla o cadera'.

Palabras clave:
- Sondaje vesical.
- Artroplastia de cadera.
- Artroplastia de rodilla.
- Perioperatorio.
- Anestesia raquídea.

ABSTRACT

A systematic review of spinal anaesthetic studies shows an abnormal urinary retention (AUR) as one of the adverse effects. Patients who are going to undergo a total hip or knee arthroplasty surgery may suffer from painful distended bladder and they need to be catheterized during the postoperative period.

The aim of this study is to show that the technique procedure of urinary catheterization, without adverse factors, reduces the incidence of urinary tract infection. The factors to study are: the nurse's stress when a vasovagal episode appears as result of ARU in the Recovery room; the reduced mobility when patients underwent surgery, etc.

A longitudinal retrospective analytical study of cases and controls will be carried out. The population studied will be patients undergone total hip or knee arthroplasty surgery with spinal anaesthesia. The sample will include whose will need urinary catheterization either during the preoperative or postoperative period. The period of the study will be from 2008 to 2010.

If the data supports our hypothesis a "Nursing protocol for preoperative urinary catheterization in patients with high-risk for AUR; which will have to undergo total hip or knee arthroplasty surgery" will be carry out.

Keywords:
- Urinary catheterization
- Hip arthroplasty
- Knee arthroplasty
- Preoperative
- Spinal anaesthetic.

1.– INTRODUCCIÓN, ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA. MARCO TEÓRICO.

La retención urinaria es frecuente después de la anestesia y la cirugía, con una incidencia que oscila entre el 5% y el 70%[1]. La retención urinaria y la posible consecuencia de una bacteriuria después del reemplazo total de la articulación es un tema importante para urólogos, cirujanos ortopédicos, personal de enfermería y el sistema sanitario de Salud[2].

Comorbilidades, tipo de cirugía y el tipo de anestesia influye en el desarrollo de la retención urinaria postoperatoria[1]. La retención urinaria es un problema común después de una intervención quirúrgica de artroplastia de rodilla o cadera, la cual requiere con frecuencia un sondaje vesical[1-17]. La técnica anestésica más utilizada para este tipo de intervenciones es la anestesia raquídea con opioides. Diversos estudios avalan que el uso de opiáceos administrados por vía epidural provocan retención urinaria en un 62 % de los casos comparado con un 24% si se aplicase de manera endovenosa[1,3,4,5,6].

Un inadecuado manejo de la retención urinaria puede ser responsable de una sobredistensión de la vejiga, infección del tracto urinario y complicaciones relacionadas con el sondaje vesical[1-17]. Una infección de las vías urinarias puede propagarse a través del torrente sanguíneo e infectar la prótesis o difundirse de manera sistémica, causando complicaciones graves. La bacteriuria postoperatoria ha demostrado un aumento de 3 a 6 veces el riesgo de infección protésica[1]. El coste de una infección urinaria oscila sobre los 700$ y el de la herida quirúrgica de 3.000 a 27.000$[18].

Por lo que la prevención y gestión de la retención urinaria durante el perioperatorio basada en la evidencia puede suponer un ahorro económico y disminuir las cargas de trabajo directo[1,7,8]. Algunos estudios han cuantificado el beneficio del sondaje prequirúrgico frente al sondaje intermitente[1,2,3,7,8,9]. El sondaje prequirúrgico supone un ahorro económico de unos 3.000$ y un ahorro en más de 150 minutos de contacto directo de enfermería por paciente[8].

El tipo de cirugía, de anestesia y/o aspectos clínicos del paciente, tienen influencia sobre la retención urinaria. A parte de los problemas quirúrgicos, el edema postoperatorio alrededor

del cuello vesical y el espasmo reflejo inducido por el dolor pueden tener relación con la aparición de retención urinaria. No podemos olvidar el efecto adverso de los opioides sobre todo en la administración epidural e intratecal.

Algunos estudios mencionan que el cateterismo vesical intermitente debe de ser un procedimiento de elección[5,10,11]. Otros concluyen que el uso a corto plazo de un sondaje permanente después de la cirugía, reduce la incidencia de retención urinaria y la sobredistensión de la vejiga, sin aumentar la tasa de infección del tracto urinario[1,2,3,7,8,9].

La falta de estudios con variables que avalen una práctica u otra, es lo que nos ha hecho replantearnos otra vía de estudio.

Sería aconsejable tener criterios sistemáticos para definir retención urinaria y establecer unos protocolos de actuación más específicos, sobre todo en aquellos pacientes que pueden ser considerados de riesgo para adoptar técnicas anestésicas, de enfermería y perioperatorias más convenientes, así como para para prevenir y minimizar la morbilidad que puede ocasionar la retención urinaria y el sondaje vesical.

2.– HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis:

- Demostrar que los factores de riesgo influyen en el desarrollo de la infección urinaria en los pacientes a estudio.

Objetivos:

- Identificar los factores de riesgo de desarrollar una infección urinaria en la población a estudio.
- Identificar a los pacientes con factores de riesgo de desencadenar una retención anormal de orina.

4.– METODOLOGÍA

Se realizará un estudio analítico longitudinal retrospectivo de casos y controles.

- ***Población:*** pacientes intervenidos de artroplastia total de rodilla o cadera bajo anestesia raquídea que han precisado sondaje vesical.
- ***Casos:*** pacientes sondados que han presentado en el postoperatorio una infección urinaria.
- ***Controles:*** pacientes sondados que no han presentado una infección urinaria en el postoperatorio.

Criterios de exclusión: pacientes portadores permanentes de sonda vesical y pacientes intervenidos bajo anestesia general.

■ DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO:

+Variable principal:

a) Infección urinaria: Paciente intervenido de prótesis total de rodilla o cadera bajo anestesia raquídea, sondado en quirófano o en la URPA y que haya desarrollado una infección urinaria (sí/no)

+Variables secundarias:

b) Sondaje vesical: El paciente ha requerido sondaje vesical (si/no) y donde.

En Quirófano
En URPA

c) Tipo de sondaje: Modo en que se realiza el sondaje.

- ***Programado:*** realizándose un sondaje vesical de forma programada.
- ***Urgente:*** realizándose un sondaje vesical de forma urgente.

d**) Movilidad del paciente:** grado de movilidad que presenta el paciente en el momento que se realiza el sondaje vesical.

- ***Baja:*** El paciente se encuentra bajo los efectos de la anestesia raquídea y acaba de ser intervenido.
- ***Moderada:*** El paciente se encuentra bajo los efectos de la anestesia raquídea, pero realizar la abducción es complicada por motivos físicos del paciente.
- ***Alta:*** El paciente se encuentra bajo los efectos de la anestesia raquídea y realizar la abducción no presenta dificultad.

+Otras variables a recoger:

e) Duración del sondaje: Numero de días que mantiene el sondaje.

Intermitente (0 días)
Corta (< 3días)
Larga (≥ 3 días)

f) Estancia hospitalaria: Días que permanece el paciente ingresado debido a la intervención quirúrgica.

Corta (< 6 días)
Moderada (6-9 días)
Larga (>9 días)

g) Fecha: día/mes/año que se realiza la intervención quirúrgica.

h) Número de codificación: Se codificará el número de episodios de las intervenciones quirúrgicas con números enteros correlativos.

i) Edad: Edad en número de años del paciente.

<65 años
65-74} años
75-84} años
>85 años

j) Sexo: Sexo del paciente (Varón/mujer).

k) Tipo de intervención: Prótesis de rodilla o de cadera.

l) Peso: Peso del paciente en Kg. Agrupados en intervalos de 10 Kg.

<60
{60-69,9}
{70-79,9}
{80-89,9}
> 90

m) Talla: Talla del paciente en cm. Agrupados en intervalos de 10 cm.

<150
{150-159}
{160-169}
{170-179}
≥180

n) Índice de masa corporal (IMC): Índice de masa corporal del paciente en Kg./cm^2.

Infrapeso <18.50
Normal {18.50-24.99}

© Fundación de la Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2012

Sobrepeso {25-29.99}
Obeso tipo I {30-34.99}
Obeso tipo II {35-39.99}
Obeso tipo III ≥40

o) Antecedentes personales: presentes en el paciente (individualmente para que sean excluyentes)

HTA. Hipertensión arterial (si/no)
DM. Diabetes mellitus (si/no)
HIPERLIPEMIA. (si/no)
ECV. Enfermedades cardiovasculares. (si/no)
EMAS. Enfermedades músculo articulares. (si/no)
ITU (Infecciones transitorias de repetición): Si/no
Sí: ha tenido infección de orina alguna vez
No: nunca ha tenido infección urinaria.
Otras: si/no

p) Medicación habitual: medicación que toma el paciente de manera habitual. (Individualmente para que sean excluyentes)

Analgésicos (si/no)
Ado/insulina (Antidiabéticos orales/insulinas) (si/no)
Antiagregante
Anticoagulante (si/no)
Diurético (si/no)
Otros (si/no)

q) Intervenciones quirúrgicas previas: El paciente ha sido sometido previamente a una intervención quirúrgica bajo anestesia raquídea, precisó sondaje vesical y desarrolló una infección urinaria. (Si/no)

r) Tipo de anestesia: tipo de anestesia que recibe el paciente.

Anestesia raquídea
Bloqueo femoral continuo
Bloqueo femoral único
Bloqueo ciático

s) Uso de estupefacientes:

Dosis de fentanilo intratecal en µgr.
Dosis de fentanilo (iv)
Dosis de cloruro mórfico intratecal en mg.

t) Tipo de analgesia: Analgesia pautada post-IQ al paciente.

Perfusión K1
Perfusión K2
Perfusión M1
Perfusión M2
Otra

• **Periodo de tiempo:** Revisión de las historias clínicas de los casos y controles desde el 1 de enero de 2008 al 31 de diciembre de 2010.
• **Método estadístico:** Se diseñará una base de datos en Excel y se validarán los datos mediante el paquete estadístico SPSS.
• **Limitaciones del estudio:** Hoja de registro mal cumplimentada o incompleta.

5.– ASPECTOS ÉTICOS

Acceso a las historias clínicas necesarias para la recogida de datos. Para ello, contamos con la autorización de la responsable de la sección de Admisión y Archivos de nuestro centro. El equipo de trabajo dispone de una clave para garantizar la protección y confidencialidad de los datos según la LO 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

6.– UTILIDAD DE LOS RESULTADOS EN RELACIÓN A LA COMUNIDAD CIENTÍFICA Y A LA SOCIEDAD

Según el EPINE 2010 la infección urinaria es la primera causa de infección nosocomial. El sondaje vesical es un factor de riesgo que favorece el desarrollo de una bacteriuria.

Nuestro estudio quiere demostrar que no hay que realizar el sondaje vesical a todos los pacientes, sino solamente a los pacientes de alto riesgo de desarrollar una RAO (retención anormal de orina) en el postoperatorio inmediato.

Una RAO puede ir acompañada de una reacción vasovagal y el personal de enfermería de la URPA (Unidad de Recuperación Postanestésica) debe actuar con eficacia para solventarlo, pero diferentes aspectos pueden impedirlo. Es el caso del estrés de realizar un sondaje vesical de urgencia a pacientes con una movilidad mitigada por la anestesia y la propia intervención.

La falta de estudios exhaustivos de los factores de riesgo es lo que nos ha hecho replantearnos este estudio. Para realizar un sondaje protocolizado y conseguir un beneficio y no un perjuicio. De ahí la importancia de esclarecer qué factores influyen en la infección urinaria de estos pacientes, qué pacientes tienen mayor riesgo de desencadenar una RAO para poder así identificarlos previamente a la cirugía y poder ejecutar unas herramientas eficaces para poder mitigarlos.

Nuestro equipo de trabajo quiere demostrar que un sondaje vesical realizado de una forma controlada en tiempo, espacio y lugar, incide eficientemente en el control de las complicaciones, disminuye el gasto sanitario y la carga de trabajo del personal de enfermería.

Si los datos obtenidos en nuestro estudio avalan nuestra hipótesis, se podría elaborar un "Protocolo de Enfermería de sondaje vesical prequirúrgico en los pacientes que van a ser intervenidos de artroplastia total de rodilla o cadera", disminuyendo así la incidencia de infección urinaria.

7.– PLAN DE TRABAJO

Duración total del proyecto 12 meses.

PERIODOS	ACTIVIDADES	TIEMPO
1º	Recogida de datos	1º- 6º mes
2º	Análisis de los resultados	7º y 8º mes
3º	Evaluación de resultados y conclusiones	9º y 10º mes
4º	Elaboración Protocolo de Enfermería	11º y 12º mes

El equipo investigador consta de 7 miembros. A continuación detallaremos qué, cómo y quién desarrollará las diferentes etapas del estudio.

• **1º PERIODO: Recogida de datos**. Este periodo durará 6 meses y será realizado por los investigadores 3, 4, 5, 6 y 7.

Para ello hemos elaborado una hoja de recogida de datos. Para evaluar la calidad del documento como instrumento de medida, hemos realizado una prueba piloto para detectar aquellos datos que inducen a error, están incompletos o no expresan con exactitud el concepto que queremos recoger, aquellos que han de ser eliminados, etc. Con todo esto hemos conseguido el documento de recogida definitivo.

• **2º PERIODO: Análisis de los resultados.** Este periodo durará 2 meses y será realizado por el investigador 2. Logrando que el miembro que analice los datos no tenga ninguna influencia en la recogida de los mismos. Para ello, se elaborará una base de datos tipo Excel y se realizará el análisis estadístico con el programa informático SPSS.

• **3º PERIODO: Evaluación de los resultados y conclusiones.** Este periodo durará 2 meses y será efectuado por los investigadores 1 y 2.

• **4º PERIODO: Elaboración del Protocolo de enfermería**. Este periodo durará 2 meses y se elaborará por todos los miembros del equipo.

8.– EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR

El equipo investigador consta de 7 miembros; somos un equipo que desempeña o ha desempeñado labores asistenciales en las diferentes áreas por donde los pacientes a estudio transcurrirán a lo largo de su estancia hospitalaria.

Diversos miembros del equipo han desarrollado cursos de iniciación a la investigación. Otro ha realizado el taller de Revisiones Sistemáticas (Centro Colaborador Español del instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia).

Algunos de ellos han realizado un curso sobre actualización del sondaje vesical.

Diferentes trabajos presentados en Congresos y Jornadas Nacionales avalan nuestro espíritu emprendedor y de superación, por y para nuestra profesión.

9.– MEDIOS DISPONIBLES Y NECESARIOS

Medios Disponibles:

• Acceso a las historias clínicas necesarias para la recogida de datos. Para ello, contamos con la autorización de la responsable de la sección de Admisión y Archivos de nuestro centro. El equipo de trabajo dispone de una clave para garantizar la protección y la confidencialidad de los datos.

• Hoja de recogida de datos.

Medios Necesarios: Paquete estadístico SPSS actual.

10.– BIBLIOGRAFÍA

1. Gabriele Baldini, M.D.,* Hema Bagry, M.D., F.R.C.A., F.R.C.P.C.,* Armen Aprikian,M.D., F.R.C.S.C.,† Franco Carli, M.D., M.Phil., F.R.C.A., F.R.C.P.C.‡ David S. Warner, M.D., and Mark A. Warner, M.D., Editors; Postoperative urinary retention.; Anesthesiology 2009;110:1139-57.
2. Carpiniello, VL.; Cendron, M.; Altman, HG.; Malloy, TR.; Booth, R.; Treatment of urinary complications after total joint replacement in elderly females.; Urology. 1988.Sep; 32(3):186-8.
3. Izard, JP.; Sowery, RD.; Jaeger, MT.; Siemens, DR.; Parameters affecting urologic complication after major joint replacement surgery; Can J Urol.2006 Jun;13(3):3158-63.
4. Macdowel, AD.; Robinson, AH.; Hill, DJ.; Villar, RN.; Is epidural anaesthesia aceptable at total hip arthroplasty? A study of the rates of urinary catheterisation; J Bone Joint Surg Br. 2004 Nov, 86(8):1115-7.
5. Williams, A., Price, N.; Willett, K.; Epidural anaesthesia and urinary dysfunction: the risks in total hip replacement, J R Soc Med. 1995 Dec; 88 (12):699-701.
6. Petersen,MS.; Collins, DN.; Selakovich,WG.; Finkbeiner, AE.; Postoperative urinary retention associated with total hip and total knee arthrplasties.; Clin Orthop Relat Res. 1991 Aug: 269:102-8.
7. Lampe, HL.; Sneller, ZW.; Rijnberg, WJ.; Urination problems following total hip arthroplasty: insertion or not an indwelling catheter? Ned Tijdschr Geneeskd. 1992 Apr 25; 136(17):827-31. Dutch.
8. Knight, RM.; Pellegrini, VD Jr.; Bladder management after total joint arthoplasty; J Arthroplasty.1996 Dec; 11(8):882:8.
9. Michelson, JD.; Lotke, PA, Steinberg, ME; Urinary-bladder management after total joint-replacement surgery; N Engl J Med. 1988 Aug 11;319(6):321-6.
10. Iorio, R.; Whang, W.; Healy WL.; Patch, DA.; Najibi, S.; Appleby, D.; The utility of bladder catheterization in total hip arthroplasty; Clin Orthop Relat Res. 2005 mar; (432): 148-52.
11. Villanueva Egüaras, Mª A.; Seguridad en el tratamiento del dolor agudo postoperatorio. 2009. Modulo 4.
12. Oishi, CS.; Williams, VJ.; Hanson, PB.; Schneider, JE; Colwell, CW Jr.; Walker, RH.; Perioperative bladder management after primary total hip arthroplasty; J Arthroplasty. 1995 Dec, 10(6):732-6.
13. Hozack, WJ.; Carpiniello, V.; Booth, RE Jr.; The effect of early bladder catheterization on the incidence of urynary complications after total joint replacement. Clin Orthop Relat res. 1988 Ju; 231: 79-82.
14. Ritter, MA.; Fechtman, RW; Urinary tract sequelae: possible influence on joint infections following total joint replacement.: Orthopedics.1987 Mar,10(3):467-9.
15. Tammela,T.; Kontturi, M.; Puranen, J.; Prevention of postoperative urinary retention after total hip arthroplasty in male patients.; ann Chir Gynaecol. 1987; 76(3): 170-2.
16. Waterhouse, N.; Beaumont, AR.; Murray, K.; Staniforth, P.; Stone, MH.; Urinary retention after total hip replacement. A prospective study; J Bone Joint Surg Br. 1987 Jan.69(1):64-6.
17. Van den Brand, IC.; Castelein, RM.; Total joint arthroplasty and incidence of postoperative bacteriuria with an indwelling catheter or intermittent catheterization with one-dose antibiotic prophylaxis: a prospective randomized trial; J Arthroplasty. 2001 Oct,16(7):850-5.
18. Nettleman, M.; Wenzel, RP.; ed.Prevention and Control of Nosocomial Infections, 4ªed. 2003:36.

© Fundación de la Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2012

FUNDACIÓN de la ENFERMERÍA de CANTABRIA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Nuberos Científica

www.enfermeríadecantabria.com/nuberoscientifica

Efectividad de la implantación de una consulta de enfermería en Urgencias

Autores:
Ainara Carpio Coloma
Amaia Hidalgo Murillo
Naiara Lago Díaz
Gorane Muñoz Kaltzakorta
Sandra Onrubia Calvo
Irene Peribáñez Serna(*)

DUES del Hospital Galdakao Usansolo (HGU) del Servicio de Urgencias

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

Recibido: Noviembre de 2011
Aceptado: Noviembre 2011

Ainara Carpio Coloma, Amaia Hidalgo Murillo, Naiara Lago Diaz, Gorane Muñoz Kaltzakorta, Sandra Onrubia Calvo, Irene Peribañez Serna.

RESUMEN

Con el presente trabajo queremos comparar el tiempo de espera y el tiempo medio global de estancia en los pacientes con patologías leves atendidos directamente en la consulta de enfermería en el servicio de urgencias del Hospital de Galdakao-Usansolo y en aquellos pacientes de idénticas características atendidos de manera rutinaria en el Hospital de Txagorritxu.

Se trata de un estudio experimental multicéntrico en el que se reclutaran pacientes que acudan al servicio de urgencias de los centros hospitalarios participantes.

Los participantes en el estudio serán pacientes que acuden a Urgencias de ambos hospitales con problemas de salud leves protocolizados, permitiendo la atención de los profesionales de enfermería durante el periodo de captación hasta alcanzar el tamaño muestral (140 pacientes por grupo) que cumplan los criterios de inclusión (pacientes cuyos motivos de consulta están englobados dentro de los protocolos).

Dividiremos la muestra en:

Grupo 1 de intervención o experimental: Problemas de salud (que cumplan los criterios de inclusión) en los que la protocolización permite que los profesionales de enfermería sean los que finalicen el proceso para dichas enfermedades leves o no urgentes y que sean los responsables de la resolución en el HGU.

Grupo 2 de control o intervención habitual: Problemas de salud (que cumplan los criterios de inclusión) en los que los facultativos son los responsables de la atención en primer lugar y posterior derivación a Enfermería, (funcionamiento habitual) en el H. Txagorritxu.

Palabras clave:
- Urgencias.
- Cirugía.
- Enfermería.
- Satisfacción.
- Tiempo espera.

ABSTRACT

The aim of this work is to compare the waiting time and the average of stay of patients with minor pathologies who have seen in the emergency ward nursing of the Galdakao-Usansolo Hospital and in the emergency room services of the Txagorritxu Hospital.

This is an experimental multicenter study, in which the patient had been recruited from the emergency department of both hospitals.

Participants have been seen at the emergency room of both hospitals and they suffered minor heath problems. These problems were included in protocols which allowed nurses recruited 140 patients for each group; all of them reached the criteria of inclusion.

The sample was divided in two groups:

1. Case group: People with minor health problems supported by protocols, who meet the inclusion criteria. These protocols allow nurses as to finish as to be responsible for the process and the solutions of the minor or non-urgent sickness / illness in the Galdakao-Usansolo´s Hospital.
2. Reference group: People with the same minor health problems and criteria for inclusion as the case group. The doctor is responsible for either the first visit or the discharge a patient. Afterwards he decides to referral to nurse in order to provide a treatment in the Txagorritxu Hospital.

Keywords:
- Emergency
- Surgery
- Nursing
- Satisfaction
- Waiting time

1.– ANTECEDENTES

Los Servicios de Urgencias, tanto hospitalarios como extrahospitalarios, son dispositivos asistenciales que se han desarrollado, sobre todo, a raíz de la publicación de la Ley General de Sanidad en 1986. Los Servicios de Urgencias son unidades integrales que el hospital dedica para recibir, estabilizar y manejar pacientes que se presentan con una gran variedad de condiciones urgentes ó no, donde los pacientes se presentan solos ó mediante referencia[1]. Tienen una alta frecuentación y gran sobrecarga asistencial, a la vez que dispensan una elevada calidad asistencial y son elementos estratégicos en el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud[2].

La demanda de asistencia sanitaria urgente está alcanzando cifras cercanas a la saturación del sistema y presenta un continuo y progresivo crecimiento. Éste no es un problema exclusivamente nacional, sino que se produce en la mayoría de los países desarrollados, sin distinción de sus sistemas sanitarios[3].

Según el Instituto Nacional de Estadística (I.N.E.), en el año 2009 hubo 33.014.160 urgencias atendidas en España, 6.749.064 más que en el año 2007.

En el País Vasco, durante el año 2009 hubo 1.738.821 visitas a los servicios de urgencias y en el Hospital de Galdakao-Usansolo, concretamente, fueron 79.520 las personas que demandaron asistencia sanitaria en nuestro servicio.

Con estos datos anteriores sobre la creciente saturación de los servicios de urgencias, nos parece imprescindible desarrollar estrategias encaminadas a la desaturación de las salas de urgencias, sin que estas conlleven a un detrimento en la calidad de los servicios prestados a los usuarios.

En países anglosajones, con el objetivo de reducir la presión asistencial ocasionada por las demandas excesivas de visitas es-

© Fundación de la Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2012

pontáneas[4], propusieron la atención de las enfermedades leves o no urgentes por parte de los profesionales de enfermería.

Existen diversos estudios en el Reino Unido que evalúan una serie de intervenciones en las que los profesionales llamados Advance Nurses Practitioners (ANP) resuelven los problemas de salud clasificados como leves o no urgentes, aplicando una guía de intervención de enfermería, con un alto nivel de satisfacción por parte de los usuarios.

Son pioneros y lideres clínicos en poder iniciar e implementar cambios en los servicios sanitarios en respuesta a las necesidades de los pacientes y a la demanda del servicio.

En el Reino Unido y en los países norteamericanos, la atención de estas afecciones leves por parte de los profesionales de enfermería es una práctica habitual[6]. Este tipo de profesionales trabajan en áreas de visita rápida o *fast–track areas*, que son espacios físicos dentro del propio servicio donde se atienden a los pacientes de menor gravedad, aquellos que, en general, pueden ser dados de alta rápidamente con una mínima o ninguna exploración complementaria[7].

Se ha demostrado en varios estudios del Reino Unido que estas áreas con este tipo específico de personal sanitario son capaces de disminuir el tiempo de espera y el tiempo total de estancia en urgencias, sin detrimento en la calidad técnica dispensada[7].

La actuación de este tipo de profesionales mejora la calidad de la prestación de los servicios, promueve la practica autónoma de la enfermería mediante el desarrollo de profesionales que resuelvan problemas de forma reflexiva para prestar un cuidado global a un grupo específico de pacientes a través de directrices de los protocolos de las guías clínicas y liberar de tiempo al médico para que éste pueda afrontar el incremento de la sobrecarga por patologías que no puedan ser manejadas por el personal de enfermería[5].

En España no hay una formación específica similar a la de las ANP's ya que somos enfermeras generalistas las que trabajamos en estos servicios. La experiencia es la que nos permite solventar este tipo de casos. No existe una formación académica reglada.

En la actualidad están trabajando en la especialidad de medico quirúrgica que incluiría la de urgencias hospitalarias.

La diplomatura de enfermería se ha sustituido por el grado superior en enfermería con la facultad de poder realizar prescripción enfermera, que podría ampliar la patología leve o no urgente a tratar por las enfermeras.

En nuestro servicio de urgencias del Hospital de Galdakao-Usansolo los casos clínicos previamente protocolizados susceptibles de ser abordados por el personal de enfermería serían: roturas leves de escayolas, molestias en extremidad tras colocación de yeso o férula, quemaduras de primer grado, suturas no complicadas, erosiones superficiales sin traumatismo directo, recambios de sonda nasogástrica o sondaje vesical que se derivan por imposibilidad de colocarse en otros centros sanitarios.

La forma actual de proceder en este tipo de patologías leves o no urgentes es que, en primer lugar, el triaje lo lleva a cabo el personal de enfermería y, posteriormente, es atendido por un médico que, de darse este tipo de situaciones, delega a la enfermera la intervención correspondiente para resolver el problema y, por ultimo, el facultativo entrega un informe de alta.

En 2010, en nuestro servicio de urgencias el tiempo de estancia –considerado como el tiempo que transcurre desde la apertura del episodio hasta el cierre del mismo– fue de 188,48 minutos (22,32 minutos más que en el año 2009) y el tiempo de espera –considerado como el tiempo que transcurre desde la apertura del episodio de urgencias hasta la asignación por el personal sanitario responsable– fue de 56,5 minutos (3,27 minutos más que en 2009).

Intentamos buscar una alternativa asistencial, a fin de estructurar la atención en función de la urgencia, para favorecer el flujo de salida de estos pacientes con patología leve, ya que, desde el punto de vista de este equipo investigador, muchas de estas demandas podrían ser abordables por parte de enfermería. De este modo, la enfermera se dispondría como un primer eslabón en la asistencia a los pacientes clasificados como leves o no urgentes comenzando la atención de éstos con una primera valoración en consulta de enfermería, agilizando en mayor medida los tiempos asistenciales[8]. Con ello refiere que se garantiza una mayor seguridad y satisfacción de los usuarios en relación a la coherencia de la cadena asistencial, siendo la satisfacción un concepto multidimensional que viene influido por varios factores[9]. La información y el trato son los factores que tienen más peso a la hora de valorar el grado de satisfacción de los pacientes[10].

Por ultimo, añadimos que tras una búsqueda bibliográfica exhaustiva hemos constatado que no hay ningún estudio de estas características tanto a nivel de Osakidetza como nacional en urgencias hospitalarias. Esto provocaría un cambio en la organización de los servicios sanitarios en el ámbito de las urgencias hospitalarias, contribuyendo a una mejora de estos servicios.

Por todo ello, con el estudio de investigación pretendemos comprobar si nuestra intervención disminuye el tiempo de espera y de estancia en pacientes que acuden al servicio de Urgencias del Hospital de Galdakao-Usansolo por enfermedades leves o no urgentes, aplicándoles guías de intervención (protocolos) de enfermería previamente consensuados, en comparación con la práctica habitual que desarrolla actualmente el Hospital de Txagorritxu para estas mismas patologías y comparar el grado de satisfacción entre ambos grupos. Además, pensamos que no habrá diferencias en cuanto a la calidad de la atención dispensada medida mediante el número de reingresos por esas patologías leves en la primera semana, ni en la satisfacción por parte del usuario que, incluso, puede aumentar.

Todo ello se llevaría a cabo por un equipo sanitario en el que todos los profesionales de enfermería que colaboren en la ejecución puedan realizar dicha técnica bajo unos criterios unificados.

2.– HIPÓTESIS

El abordaje directo en la consulta de enfermería de urgencias de situaciones clínicas leves en servicios de urgencia hospitalarios, disminuirá el tiempo espera y de estancia global en estos pacientes respecto a los atendidos por personal facultativo, sin aumentar el número de reingresos por estas patologías y aumentando el grado de satisfacción por los usuarios.

3.– OBJETIVOS

Objetivo general:

- Comparar el tiempo de espera y el tiempo medio global de estancia en los pacientes con patologías leves atendidos

directamente en la consulta de enfermería en el servicio de urgencias del HGU y en aquellos pacientes de idénticas características atendidos de manera rutinaria en el Hospital de Txagorritxu.

Objetivos secundarios:

- Comparar número de reingresos en la primera semana tras el alta en el grupo atendido por enfermería del HGU y el grupo tratado de manera rutinaria en el Hospital de Txagorritxu.
- Comparar satisfacción entre grupos.

4.– METODOLOGÍA

Participantes:

Se planteará el perfil de demanda solucionable por parte de los profesionales de enfermería en el Servicio de Urgencias del HGU. Los problemas de salud serán determinados mediante consenso con todo el equipo (Protocolos de Enfermería).

Muestra:

- *Grupo 1 de intervención o experimental:* Problemas de salud (que cumplan los criterios de inclusión) en los que la protocolización permite que los profesionales de enfermería sean los que finalicen el proceso para dichas enfermedades leves o no urgentes y que sean los responsables de la resolución en el HGU.
- *Grupo 2 de control o intervención habitual:* Problemas de salud (que cumplan los criterios de inclusión) en los que los profesionales médicos son los responsables de la atención en primer lugar y posterior derivación a enfermería (funcionamiento habitual) en el Hospital de Txagorritxu.

5.– DISEÑO

Estudio experimental multicéntrico.

Se reclutarán pacientes que acudan a urgencias del Hospital de Txagorritxu y del HGU y se realizará un seguimiento hasta siete días tras el alta.

Se trata de dos hospitales pertenecientes al Sistema Público Vasco de Salud, que atienden a más de 100.000 habitantes. Los datos del año 2009 indican que el HGU vio 79.520 urgencias y el Hospital de Txagorritxu vio 106.637 urgencias.

Se comparará el tiempo de espera y de estancia entre el Hospital de Txagorritxu, al que no les aplicarán la intervención siendo el médico el primer eslabón en la atención, y el HGU, siendo el grupo al que se le someterá la intervención (protocolos).

Se valorará el grado de satisfacción respecto a la actuación por parte del personal en cada caso.

Se incluirán en el estudio todos los pacientes que acudan en el periodo de estudio concreto que cumplan criterios de inclusión.

6.– VARIABLES

Sociodemográficas: edad, sexo, procedencia geográfica, nivel de estudios, situación laboral, dependiente SI o NO, tipo de domicilio. Estado civil.

Clínicas: quien atendió al paciente en primer lugar. Si acude tras visita previa a otro centro sanitario, motivo de consulta, visitas posteriores a la inclusión en el estudio por el mismo motivo, resolución por parte de enfermería o derivación al facultativo, turnicidad.

Variables de resultado: hora de llegada, hora de asignación, hora de alta, satisfacción y visitas posteriores a la inclusión en el estudio por el mismo motivo de consulta en los primeros siete días tras el episodio índice.

7.– INSTRUMENTOS / TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS

- Base de datos (ver anexo 4) creada para dicho estudio.
- Protocolos de enfermería sobre los siguientes motivos de consulta: roturas leves de escayola, molestias en extremidad tras colocación de yeso o férula, quemaduras de primer grado, suturas no complicadas, recambios de sonda nasogástrica o vesical que se derivan por imposibilidad de colocación en otros centros sanitarios.
- Encuesta de satisfacción diseñada exclusivamente para el estudio. Se ha utilizado la encuesta corporativa de 2010 de Osakidetza y se han adaptado algunas preguntas. El profesional de enfermería que atiende al paciente, tras finalizar la atención, se la entrega para que éste la complete en el momento.
- En cada centro habrá una persona responsable de la recogida de datos (revisión de historias clínicas).

8.– ANÁLISIS DE DATOS

Se realizará un análisis exploratorio de datos de la muestra recogida en el estudio: Se hallarán medias (y desviaciones estándares) o medianas (y rangos intercuartílicos) para las variables cuantitativas, como la edad del paciente o el tiempo de asignación.

Las variables cualitativas se mostrarán como frecuencia y porcentaje.

La normalidad de las variables cuantitativas se valorará mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Para medir la asociación entre las variables recogidas en el estudio (edad del paciente, grupo de estudio, centro, zona geográfica…) y el tiempo de asignación se hará uso de la prueba de *t* de Student o análisis de varianza (ANOVA) para muestras independientes. Si el tiempo de asignación no sigue una distribución normal, se hará uso del test no paramétrico de Wilcoxon o Kruskall-Wallis para muestras independientes, respectivamente.

Se realizará un análisis multivariante para determinar las diferencias existentes entre ambos grupos de estudios, en cuanto al tiempo de asignación ajustado por aquellas variables en las que se ha obtenido un p-valor <0.20. Para ello, se hará uso de modelos lineales generalizados y como variable resultado el tiempo de asignación.

Además, se valorará la asociación entre los factores recogidos durante el estudio y el nivel de satisfacción del paciente. Ini-

© Fundación de la Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2012

cialmente, se utilizarán la prueba de *t* de Student o ANOVA para las variables continuas. En caso de que no sigan una distribución normal, se hará uso de las pruebas no paramétricas mencionadas anteriormente. En cuanto a la asociación entre variables categóricas se utilizará el test de la Chi-cuadrado o el test exacto de Fisher, si las frecuencias esperadas son menores que 5.

Finalmente, se realizará un análisis de regresión logística multivariante con el fin de determinar los factores predictivos de estar satisfechos. La variable resultado será la satisfacción del paciente (dicotómica) y las explicativas serán aquellas que en el análisis previo han obtenido un p-valor <0.20. Se hallará el área bajo la curva ROC con el fin de determinar el poder de discriminación del modelo final.

Los cálculos se realizarán mediante el software estadístico SAS System V9.2. Se asumirá significación estadística cuando p<0.05.

9.– TIEMPO DEL ESTUDIO

Se estima que la duración del estudio será del 1/1/2012 al 31/12/2012. Previamente, se ha realizado un proyecto piloto (10 casos) desde el 1/10/2011 al 31/12/2011

10.– RELEVANCIA CIENTÍFICA Y SOCIOSANITARIA DEL ESTUDIO

1.- Actualmente los Servicios de Urgencias Hospitalarias a nivel nacional no contemplan la Consulta de Enfermería independiente, por lo que consideramos que sería de ayuda para la mejora de los tiempos asistenciales.

2.- Al no existir datos concretos sobre la situación de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias del HGU por patología leve vistos en una Consulta de Enfermería, este estudio puede orientarnos sobre ellos y, así, de manera indirecta, hacernos saber la magnitud de este problema. Además, se identificarán áreas de mejora en el ámbito clínico y se sabrá en que punto nos encontramos a la hora de implantar la consulta de enfermería en la urgencia hospitalaria.

3.- Los resultados del estudio se transmitirán a la Dirección del Hospital y a los Servicios Centrales de Osakidetza, para que puedan establecer mecanismos de mejora.

10.– EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR

Se trata del primer trabajo de investigación realizado por los componentes de equipo y para ello se ha realizado un curso sobre como realizar proyecto de investigación organizado por SATSE (sindicato de enfermería).

El proyecto ha sido presentado en varios congresos y jornadas en la Comunidad Autónoma Vasca.

11.– CRONOGRAMA

23/2/2011–2/03/2011:	concreción de nuestro objeto de estudio.
2/03/2011–13/04/2011:	búsqueda bibliográfica, aplicación de la metodología cuantitativa y elaboración del análisis estadístico.
13/04/2011–25/05/2011:	reuniones para revisión y realización de modificaciones con la Unidad de Investigación del HGU.
30/05/2011–7/06/2011:	reunión con la Asesoría Jurídica de Servicios Centrales de Osakidetza y con el Jefe de Servicio y la Supervisora de Urgencias.
24/06/2011:	notificación del proyecto a la Dirección.
1/08/2011–31/08/2011:	presentación del proyecto a la Unidad de Investigación Clínica para su aprobación.
1/09/2011–1/09/2012:	puesta en marcha.

12.– AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Garrastatxu Landaluce y a Gorka Díaz.
Unidad de Investigación del HGU (Susana Gutiérrez).
Supervisora y Jefe de Servicio de Urgencias del HGU.

10.– BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

1- Villatoro A. Definiciones básicas en medicina de urgencias. 2005; http://www.reeme.arizona.edu/materials/Definiciones%20utiles%20en%20medicina%20de%20urgencia.pdf

2-Toranzo T, Aramburu F. Los profesionales de urgencias y emergencias: perfil actual y posibilidades de desarrollo. 2010; 33 (supl.1): 13-18.

3- Pérez –Ciordia I, Guillén F. Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias en Navarra. 2009; 32 (3): 371-374.

4-Brugués A, Peris A, Martí T, Flores G. Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de Atención Primaria mediante una guía de intervenciones de enfermería. 2008; 40 (8): 387-91.

5-Small V. El desarrollo de un rol de práctica en enfermería de urgencias y emergencias: reflexiones desde la experiencia en Irlanda. 2010; 22, 220-225.

6-Larant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Sustitución de médicos por enfermeras en la atención primaria. 2008;Biblioteca Cochrane plus, 2.

7-Sánchez M, Santiago I. Áreas organizativas específicas y circuitos preferentes para patologías prevalentes en urgencias. 2010; 33 (supl. 1): 89-96.

8- Villanueva I. Consultas de enfermería en los servicios de cuidados críticos y urgencias. 2010; Hospital Vírgen de las Nieves. (Granada).

9- Hardy GE, West MA, Hill F. Components and predictors of patient satisfaction. Br J Health Psicol. 1996; 1: 65-85.

10- Royal College Nursing.(2011). An RCN Guide to the Advanced Nurse Practitioner Role, competentes and programma accreditation.accreditation@rcn.org.nk

Ainara Carpio Coloma, Amaia Hidalgo Murillo, Naiara Lago Diaz, Gorane Muñoz Kaltzakorta,
Sandra Onrubia Calvo, Irene Peribañez Serna.

Anexo 4: BASE DE DATOS
DATOS DEL INGRESO ÍNDICE

Motivo de consulta en urgencias:

1. Rotura leve de escayola.
2. Molestias en extremidad tras colocación de yeso o férula.
3. Quemadura de primer grado.
4. Sutura no complicada y /o erosión superficial sin traumatismo directo
5. Recambio de sonda nasogástrica que se deriva por imposibilidad de colocarse en otro centros sanitario.
6. Recambio de sonda vesical que se deriva por imposibilidad de colocarse en otro centro sanitario.

Inclusión en el estudio: 1. ☐ Sí 0. ☐ No (EXCLUSIÓN):

- No acepta ser atendido por personal de enfermería.
- Complicación que excede las competencias del protocolo.
- Ha sido atendido por el mismo motivo de consulta.

DATOS DEMOGRÁFICOS

Nº Historia: …… CIC: ……
Fecha de Nacimiento: ……/……/…… (día/mes/año) Edad (en años cumplidos): ……
Sexo: 1. ☐ Mujer 2. ☐ Hombre Localidad de residencia: ……
Teléfono de contacto: ……..
Enfermera que recibe al paciente: ……
Turno: …… Mañana ……. Tarde …… Noche ……
Fecha ingreso en urgencias: ……/…..…/…..…… Hora de llegada:……
Hora de asignación del paciente: ……/……/……
Ubicación del paciente: ☐ Zona ambulatoria ☐ Boxes
Derivado de otro centro: ☐ SI ☐ NO Tipo de centro …… Centro de salud …… Residencia …… PAC ……

DIAGNÓSTICOS

1. Rotura leve de escayola.
Rotura parcial de escayola perdiendo la funcionalidad del vendaje prescrito por el facultativo.

2. Molestias en extremidad tras colocación de yeso o férula.
Déficit de integración cutánea relacionado con inmovilización de extremidad con férula o vendaje de escayola manifestado dolor y/o molestias.

3. Quemadura de primer grado.
Déficit de integración cutánea en relación con epidermis, dermis o ambos, manifestado por quemadura:
a/ Zona de lesión: ☐ EESS ☐ EEII ☐ Tronco b/ Tamaño: …… mm

4. Sutura no complicada y /o erosión superficial sin traumatismo directo.
Déficit de integración cutánea en relación con traumatismo y/o corte manifestado por herida:
a/ Zona de lesión: ☐ EESS ☐ EEII b/ Tipo de herida: ☐ Incisa ☐ Abrasión c/ Tamaño: …… mm

5. Recambio de sonda nasogástrica que se deriva por imposibilidad de colocarse en otro centros sanitario.
Paciente portador de sonda de alimentación que es derivado al hospital por imposibilidad de intubación en otro centro.

6. Recambio de sonda vesical que se deriva por imposibilidad de colocarse en otro centro sanitario.
Paciente portador de sonda vesical que es derivado al hospital por imposibilidad de cateterización en otro centro.

TRATAMIENTO RECIBIDO EN URGENCIAS

1. Rotura leve de escayola.

© Fundación de la Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2012

2. Molestias en extremidad tras colocación de yeso o férula.

3. Quemadura de primer grado.
Apósito cicatrizante: ☐ SI ☐ NO

4. Sutura no complicada y /o erosión superficial sin traumatismo directo.
Apósito cicatrizante: ☐ SI ☐ NO Reducción de la hemorragia: ☐ SI ☐ NO Sutura: ☐ SI ☐ NO
Si sutura: Tipos: Nº de seda: 2 3 4
Tiras de aproximación: ☐ SI ☐ NO
Grapas: ☐ SI ☐ NO

5. Recambio de sonda nasogástrica que se deriva por imposibilidad de colocarse en otro centros sanitario.
Intubación gastrointestinal. Numero:……

6. Recambio de sonda vesical que se deriva por imposibilidad de colocarse en otro centro sanitario.
Cateterización urinaria. Tipo: ☐ Silicona ☐ Latex Numero:……

- CharIsonindex

¿Padece de?:	No
a) Infarto de Miocardio	☐
b) Insuf. Cardiaca Congestiva	☐
c) Enf. Cerebrovascular	☐
d) *Enf. Vascular Periférica*	☐
e) Enf. Pulmonar Crónica	☐
f) Demencia	☐
g) Enf. Reumática	☐
h) Úlcera péptica	☐
i) Enf. Hepática Leve: (Cirrosis sinHTPortal o hepatitis crónica)	☐
j) Diabetes: sin daño orgánico	☐
k) Hemiplejia o paraplejia	☐
l) Diabetes: con daño orgánico	☐
m) Tumor maligno (incl. Leucemia/linfoma)	☐
n) Enf. Nefrológica moderada o severa: (creati. Sérica> 3mg% (moderada) o con uremia, en diálisis o transplantados (severa)	☐
o) Enf. Hepática Moderada o Severa: (cirrosis con HTP sin sangrado (moderada) o cirrosis con HTP, HTP y sangrado por varices esofágicas (severa))	☐
p) Tumor sólido metastático	☐
q) SIDA	☐

- Nº de visitas totales a urgencias por el mismo motivo en el año anterior:
Hora de alta: …… /…… /…… Destino al alta: ☐ Domicilio ☐ Residencia ☐ Otros

RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN DOMICILIO TRAS 7 DIAS AL ALTA

Se le resolvió el problema por el que acudió: ☐ Si ☐ No Ha tenido alguna complicación: ☐ Si ☐ No
Revisitas por complicaciones: ☐ Si ☐ No
En caso de si, señalar: ☐ Dehiscencia ☐ Infección herida/quemadura ☐ Otras:……

VARIABLES DE RESULTADO

Revisitas a Urgencias: ☐ No ☐ Sí Fecha ……/……/…… (día/mes/año)
Causa: ……

FUNDACIÓN de la ENFERMERÍA de CANTABRIA

EXPERIENCIA COMUNITARIA

Nuberos Científica

www.enfermeríadecantabria.com/nuberoscientifica

Celebramos el Día Mundial de la Diabetes

Autoras:
Jannete Gil Laspiñas(*)
Ángela Lombera Torre

(*) Autora para correspondencia: jannetegil@gmail.com

Recibido:
Aceptado:

© Fundación de la Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2012

RESUMEN

Estudio realizado en un evento destinado a la promoción y difusión de la Diabetes Mellitus 2 durante el Día Mundial de la Diabetes, 14 de Noviembre de 2011. Entre las personas que desearon acceder a la carpa instalada en las inmediaciones del Ayuntamiento de Santander.

Uno de los objetivo específicos fue la detección del riesgo a padecer esta enfermedad entre las personas de nuestra comunidad. Para ello se realizó un cuestionario de detección de riesgo diabético (Portal Web de la OMS) y una posterior entrega de trípticos y otros folletos diseñados para este evento con información detallada de la enfermedad, finalizando con una prueba de glucemia capilar con su correspondiente valoración enfermera.

Se atendieron a unas 600 personas, 80% de las cuales >65 años. El 60% tenía antecedentes familiares que padecen esta enfermedad. El 40% del total padecía HTA y el 75% de las personas estudiadas tenía sobrepeso y obesidad. Según los resultados del test distribuido entre los asistentes, en torno al 85% tienen riesgo elevado de desarrollar Diabetes, un 10% muestra un riesgo alto y sólo el 5% restante no presenta riesgo.

Dado que existe un elevado índice de padecimiento de Diabetes en el estudio y confirmando a su vez ese 13% de población que padece un riesgo alto, se deduce que el sobrepeso y la obesidad constituyen dos de los factores influyentes en su aparición.

Viéndose así necesario la organización de un plan de actuación, contrastando los datos obtenidos en esta jornada con actividades futuras de las consultas en enfermería en los Centros de Atención Primaria.

Palabras clave:
- Diabetes mellitus.
- Sobrepeso.
- Hipertensión arterial.
- Ejercicio físico.
- OMS.
- Obesidad.
- Dieta saludable.

ABSTRACT

Study carried out among people who went into the marquee set up in the surrounding the town hall of Santander, in the promotion and spreading Diabetes Mellitus, type 2, campaign during World Diabetes Day, on the 14th November.

One of the specific aims was to detect factor of risk about suffering this disease within the population of our community. For that, it was made an interview of diabetic risk detection and after that, three-page leaflet and brochures were delivered, which were designed for that event. That material included detailed information about this disease. Finally, it was made a blood glucose test with its corresponding nursing assessment.

The results of the study among 600 persons, who were seen, showed that 80% were >65 years old. 60% had history of this illness in their family. 40% suffered from high blood pressure and 75% of those studied were overweight and obese. According to the blood glucose test made among those present, 85% had higher risk of developing diabetes, 10% showed high risk and only the remaining 5% had no risk.

One the conclusion of this study was that there was a high rate of suffering from diabetes supported by the 13% of population had high risk. From the above, it made be deduced that the overweight and obesity make up two of the influential factors on her appearance.

Keywords:
- Diabetes mellitus
- Overweight
- Arterial hypertension
- Physical exercise
- WHO
- Obesity
- Mediterranean diet

1.– INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica que se produce cuando el páncreas sufre una disfunción y no segrega suficiente insulina, también cuando el organismo no utiliza eficazmente esta hormona o cuando es incapaz de asimilarla. Está caracterizada por un aumento en la concentración de glucosa en sangre.

Según algunos datos que pueden observarse en la nota de prensa[1] de la OMS (Organización Mundial de la Salud) de septiembre de 2011 sobre la diabetes son los siguientes:

- En el mundo hay más de 346 millones de personas con diabetes.
- Se calcula que en 2004 fallecieron 3,4 millones de personas como consecuencia del exceso de azúcar en la sangre.
- Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios.
- Casi la mitad de esas muertes corresponden a personas de menos de 70 años y un 55% a mujeres.
- La OMS prevé que las muertes por diabetes se multipliquen por dos entre 2005 y 2030.
- La dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y la evitación del consumo de tabaco, pueden prevenir la diabetes de tipo 2 o retrasar su aparición.

Según otros estudios[2], de cada 100 personas, 17 sufren esta enfermedad, siendo más frecuente en las personas mayores de 65 años.

El efecto rebote de la enfermedad no controlada es la hiperglucemia, que con el paso de los años daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios (neuropatías) y el torrente circulatorio (enfermedades cardiovasculares).

Se pueden diferenciar tres tipos de diabetes: la DM Tipo 1,

la DM Tipo 2 y la diabetes gestacional.

La DM2 está adquiriendo proporciones epidémicas debido al aumento de la esperanza de vida de la población y a que está íntimamente asociada a la obesidad y a un estilo de vida sedentaria. Cabe recordar que en nuestro medio alrededor de un 10% de la población padece diabetes y el 50% de ésta desconoce que la padece, ya que las fases iniciales de la enfermedad es asintomática.

Puesto que conocemos que en nuestro medio alrededor del 80% de las enfermedades y fallecidos son consecuencia de la DM, se deberá promover entre la población una mayor conciencia del problema. Además de aportar una sensibilización a la ciudadanía sobre el aumento de las tasas sanitarias y sociales de morbi-mortalidad.

El Día Mundial de la Diabetes es la jornada elegida anualmente el 14 de noviembre como conmemoración al aniversario de la muerte de Frederick Banting, el cual junto a Charles Best, fueron determinantes en el descubrimiento de la insulina en el año 1922.

La OMS *"estima que en el mundo hay 346 millones de personas con diabetes, guarismo que muy probablemente, de no mediar intervención alguna, para 2030 se habrá más que duplicado. Casi el 80% de las muertes por diabetes se producen en países de ingresos bajos o medios"*. En definitiva, para el año 2030 se habrá duplicado el número de personas con DM sino se realizan medidas para su reducción.

La OMS impulsa las claves que pueden prevenir la diabetes de tipo 2 o retrasar su aparición. Los pilares principales son: la dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal adecuado y evitar el consumo del tabaco y el alcohol.

Dada la magnitud de la enfermedad, con ocasión de la celebración del Día Mundial, el Colegio de Enfermería de Cantabria continuó con la campaña 'Cuidamos de tu salud' y en esta ocasión puso en marcha, junto con el Ayuntamiento de Santander, un evento pionero basado en la prevención y cuidados sobre la diabetes mellitus. La actividad se diseñó y planificó tras la decisión tomada por un grupo de enfermeros expertos convocados por el Colegio.

2.– OBJETIVOS

General:

Promover y difundir la DM como enfermedad prevenible y visibilizar la enfermería profesional.

Específicos:

- Detectar el riesgo de padecer diabetes de las personas de la comunidad.
- Informar a la población de que la DM2 es una enfermedad prevenible.
- Informar a las personas de los signos y síntomas de la detección precoz de la diabetes
- Proporcionar información de los hábitos saludables que disminuyen el riesgo de padecer la enfermedad.
- Resolver las dudas e inseguridades sobre la enfermedad que la población planteaba.
- Dar a conocer a la persona la cifra de glucemia capilar.

3.– METODOLOGÍA

El evento transcurrió entre las 10 y las 14 horas y desde las 16 hasta las 19:30 horas, como se detalla a continuación.

A las 10:30 fue inaugurado por las autoridades municipales –alcalde y concejal de Salud–. Apoyaron con su presencia los presidentes de los Colegios de Médicos y Podólogos, así como el de la Asociación de Diabéticos de Cantabria.

Durante la jornada acudieron también para mostar su apoyo a la iniciativa el gerente del Centro Sociosanitario 'Padre Menni' de Santander, las direcciones de Enfermería del SCS (Servicio Cántabro de Salud), la subdirectora del ICASS (Instituto Cántabro de Asistencia Socio Sanitaria) y varios profesionales de atención primaria y hospitalaria.

La presidenta del Colegio y el propio alcalde realizaron declaraciones a la prensa para explicar cuales han sido los motivos de su organización.

La actividad se puso en marcha por un equipo de 3 enfermeras y se llevó a cabo en una carpa ubicada en la plaza frente al Ayuntamiento de Santander y equipada con el material necesario para el logro de los objetivos. Se considera una actividad comunitaria.

Las intervenciones realizadas fueron las siguientes:

- Recepción de las personas que desearon acceder, a quienes se les realizó un cuestionario de 6 preguntas (ANEXO I) recogidas del portal web de la Federación Internacional de la Diabetes[3]. Se trata de un test basado en los principios del Cuestionario Findrisc 2001 (Proyecto DE-PLAN-CAT, Fundació Jordi Gol i Gurina).
- Tras la cumplimentación del test, se determina si la persona tiene un riesgo alto o elevado de padecer la enfermedad en el futuro, según se indica en el documento referido.
- A continuación se le proporciona un ejemplar del tríptico diseñado por la organización del evento: Diabetes tipo 2, Prevención y Cuidados (ANEXO II). Además de otra información, con diseños atractivos y proporcionados por empresas colaboradoras.
- Posteriormente, la persona pasa a realizarse una glucemia capilar. Si el resultado es elevado, por encima del intervalo 80-110 mg/dl como rango de normalidad, se le indica que dispone y se aconseja acudir de la consulta de enfermería de su centro de salud correspondiente.

Al evento se unieron los profesionales del Colegio Oficial de Podólogos de Cantabria, para aportar una visión complementaria al cuidado del pie diabético y la prevención de complicaciones que son más propias en esta enfermedad.

La carpa también estuvo dotada por paneles y posters informativos sobre la DM, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, complicaciones, consejos sobre la dieta mediterránea, entre otros.

A las 6 de la tarde el Ayuntamiento iluminó su fachada con el color azul que simboliza la celebración de este día señalado, como muestra de apoyo de la institución a la Jornada.

Tras la finalización del evento, en días posteriores pudimos observar el impacto mediático en los medios de comunicación: periódicos de tirada nacional y otros regionales, agencias de comunicación y TV informando sobre la actividad realizada y el Día Mundial de la Diabetes.

© Fundación de la Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2012

4.– RESULTADOS

Acudieron a visitar la carpa unas 600 personas.

Un 80% fueron mayores de 65 años con predominio de hombres (55%) sobre mujeres (45%).

El 60% tenía antecedentes familiares y las personas más jóvenes acudían con la duda de saber si podían padecer diabetes dado que en su familia, había personas que lo padecían.

En torno al 40% eran personas con hipertensión arterial.

El 75% de los que acudieron tenía sobrepeso u obesidad.

La mayoría indicó que realizaban ejercicio diario en forma de caminata o paseos.

Según la clasificación del test realizado, se puede considerar que en torno al 85% son personas con riesgo elevado de desarrollar diabetes, mientras que el 10 % presentan riesgo alto y solo el 5% no presentaban riesgo.

Figura 1: Resultados obtenidos del riesgo de las personas para desarrollar diabetes.

La actuación profesional fue:

- Derivar a las personas de riesgo a las consultas de su enfermera correspondiente en el centro de salud y esto ocurrió en un 95% de los casos.

En relación con la evaluación cualitativa podemos considerar:

- Las enfermeras participantes valoraron la actividad como una experiencia profesional gratificante, de contacto con la población y de proximidad a la ciudadanía.
- Dicha actividad comunitaria es considerada como enriquecedora y novedosa en igualdad con las personas.
- Consideran que las instalaciones fueron adecuadas y con una ubicación estratégica.
- La ciudadanía se mostró satisfecha con la actividad, así lo expresaron reiteradamente. Además, mostraron agradecimiento por la profesionalidad recibida y la claridad de la información recibida.

5.– DISCUSIÓN

Se cumple el dato que indica la OMS haciendo referencia a que el 90 % de los casos de DM están relacionados con sobrepeso, obesidad y vida sedentaria.

La mayor parte de las personas que participaron realizan ejercicio diario en forma de paseos o caminata. Este tipo de ejercicio físico, al menos durante 30´, es frecuente en las personas mayores de 65 años.

Por lo tanto y referido a los dos puntos anteriores, parece que el ejercicio se puede incluir en los hábitos de vida `generalizados´ en la población. Pero no ocurre lo mismo frente a la obesidad y sobrepeso.

Las cifras elevadas de glucemia, probablemente y en algunos casos, se deben en parte a las ingestas recientes. Es decir, que no fueron respetados los periodos de ayuno. No obstante, estas cifras están fuera del rango de normalidad. Por lo tanto conviene descartarlas o confirmarlas. Podemos decir que el 60% está por encima del límite de normalidad. Además se encontraron algunas personas con cifras de marcados valores extremos, en dos de estos casos sin un diagnóstico médico de diabetes.

6.– CONCLUSIONES

Esta actividad comunitaria confirma el dato de que el 13 % de la población general, según la OMS, tiene riesgo alto padecer diabetes

El sobrepeso y la obesidad constituyen un factor muy influyente en la aparición de la diabetes –en esta experiencia, un 75% de las personas que participaron–. Sin embargo, contradictoriamente, la mayor parte de la población tiene incorporado el ejercicio en sus actividades diarias. Por lo tanto, el esfuerzo sanitario, en este caso referido a la enfermería profesional, debe centrarse en la reducción de sobrepeso y obesidad en la población.

Más del 60% de los individuos encuestados tienen antecedentes familiares de esta enfermedad. Por ello, es deducible que un alto porcentaje de las personas sufrirán diabetes a lo largo de la vida.

En el futuro, se debería organizar un plan de actuación para contrastar los datos recogidos en esta actividad con aquellos que fueron derivados a las respectivas consultas de enfermería.

7.– AGRADECIMIENTOS

Agradecemos el trabajo del equipo de enfermeros expertos que diseñaron la actividad a propuesta del Colegio de Enfermería de Cantabria.

7.– BIBLIOGRAFÍA

1. Día Mundial de la Diabetes.OMS. http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_diabetes_day/es/index.html
2. J. M. Vidal Mercé. Guía para personas con diabetes (Bayer). Servicio de endocrinología y Diabetes. Hospital Clinic, Barcelona.2009.
3. Internacional Diabetes Federation; Global Diabetes Plan Final 2011- 2021. http://www.idf.org/sites/default/files/Global_Diabetes_Plan_Final.pdf
4. Dr. Diaz Cardórniga, Dr. Menéndez Torre, Dr. Moreiro Socias, Dr. Franch Nadal. Consejos para el diabético tipo 2. Sanofi-Aventis SAU. 2006.

ANEXO I.–

COLEGIO de ENFERMERIA de CANTABRIA

DIA MUNDIAL DE LA DIABETES
14 de noviembre

¿Conoce si tiene riesgo de desarrollar diabetes?

Este cuestionario es orientativo, por lo que recomendamos que, en todos los casos dudosos, se acuda a la consulta enfermera de su centro de salud, donde se podrá establecer de manera precisa los valores de glucemia y la situación actual en la que se encuentra.

Conteste a la preguntas del test y, posteriormente, una enfermera le medirá el perímetro abdominal. Con estos sencillos datos se puede establecer si Vd. corre riesgo de desarrollar la enfermedad.

1.– Edad:

- ❑ menos de 40 (0 puntos)
- ❑ entre 40 y 49 (1 punto)
- ❑ entre 50 y 59 (2 puntos)
- ❑ más de 60 (3 puntos)

2.– Sexo:

- ❑ Mujer (0 puntos)
- ❑ Hombre (1 punto)

3.– ¿Algún familiar cercano tiene diabetes?

- ❑ No (0 puntos)
- ❑ Si (1 punto)

4.– ¿Toma medicación para la tensión arterial?

- ❑ No (0 puntos)
- ❑ Si (1 puntos)

5.– ¿Tiene sobrepeso u obesidad?

- ❑ No (0 puntos)
- ❑ Sobrepeso (1 punto)
- ❑ Obesidad (2 puntos)
- ❑ Obesidad extrema (3 puntos)

6.– ¿Realiza ejercicio físico al menos 30 minutos al día?

- ❑ No (1 puntos)
- ❑ Si (0 puntos)

Si ha contestado a las preguntas, acuda a una enfermera para continuar con el test

- **Perímetro abdominal:** **cm.**
  (Circunferencia de la cintura)

- SOBREPESO: mujeres 83 cm. / Hombres 92 cm.
- OBESIDAD: mujeres 87 cm. / hombres 100 cm.
- OBESIDAD EXTREMA: mujeres 122 cm. / hombres 125 cm.

- **GLUCEMIA:**

TOTAL DE PUNTOS: ☐

Una vez contestadas todas las preguntas, es necesario sumar los puntos obtenidos en ellas y aplicar la siguiente tabla de resultados:

- **4 puntos: RIESGO ALTO** de desarrollar diabetes
- **5 puntos o más: RIESGO ELEVADO** de desarrollar diabetes

Escuche atentamente las recomendaciones de los profesionales de enfermería y acuda a su centro de salud.

© Fundación de la Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2012

ANEXO II.

¿Qué es la diabetes?
La DIABETES es una enfermedad producida por una alteración del metabolismo del cuerpo humano, caracterizada por un aumento de glucosa en la sangre y por la aparición de complicaciones microvasculares y cardiovasculares, que incrementan los daños en otros órganos –riñón, ojos, corazón o nervios periféricos– y reducen la calidad de vida y aumenta la mortalidad.
La diabetes afecta a entre un 5 y 10% de la población y debe tenerse en cuenta que, por cada paciente diabético, existe otro sin diagnosticar.
Su frecuencia aumenta con la edad y también con el exceso de peso y la vida sedentaria, por lo que se espera un aumento de la enfermedad en el futuro.
¿Cuáles son los síntomas?
Esta enfermedad no suele presentar síntomas notables, pero un aumento de la sed, de la cantidad de orina o del apetito, así como la aparición de picores o infecciones, pueden señalar su presencia.
La diabetes se diagnostica midiendo la cantidad de azúcar en sangre (Glucemia)
¿Como se puede prevenir?
En sujetos con riesgo de desarrollar una diabetes tipo 2 –personas con obesidad o sobrepeso y sedentarias– la implantación de programas de pérdida de peso y planes de ejercicio físico pueden contribuir a la disminución del riesgo
Existen diferentes estudios clínicos que demuestran que una reducción moderada de peso y un programa de ejercicio físico, de tan sólo media hora diaria durante al menos cinco días a la semana, provoca una reducción del riesgo de desarrollar una diabetes.
Por su parte, la prevención de la diabetes tipo 1 está dentro del campo experimental, es decir, en fase de experimentación.
14 de noviembre
Día internacional de la DIABETES
COLEGIO de ENFERMERIA de CANTABRIA
AYUNTAMIENTO DE SANTANDER
COLABORAN:
A.MENARINI
sanofi aventis
LIFESCAN
Bayer
Abbott
Roche
Lilly
Contra la DIABETES
CUIDADOS
PREVENCIÓN
...porque la diabetes tipo 2 se puede prevenir
es una recomendación del:
COLEGIO de ENFERMERIA de CANTABRIA

REDUZCA el RIESGO
¿CORRE USTED RIESGO?
Historial familiar
Sobrepeso
Falta de ejercicio
dieta no saludable
CONOZCA LOS SINTOMAS DE ALERTA
necesidad de orinar con frecuencia
Falta de energía
Sed excesiva
Pérdida de peso
haga ejercicio físico...
1.- Para hacer ejercicio, se puede caminar 1/2 h. al día, pero también olvidarse del ascensor y subir escaleras o ir a trabajar andando.
2.- No cojas el coche para ir de compras. lleva un carro y camina a paso rápido.
3.- Haz ejercicio con tus hijos. les enseñarás el hábito y compartiréis buenos ratos juntos.
4.- Si tus hijos son muy pequeños, adapta una silla o un remolque a tu bici y aprovecha los carriles-bici y sendas peatonales para hacer ejercicio.
5.- "Hago ejercicio cuando mi respiración es más rápida de lo habitual, pero me permite hablar". Notarás que el latido de tu corazón es más fuerte. Además, el cuerpo se acostumbra y te sentirás más relajado y alegre.
¡Vive tu vida de forma activa, previene diabetes y enfermedades cardiovasculares!
Ciclismo
Andar a paso ligero
Bailar
Nadar
...y siga una alimentación saludable
DIETA MEDITERRÁNEA
1.- Utilizar aceite de oliva preferentemente.
2.- Consumir alimentos vegetales en abundancia. (frutas, verduras, legumbres y frutos secos)
3.- El pan y los alimentos procedentes de cereales deben formar parte de la dieta diaria. (pasta, arroz y sus productos integrales)
4.- Los alimentos poco procesados, frescos y locales, son los más adecuados.
5.- Consumir diariamente productos lácteos. (leche, yogur y quesos)
6.- Consumir carne roja con moderación.
7.- Consumir pescado preferentemente y huevos con moderación.
8.- La fruta fresca debe constituir el postre habitual y excepcionalmente lácteos o dulces. (preferentemente elaborados en casa)
9.- El agua es la bebida por excelencia. El vino, con moderación, solo en las comidas. (máx. 1 copa en cada comida)
10.- Realizar actividad física todos los días, es tan importante como comer saludablemente.
Hacer ejercicio y tener buenos hábitos alimentarios son el mejor instrumento para evitar enfermedades como la diabetes.

FUNDACIÓN de la ENFERMERÍA de CANTABRIA

AVANCES DE LA ENFERMERÍA EN ESPAÑA

Nuberos Científica

www.enfermeríadecantabria.com/nuberoscientifica

Enfermería de Práctica Avanzada

(Artículo de opinión)

Autoras:

Montserrat Carrera López(*)

Unidad de Críticos Cardiológicos. Postoperados de Cirugía Cardiovascular. H.U.M. Valdecilla

Mercedes Lázaro Otero

Unidad de Neumología.
Hospital Cantabria

(*) Autora para correspondencia:
montsecarrera@wanadoo.es

Recibido: Diciembre 2011
Aceptado: Diciembre 2011

© Fundación de la Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2012

La idea de que en España existe una figura a la que se la puede considerar como enfermera de práctica avanzada (EPA) no es compartida por todos. Lo que sí está claro es que en la realidad internacional sí encontramos enfermeras de práctica avanzada que vienen a desarrollar competencias específicas a la de otro profesional de enfermería.

El Consejo Internacional de Enfermería (ICN) la define en el año 2002 como:

> *" La enfermera de práctica avanzada en una enfermera especialista que ha adquirido la base de conocimiento de experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado, cuyas características vienen dadas por el contexto ó el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer. Como nivel de entrada se recomienda un título de nivel medio universitario".*

¿Qué necesitamos, por tanto, para comenzar el desarrollo de la EPA en España?

En primer lugar se nos ocurre que es necesario el desarrollo de un marco normativo. Nuestra legislación no regula específicamente la EPA, pero si regula el Grado de Enfermería, requisito imprescindible para el desarrollo de esta nueva figura, que puede considerarse, por tanto, un punto de partida en el que sostener la evolución posterior de la profesión de enfermería.

Así el R.D. 1393/2007, de 29 de octubre, establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, impartidas en la Universidad de Cantabria y el R.D. 1892/2008, de 14 de noviembre, regula las condiciones para el acceso a las enseñanzas universitarias oficiales de Grado y los procedimientos de admisión a las universidades públicas españolas.

Pero no es suficiente con la posesión del título de Grado, pues otros países como Estados Unidos, Canadá o Inglaterra, donde la EPA es una realidad hace años, han establecido otros requisitos necesarios. Los pilares de la enfermería de práctica avanzada en los que se sustentan son:

- una fuente de conocimientos propios.
- especialización.
- habilidades prácticas específicas.
- capacidad de liderazgo.
- mejora de los resultados en salud.
- visibilidad del impacto en cuidado de la enfermería.
- investigación y evidencia clínica.

En Estados Unidos la EPA ya forma parte de su estructura sanitaria pero continuamente se está trabajando en mejorar. Las recomendaciones del informe del Instituto of Medicina de Estados Unidos del 2010 (IOM Reports-2010) en relación al desarrollo de la enfermería son que:

- las enfermeras deben alcanzar un mayor nivel educativo y de entrenamiento mediante la mejora del sistema educativo que promueva su progresión académica.
- deben trabajar en equipo con médicos y otros profesionales de la salud en rediseñar el Sistema de Salud de Estados Unidos.
- deben desarrollar un plan de trabajo y políticas que permitan mejorar la adquisición de información y las infraestructuras de comunicación.

Tenemos que ser conscientes que en otros países se lleva trabajando desde hace muchos años en el desarrollo de la EPA, y que, por tanto, no podemos compararnos con ellos en el grado de implantación y desarrollo. Lo que si podemos hacer es sentar las bases que nos permitan ir consiguiendo una presencia cada vez mayor en la Sanidad española y, con ello, el reconocimiento de un profesional de enfermería con funciones específicas que exigirán paulatinamente más nivel de responsabilidad.

Actualmente, en España este modelo no está desarrollado ni se puede desarrollar al no existir soporte legislativo. La figura más similar a la enfermera de práctica avanzada (EPA) sería la enfermera gestora de casos, que está integrada en el mapa de recursos sanitarios de la atención primaria en algunas comunidades autónomas, y su función es:

- la captación, cribado, valoración y planificación de las curas.
- la implementación (coordinación y gestión).
- la monitorización y evaluación.
- el acompañamiento a los pacientes durante su proceso por los diferentes escenarios, coordinando los recursos en función de las necesidades y velando para que participen en todas las decisiones importantes para su salud.

Es fundamental el trabajo conjunto con los profesionales de referencia del paciente (médico, enfermera y trabajador social), sin olvidar la coordinación con la enfermera de enlace hospitalaria, los equipos de atención especializada, los equipos de soporte del Programa de Atención Domiciliaria, así como otros equipos de ayuda y centros de recursos.

Comunidades donde se ha desarrollado esta figura son:

SERVICIO CANARIO DE SALUD. En julio de 1999 se puso en marcha el proyecto de Enfermería Comunitaria de Enlace para potenciar los servicios de atención domiciliaria, donde la enfermera es la gestora de cuidados que favorece la coordinación entre los diferentes profesionales de atención primaria, especializada y servicios sociales municipales, participando en la asignación de los recursos de manera óptima.

SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ. Se desarrolló el Decreto 137/2002 de Plan de Apoyo a las familias andaluzas para mejorar la atención domiciliaria a las personas inmovilizadas y sus cuidadores.

Se crearon equipos de atención domiciliaria dotados de equipos móviles de rehabilitación, celadores y fisioterapeutas con una buena provisión de ayudas técnicas y la incorporación de enfermeras de enlace, las cuales gestionan los cuidados domiciliarios de una forma coordinada entre todos los profesionales implicados en la atención de los pacientes y su cuidadores.

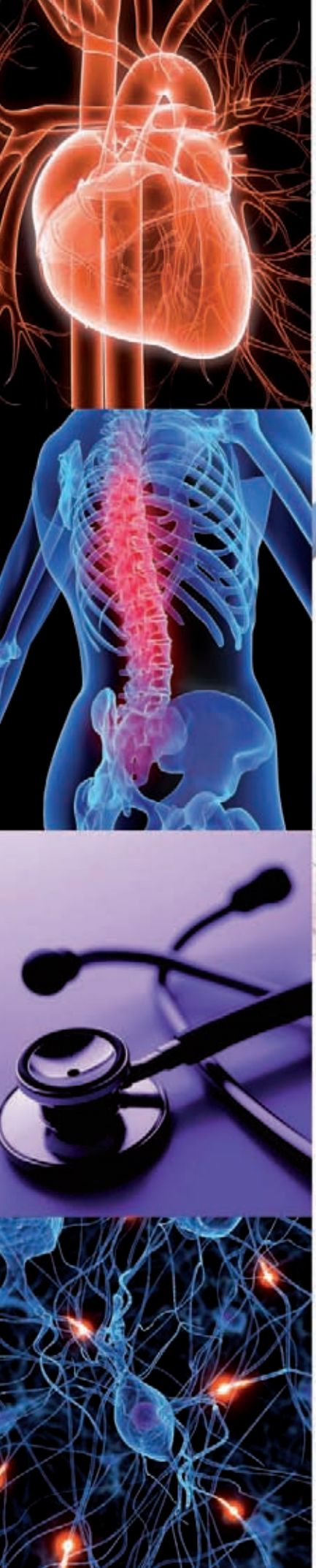
Cabe destacar la puesta en marcha de nuevos escenarios de atención de práctica de enfermera avanzada, como son los 'Equipos Móviles de Cuidados Avanzados', que combinan la atención urgente clásica con un enfoque holístico y de cuidados para dar respuesta a algunas de las necesidades que presentan los ciudadanos en virtud del incremento de la edad, la patología crónica y las situaciones de dependencias.

En el Sistema Sanitario Público Andaluz la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias desarrolla 'Equipos de Coordinación Avanzada (ECA)'. Son recursos móviles de urgencias presentes en las provincias de Málaga y Sevilla, que atienden de manera predominante 'Prioridades 2' (sospecha de patología aguda o exacerbación de una patología crónica sin probable amenaza vital o funcional inmediata y precisan atención en la mayor brevedad posible), así como en menor medida 'Prioridad 1' (situaciones de riesgo vital inminente o de secuelas graves y/o reversibles o pérdida de función de órganos vitales que precisan una atención inmediata). El Equipo de Coordinación Avanzada combina la actividad de un enfermero y un técnico de emergencias, a la cabecera de un paciente, con el apoyo y supervisión del médico de sala de coordinación que valora y resuelve sin necesidad de traslado más de la mitad de los casos donde es asignado.

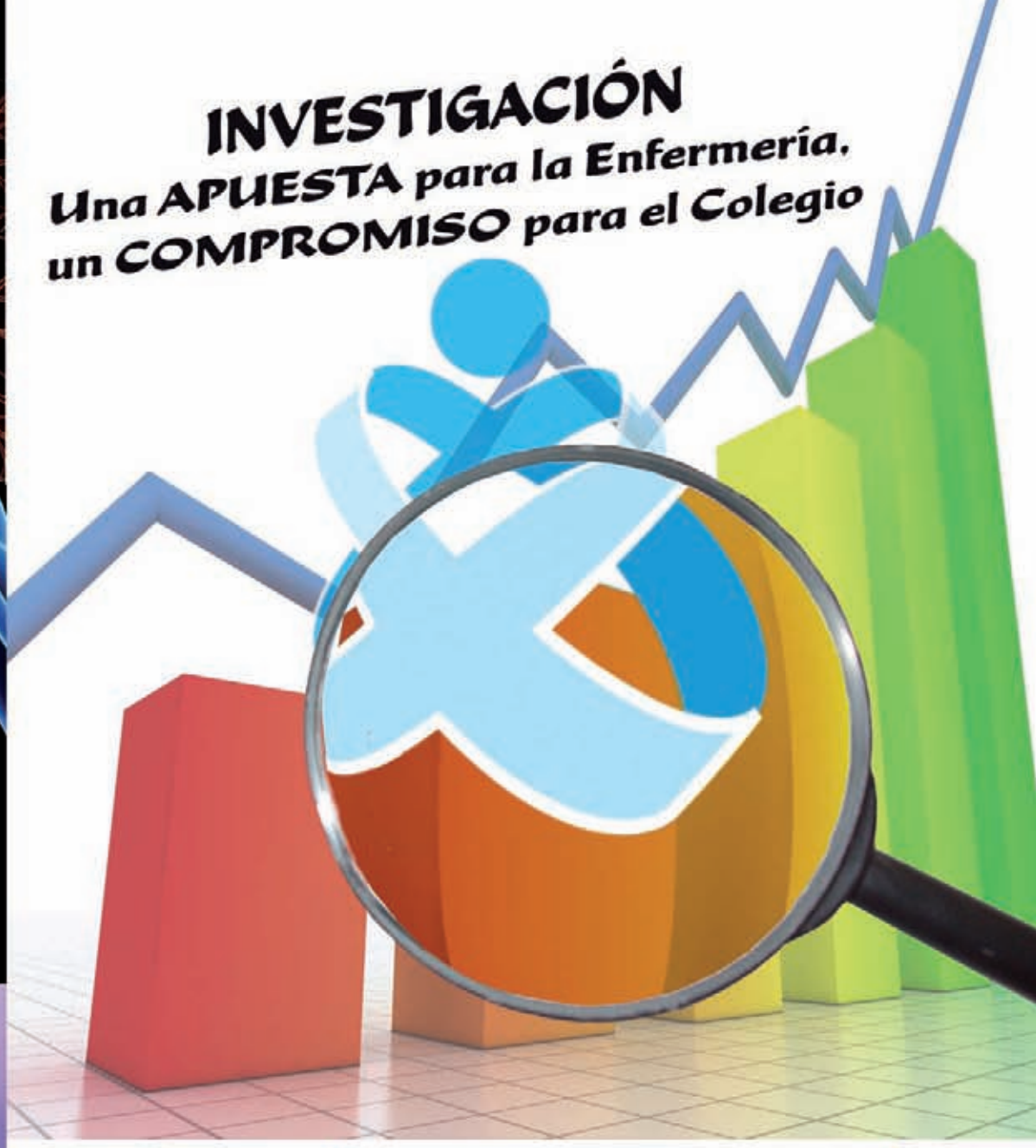
SISTEMA CATALÁN DE SALUD. En el ámbito de atención primaria se implementó el Programa de Gestión de Casos. Este documento define la Gestión de Casos como un proceso de colaboración en el que se valoran, planifican, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de la persona, articulando la comunicación y los recursos disponibles que promueven resultados de calidad y costes efectivos.

Según Juan F. Hernández Yañez, los retos del futuro de la enfermería española son importantes y van a requerir un gran ejercicio de creatividad, sensibilidad y proporcionalidad, por parte de la propia profesión y de la Comisión Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que deberá reunir los consensos necesarios para un desarrollo armónico e inteligente de una enfermería para el siglo XXI, cuya definición no se guíe ni por los deseos o expectativas de la enfermería (Martínez Riera y San Juan Quiles, 2009), ni por que otras profesiones sanitarias traten de imponer ese *statu quo* actual, sino por las necesidades y posibilidades del SNS para cumplir el ineludible imperativo de sostenibilidad de los servicios sanitarios, "rebajar los costes y mejorar los resultados" (Institute of Medicine, 2009).

© Fundación de la Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2012



INVESTIGACIÓN
Una APUESTA para la Enfermería, un COMPROMISO para el Colegio



ASESORÍA DE INVESTIGACIÓN

Ayuda y colaboración a los colegiados que deseen realizar o estén desarrollando trabajos o proyectos de investigación en cuidados.

- Formación para desarrollar investigación en cuidados.
- Apoyo a través del Premio de Investigación 'Sor Clara'.
- Divulgación a través de la revista Nuberos Científica.
- Apoyo a través de la Asesoría Científica.
- Acceso a bibliotecas presenciales y virtuales.

INFORMACIÓN: Oficinas del Colegio (Tel. 942 31 97 20 y colegio@enfermeriacantabria.com

FUNDACIÓN de la ENFERMERÍA de CANTABRIA

Nuberos Científic

Normas de publicación de traba estudios o proyectos (actualización)

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

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

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

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

1. NORMAS GENERALES DE PUBLICACIÓN

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

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

Es conveniente conservar copia del trabajo.

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

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

- Tipo de letra será Time New Roman, cuerpo 12, espaciado e interlineado normales.
- Evitar 'negritas', subrayados o mayúsculas para resaltar.
- Deberán evitarse las abreviaturas o siglas y, cuando sean necesarias, se explicará (la primera vez) entre paréntesis su significado. Se exceptúan las unidades de medida del Sistema de Medidas Internacional.
- Utilizar entrecomillados "…" para citas textuales.
- Utilizar entrecomillados '…' para referencias, títulos o nombres técnicos.
- Utilizar cursiva cuando se utilicen palabras en otro idioma o en latín.
- Las páginas irán numeradas consecutivamente en el ángulo superior derecho.
- En la **primera página** se incluirá, por orden:
  - Título del artículo, 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 y su dirección electrónica.
  - Apoyos recibidos (si existieran) para la realización del estudio o trabajo.

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

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

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.

ca

bajos,

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 (resumen curricular).
9. Medios disponibles y necesarios.
10. Bibliografía.
11. Relación de anexos.

2. ILUSTRACIONES

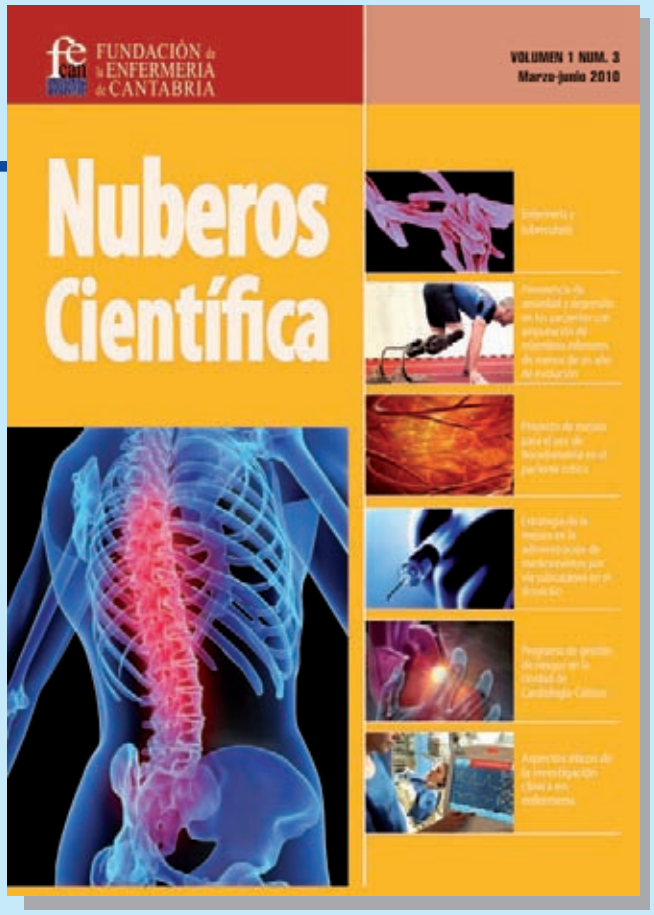
Tablas y gráficos:

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

Fotografías, grabados y dibujos:

Se incluirán solo cuando sean necesarias para la comprensión del texto. Se presentarán en archivo electrónico de alta resolución (300 ppp) y formatos JPEG o TIF. Solo se admitirán un máximo de cuatro fotografías por trabajo.

NUBEROS CIENTÍFICA se reserva el derecho de introducir fotos o dibujos alusivos al tema tratado de acuerdo a las necesidades de ajuste de espacio en la publicación.



3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Deben presentarse correlativamente según el orden de aparición en el texto (se utilizarán números con la opción *superíndice*).

Se recomienda un máximo de 30 referencias, 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 informará a personas e instituciones, solicitando su consentimiento para la realización del trabajo.
- Se adjuntará (en anexos) fotocopias de los permisos o autorizaciones, así como el dictamen del Comité de Bioética o de Ensayos Clínicos de la Comunidad Autónoma.

5. RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE DEBEN CONTENER LOS TRABAJOS:

Los trabajos deben enviarse a: colegio@enfermeriacantabria.com

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

FUNDACIÓN de la ENFERMERÍA de CANTABRIA

Agenda

VI REUNIÓN INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA – FORALANDUS 2012

"El Cuidado: una cuestión de identidad"
Zaragoza, 23 y 24 de marzo de 2012
Organización: Fundación Index.
Información: http://www.index-f.com

3º CONGRESO NACIONAL ENFERMERÍA EN CIRUGÍA

"Crisol de cuidados"
Córdoba, 18 a 20 de abril de 2012
Organización: Sociedad Española de Enfermería en Cirugía.
Información: http://www.fabulacongress.es/congresoseecir/

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

"Urgencias en buenas manos"
Bilbao, 19 y 20 de abril de 2012
Organización: Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias.
Información: http://www.enfermeriadeurgencias.com/

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

"De Senectute, dos mil años después"
Tarragona, 26 y 27 de abril de 2012
Organización: Sociedad Española de Enfermería en Geriatría y Gerontología.
Información: http://congresoseegg2012.atlantacongress.org/

XXXIII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

Las Palmas de Gran Canaria, 2 a 4 de mayo de 2012
Organización: Asociación Española en Cardiología.
Información: http://www.enfermeriaencardiologia.com/principal.htm

JORNADAS DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

"La seguridad clínica: una responsabilidad en los cuidados"
Córdoba, 3 y 4 de mayo de 2012
Organización: Sociedad Española de Enfermería Oncológica
Información: http://www.seeo.org/

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

Salamanca, 9 a 11 de mayo de 2012
Organización: Asociación Española de Enfermería en Traumatología y Ortopedia
Información: http://www.aeeto.com/

IX CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS

"Cuidados Paliativos: el arte de cuidar"
Badajoz, 9 a 11 de mayo de 2011
Organización: Sociedad Española de Cuidados Paliativos
Información: http://www.secpal2012badajoz.com

28 JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA EN TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

"Un pilar seguro"
Zaragoza, 9 a 11 de mayo de 2012
Organización: Asociación de Enfermería en Cirugía Ortopédica y Traumatológica
Información: http://www.28enfermeriatraumatologia.com/

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

Cáceres, 16 a 18 de mayo de 2012
Organización: Sociedad Española de Enfermería de Quemados y Cirugía Plástica
Información: http://www.seeqp.org/

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

"Competencias y demandas de la especialidad. Retos y respuestas"
Barcelona, 16 a 18 de mayo de 2012
Organización: Asociación de Enfermería Comunitaria
Información: http://enfermeriacomunitaria.org/web/

XXXIII CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS Y NEONATALES

Valencia, 31 de mayo y 1 de junio de 2012
Organización: Asociación Nacional de Enfermería de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales
Información: https://secure.anecipn.org/home.php

XXIV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA VASCULAR

"Cuidando con calidad en tiempos de crisis"
Castelldefels (Barcelona), 31 de mayo y 1 de junio de 2012
Organización: Asociación Española de Enfermería Vascular
Información: http://www.aeev.net/

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

"Medicina Intensiva más allá de la UCI. Nuevos retos"
Santander, 10 a 13 de junio de 2012
Organización: Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias
Información: http://www.seeiuc.com/portal.htm

XIX CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

San Sebastián, 13 a 15 de junio de 2012
Organización: Asociación Española de Enfermería de Patología Digestiva
Información: http://www.aeepd.com/

El Colegio te ofrece...

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

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

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

Colegio de Enfermería de Cantabria

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

La colegiación es un ¡SERVICIO!... Aprovéchalo

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

ORGANIZA:

Colegio de Enfermería de Cantabria

El Colegio de Enfermería de Cantabria convoca el 10º Premio de Investigación 'Sor Clara' con el fin de fomentar entre los profesionales de enfermería de Cantabria el interés por la investigación en cualquiera de las áreas del conocimiento de la disciplina enfermera.

BASES DEL CERTAMEN

1.– Podrán concurrir a este Premio todos los enfermeros pertenecientes al Colegio de Enfermería de Cantabria y que estén al día en sus obligaciones colegiales. Tanto los autores como colaboradores deberán cumplir con dichos requisitos.

2.– Los premios se concederán a proyectos de investigación exclusivamente, que sean inéditos y se ajusten a las bases del certamen. Dicho premio, tendrá la consideración de beca para la realización del proyecto y será asesorado y supervisado por la Asesoría de Investigación del Colegio.

3.– Se dispondrá de una dotación económica para el primer premio de 4.000 euros y de 2.000 euros para el accésit. Se repartirán en 3 pagos en función de la cronología del proyecto. Entregando el 50% como primer pago y los restantes en otros dos pagos del 25% cada uno. Todos, sujetos a retención fiscal.

4.– Según decisión del Jurado, los premios se asignarán a un solo proyecto o serán repartidos entre varios de los presentados al Premio y en las cuantías y proporciones que se estimen.

5.– Los proyectos que concurran a este Premio deberán ser presentados dentro del plazo establecido. En este caso, la fecha límite es el día 30 de abril de 2012 (inclusive).

6.– Los proyectos no tendrán limitación de espacio, deberán estar impresos a espacio sencillo, tamaño de fuente 12, por una sola cara y en formato DIN A-4, evitándose diferente tamaños y tipos de letras, subrayados, espacios, etc.

7.– Se entregará un original en papel y en soporte informático haciéndose constar en su etiqueta el título del proyecto.

8.– Los proyectos se entregarán en sobre cerrado, bien personalmente o por correo certificado, en:

Secretaría del Colegio de Enfermería de Cantabria
C/ Cervantes nº 10, 5º - 39001 Santander

En los mismos, no deberá constar el nombre/s de los autores ni cualquier otro dato que pueda identificarlos. En sobre aparte y cerrado, se incluirán los datos personales de los autores, lugar de trabajo, persona y dirección de contacto.

9.– Tras la entrega, los proyectos se registrarán con una clave.

10.– Los proyectos que se envíen por correo no deberán llevar remite, ni datos que permitan la identificación del autor/es.

11.– El plazo de recepción de los proyectos finalizará el día 30 de abril de 2012, siendo aceptados como dentro de plazo los que sean certificados ese mismo día.

12.– Los premios se fallarán por un Jurado, cuyos componentes deberán estar colegiados y al día en sus obligaciones colegiales, compuesto por los siguientes miembros:

- Presidenta del Colegio de Enfermería de Cantabria o persona en quien delegue.
- Un miembro de la Junta de Gobierno del Colegio de Enfermería de Cantabria.
- Un miembro del Departamento de Formación e Investigación del Colegio de Enfermería de Cantabria.
- Un representante de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Cantabria.
- Un representante del Servicio Cántabro de Salud.
- Un representante de instituciones del ámbito privado.
- Actuará como secretario, sin voz ni voto, el Secretario del Colegio de Enfermería de Cantabria.

13.– Los miembros que integran este Jurado Calificador no podrán presentar proyectos a esta convocatoria del Premio, ni como autores, ni como colaboradores.

14.– El fallo del Jurado, que será inapelable, se hará público el día de la celebración del Día Internacional de la Enfermería en Cantabria.

15.– Todos los autores que figuren en los proyectos, una vez fallados los premios, recibirán una certificación de los mismos que podrán utilizar en sus currículos.

16.– Los premios se podrán declarar desiertos si el Jurado calificador considera que los trabajos y proyectos presentados no tienen la calidad científica suficiente para merecerlos.

17.– Los proyectos premiados quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Cantabria y sus autores solicitarán autorización por escrito para su publicación en otros medios, con la obligación de mencionar que ha sido premiado en la edición correspondiente del Premio de Investigación 'Sor Clara' del Colegio de Enfermería de Cantabria.

18.– En el sobre, junto con los proyectos, se presentará un documento a modo de declaración jurada, comprometiéndose, en caso de resultar beneficiario de la beca, a devolver solidariamente su importe si transcurre el plazo señalado sin haberlo entregado terminado con arreglo al proyecto.

19.– El Colegio de Enfermería de Cantabria se compromete a publicar los proyectos premiados en los medios propios de que dispone o en cualquier otro medio de comunicación profesional que estime oportuno, haciendo siempre referencia a su autor/es.

20.– Presentación de proyectos. Requisitos:

Los proyectos se presentarán en formato de memoria de proyecto de investigación y se organizarán en los siguientes apartados:

1. Título.
2. Resumen: 250 palabras en español y en inglés.
3. Antecedentes, estado actual del tema y marco conceptual. Interés científico e implicaciones del estudio para la práctica clínica o la utilidad de los resultados para la comunidad científica, la profesión o la sociedad en su conjunto.
4. Bibliografía.
5. Hipótesis, si la requiere.
6. Objetivos.
7. Metodología, incluirá limitaciones del estudio.
8. Plan de trabajo, distribuido en etapas concretas y duración total del proyecto.
9. Experiencia del equipo investigador.
10. Medios disponibles y necesarios para la realización del proyecto.
11. Dictamen del Comité de Bioética o de Ensayos Clínicos del centro u hospital correspondiente o, en su caso, justificación de haber presentado el proyecto a dicho Comité.
12. Anexos.

Con independencia de la finalización del proyecto, el investigador principal del mismo deberá enviar al Colegio, a los 6 meses y sucesivamente con esta periodicidad, un informe-memoria de la evolución del mismo.

Los proyectos de investigación de carácter cualitativo deberán incluir los mismos formatos con la metodología propia de la investigación cualitativa.

21.– El hecho de la presentación de los trabajos implica la aceptación de las normas que se establecen en estas bases.

PLAZO PRESENTACIÓN:

30 de abril de 2012

FALLO DEL CONCURSO:

Celebración del Día Internacional de Enfermería

LUGAR DE PRESENTACIÓN:

Secretaría del Colegio de Enfermería de Cantabria

C/ Cervantes, 10 - 5º
39001 SANTANDER
Tel. 942 319720
Tel. 696 43 36 25