FUNDACIÓN de la ENFERMERÍA de CANTABRIA

VOLUMEN 1 NUM. 6
Febrero-junio de 2012

Nuberos Científica

MONOGRAFÍAS
Equidad de género: nuevas perspectivas sobre la salud
Nuria Alonso Peña

Actualización. Diagnósticos Enfermeros (DxE) y problemas interdependientes de la EPOC
Vanesa González Martínez

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
Vía intraósea, alternativa a la vía periférica
Sandra Onrubia Calvo, Ainara Carpio Coloma, Amaia Hidalgo Murillo, Naiara Lago Díaz, Gorane Muñoz Kaltzakorta, Irene Periáñez Serna

Estudio descriptivo de los conocimientos sobre recursos y uso de los servicios de salud de los estudiantes del I.E.S. Villajunco de Santander
Laura García Blanco

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN
Prevalencia del riesgo de desnutrición en el paciente quirúrgico programado en la fase preoperatoria medida a través de la valoración nutricional de enfermería
Inmaculada Rodríguez Rodríguez

Prevalencia de los diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria en la unidad de Hospitalización de Cantabria
Yolanda Doalto Muñoz, Adriana López Hinojal, Tania Cano Bances, María Vicente Pastor

OPINIÓN
El cuidado. Mi enfermera, testimonio
Rocío Cardeñoso Herrero

COMENTARIO DE LIBROS
Manual de cirugía menor en Atención Primaria
Luis García Martín

FUNDACIÓN de la ENFERMERÍA de CANTABRIA

Nuberos Científica

AÑO 2 NUM. 6 FEBRERO 2012-JUNIO 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

Revista indexada en la base de datos CUIDEN

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

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

NUBEROS CIENTÍFICA es una publicación de 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.

DIRECCIÓN:

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

CONSEJO ASESOR:

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

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

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

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

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

COMITÉ CIENTÍFICO:

Teresa Aguirre Oteiza
DUE. Master en Investigación de Cuidados de la Universidad Complutense de Madrid. Supervisora del Servicio de Admisión y Documentación Clínica del Hospital Laredo. (Cantabria-España)

Montserrat Carrera López.
DUE. Enfermera de la Unidad de Críticos y Postoperados de Cardiovascular. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander. (Cantabria-España)

María Fuente Merino.
DUE. Formación en Investigación. Enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos Generales del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander. (Cantabria-España)

Vanesa Martínez González.
Graduada en Enfermería. Enfermera del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander. (Cantabria-España).

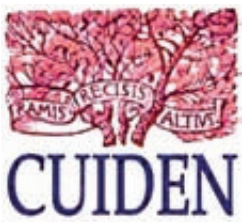
M. Soledad Ochoa Gutierrez.
DUE. Master en Dirección y Gestión de Servicios Santiarios de la Universidad de Cantabria. Supervisora de Calidad y Docencia del Hospital Laredo. (Cantabria-España)

Elena Rojo Santos.
DUE. Acreditada para la realización de Revisiones Sistemáticas de la Joanna Briggs para los Cuidados Basados en la Evidencia. Área de Formación, Calidad Investigación y Desarrollo Enfermería del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander. (Cantabria-España).

SUMARIO

NUBEROS CIENTÍFICA es una revista de carácter científico dirigida a profesionales de Enfermería y de la Salud, en general. Su distribución se hace de forma direccionada a todos los 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.

NUBEROS CIENTÍFICA está incluida en las bibliotecas digitales de los principales hospitales de España e indexada en la base de datos



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

MONOGRAFIAS

5 EQUIDAD DE GÉNERO: NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE LA SALUD
Nuria Alonso Peña

16 ACTUALIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS (DxE) Y PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES DE LA EPOC
Vanesa González Martínez

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

24 VÍA INTRAÓSEA, ALTERNATIVA A LA VÍA PERIFÉRICA
Sandra Onrubia Calvo, Ainara Carpio Coloma, Amaia Hidalgo Murillo, Naiara Lago Díaz, Gorane Muñoz Kaltzakorta, Irene Periáñez Serna

30 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE RECURSOS Y USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LOS ESTUDIANTES DEL I.E.S. VILLAJUNCO DE SANTANDER
Laura García Blanco

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

36 PREVALENCIA DEL RIESGO DE DESNUTRICIÓN EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO PROGRAMADO EN LA FASE PREOPERATORIA MEDIDA A TRAVÉS DE LA VALORACIÓN NUTRICIONAL DE ENFERMERÍA
Inmaculada Rodríguez Rodríguez

46 PREVALENCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE CANTABRIA
Yolanda Doalto Muñoz, Adriana López Hinojal, Tania Cano Bances, María Vicente Pastor

OPINIÓN

52 EL CUIDADO. MI ENFERMERA, TESTIMONIO.
Rocío Cardeñoso Herrero

COMENTARIO DE LIBROS

55 MANUAL DE CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA
Luis García Martín

56 NORMAS DE PUBLICACIÓN

59 AGENDA

CUIDEN y Nuberos Científica

Cuando el 14 de diciembre de 2010, en una jornada titulada 'Nuevos canales de comunicación para el Colegio de Enfermería', tuvimos el honor de presentar (precisamente como un nuevo canal), esta nuestra revista (de todos los enfermeros/as) Nuberos Científica (NC), nos propusimos unos objetivos.

Desde la honestidad y sin ambiciones, nos planteamos ir avanzando, especialmente en mejorar la calidad de la revista: calidad de imagen, de diseño y, especialmente, de contenidos.

Ahora, al cabo de 5 números (tenéis en vuestras manos la sexta publicación), tenemos el honor de poder comunicar que NC ha sido aceptada para su inclusión en la base de datos bibliográfica de carácter internacional CUIDEN.

La Fundación INDEX, a través de su Comité Técnico de Evaluación de Literatura Científica (en su informe del 20 de abril de 2012 y con el nº de resolución 011206) ha catalogado nuestra revista en su base de datos. En los indicadores obtenidos constan: Nivel de importancia, 3,44; Nivel de calidad, 3,71; Prioridad global, 3,57 (todas, valoraciones en un rango de 1 a 5).

En el constante seguimiento que realizamos al cumplimiento de los objetivos que nos planteamos cuando presentamos NC, tenemos que destacar que este reciente logro viene a cumplir con uno de esos objetivos planteados hace ahora año y medio. Es evidente que gracias a ello, desde ahora la repercusión que NC tiene en las consultas de ámbito científico va a ser mucho mayor.

Sin duda, este logro nos motiva para mejorar y avanzar en la calidad de esta publicación, y hablamos de calidad fundamentalmente de los contenidos. Debemos aprender en rigor científico; resulta imprescindible en este ámbito. Todo ello contribuirá, sin duda, a mejorar los cuidados que recibe y precisa la ciudadanía, y a consolidar la dignidad y seriedad de la profesión en su conjunto.

PILAR ELENA SINOBAS. Directora

RESUMEN DE CONTENIDOS

MONOGRAFÍAS

Equidad de género: Nuevas perspectivas sobre la salud.– Se trata de una excelente monografía sobre el tema con una exhaustiva búsqueda bibliográfica que hace del texto una interesante lectura para mejorar el conocimiento sobre equidad de género en relación con la salud.

Se hace una profunda ilustración sobre el término "género", para pasar a describir los problemas habidos hace unos años con las investigaciones en salud al no diferenciar géneros entre sí. Posteriormente, refiere las modificaciones hechas por las instituciones y organismos competentes para evitar los problemas derivados de lo anterior para finalizar con un análisis detallado de las diferencias en salud considerando el género.

Actualización, diagnósticos de Enfermería (DxE) y problemas interdependientes de la EPOC.– Un plan de cuidados estándar es una guia de orientación, con la elaboración de este trabajo se pretende la motivación de enfermería para realizar de manera independiente un plan de cuidados adaptado a cada paciente.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Vía intraósea, alternativa a la vía periférica.– La administración de fluidos y fármacos a través de la vía intraósea es un procedimiento poco utilizado en la practica clínica. Este trabajo hace una revisión bibliográfica sobre sus indicaciones frente a la dificultad de acceso periférico en situaciones de emergencias. Además, describe la técnica y establece los cuidados correspondientes.

Estudio descriptivo de los conocimientos sobre recursos y uso de los servicios de salud de los estudiantes del I.E.S 'Villajunco' de Santander.– Mediante este estudio descriptivo transversal se pretende conocer cual es el uso que hace la población joven de los servicios de salud y que conocimiento tienen los adolescentes acerca de los recursos disponibles a su alcance.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Prevalencia del riesgo de desnutrición en el paciente quirúrgico programado en la fase preoperatoria medida a través de la valoración nutricional de enfermería.– Interesante proyecto sobre la valoración del estado nutricional en pacientes prequirúrgicos, ya que en la actualidad no se aplica ningún análisis al respecto y, sin embargo, conocer la situación del paciente es de gran importancia por las repercusiones negativas postoperatorias, incluso durante la propia intervención quirúrgica.

Una vez conocidos los resultados del proyecto y si se considera, podrá incluirse esta valoración nutricional en el protocolo preoperatorio de pacientes programados para intervenciones quirúrgicas, previniendo y evitando las complicaciones posteriores y, en definitiva, mejorando la salud de las personas.

Prevalencia de los diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria en la unidad de hospitalización de Cantabria.– Se trata de un sencillo pero importante proyecto de investigación que contiene rigor metodológico y del que es posible plantear nuevos proyectos y desarrollar otros trabajos.

EXPERIENCIAS

El cuidado.– La extensa acepción del término que los profesionales enfermeros utilizamos con frecuencia, proporciona aquí dos visiones (profesional y paciente) que convergen en el mismo concepto del cuidado como resultado del conocimiento, de la dimensión ética y estética, de la sensibilidad hacia el cuidar, de la contribución al bienestar de la persona, del concepto holístico humano y, en definitiva, de la esencia de la Enfermería.

Comité Científico

FUNDACIÓN de la ENFERMERÍA de CANTABRIA

Nuberos Científica

www.enfermeríadecantabria.com/nuberoscientifica

MONOGRAFÍA

Equidad de género: Nuevas perspectivas sobre la salud

Autora:
Nuria Alonso Peña
Enfermera del H.U. Márques de Valdecilla (Santander-Cantabria-España)

Autor para correspondencia:
nuriaalonsop@gmail.com

Recibido: Abril 2012
Aceptado: Mayo 2012

Resumen:

Durante las últimas décadas, las evidencias observadas en cuanto a las diferencias en salud de hombres y mujeres, han hecho relevante la necesidad de incorporar la perspectiva de género en las políticas públicas y en ámbitos sociales y sanitarios.

Estas diferencias derivadas de la asignación de roles sociales específicos para cada sexo, ha dado lugar a la aparición de desigualdades de género, evidenciadas gracias a la inclusión de la desagregación por sexo en los estudios de investigación. De este modo, se ofrecen datos que permitirán apreciar diferencias en la salud de hombres y mujeres, como son la mortalidad, la esperanza de vida, la percepción de la propia salud... así como las diferencias de comportamiento en relación con factores que influyen en la salud: hábitos tóxicos, sobrepeso, ejercicio físico, división sexual del trabajo, realización de controles de salud, etc.

La consideración de estos factores implica conocer cómo afectan tanto a hombres como a mujeres puesto que, los factores a los que se exponen tienen diferentes consecuencias en función del sexo. Un ejemplo es la vida en pareja, que para los hombres constituye un factor protector de la salud, mientras que para ellas supone un factor de riesgo, íntimamente relacionado con la doble carga de trabajo que ha supuesto para las mujeres el desarrollo del trabajo remunerado junto con el doméstico. De la misma manera, influyen los hábitos relacionados con los estilos de vida, así como la utilización de los servicios sanitarios, entre otros.

La investigación ha introducido medidas para paliar desigualdades y lograr equidad de género, tales como la creación de programas bajo perspectiva de género y la formación en este campo profesionales sanitarios, clave para abordar inequidades.

Palabras clave:
- Género
- Salud
- Sexo

Abstract:

Over the last decades, evidences observed as for the differences in health of men and women, have made relevant the need to mainstream the gender perspective both in public policies and in social and sanitary areas.

These differences arising from the allocation of specific social roles for each sex, has given rise to gender inequalities appearance, highlighted thanks to disaggregation by sex inclusion in research studies. In this way, provide data that will enable to appreciate differences in men and women health, such as mortality, life expectancy, own health perception... as well as differences in behavior in relation to factors that influence health: Toxic habits, overweight, physical exercise, sexual division of labour, health controls, etc.

Consideration of these factors involves knowing how they affect both men and women, since the factors they are exposed have different consequences based on sex. An example is partner cohabiting, for men is a health protective factor, while for women represent a health risk factor, closely related to the double burden of work which has resulted for women in the development of paid work with the domestic work. In the same way influence habits related with lifestyles, as well as the use of health services, among others.

The research has introduced measures to mitigate inequalities and achieve gender equity, such as the creation of programs under gender perspective, as well as training in this field of health professionals, key to confront these inequities from their base.

Keywords:
- Gender.
- Health.
- Sex.

Durante las últimas décadas, las evidencias observadas en cuanto a las diferencias en Salud de hombres y mujeres han hecho relevante la necesidad de incorporar la perspectiva de género en el ámbito social y sanitario, y también de las políticas públicas.

Aunque numerosas organizaciones han apoyado esta nueva visión, tanto a nivel internacional como nacional, y los poderes públicos la han asumido e incluido en sus actuaciones, se trata de un campo en el que todavía es necesario avanzar puesto que, aunque en la actualidad la investigación bajo la perspectiva de género es un hecho, todos los estudios recogen la información en función del sexo y la analizan de forma independiente.

Sin embargo, se han realizado estudios en algunos aspectos para reconocer las necesidades de hombres y mujeres y para implementar programas y actuaciones dirigidas al abordaje de las desigualdades de género detectadas en dicha investigación.

Por otro lado, sexo y género siempre van unidos y sin embargo son conceptos diferentes; mientras que el sexo hace referencia únicamente a las características biológicas que diferencian a los hombres de las mujeres, el género es un concepto que engloba los roles, conductas y actividades que socialmente se consideran propias de hombres o mujeres.

De este modo, la mayor longevidad de las mujeres, por presentar una mayor esperanza de vida, no implica una mejor calidad de vida, puesto que sufren más enfermedades crónicas que los hombres, provocando incapacidades que las llevan a vivir de forma dependiente.

También se observan diferencias en cuanto a las causas de muerte, puesto que, como se expondrá en el segundo capítulo de este trabajo, las enfermedades cardiovasculares son la pri-

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

mera causa de muerte para ellas, mientras que para ellos lo son los tumores.

Estas diferencias que se producen entre unos y otros podrían explicarse mediante la consideración de múltiples factores que afectan a ambos sexos de distinta manera, como puede ser la vida en pareja que para los hombres constituye un factor protector de la salud, mientras que para ellas supone un factor de riesgo, íntimamente relacionado con la doble carga de trabajo que ha supuesto para las mujeres el desarrollo del trabajo remunerado junto con el doméstico.

De la misma manera influyen los hábitos relacionados con los estilos de vida así como la utilización de los servicios sanitarios, entre otros.

Por último, se han ido introduciendo una serie de medidas para paliar estas desigualdades, como pueden ser las encaminadas a liberar a las mujeres de dicha sobrecarga, y partiendo de la investigación lograr la equidad de género, para dar lugar a la creación de programas bajo la perspectiva de género, así como la formación en este campo de los profesionales sanitarios, clave para poder abordar estas inequidades desde su base y en el día a día.

1.– INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente en los estudios relacionados con la salud sólo se incluía a los hombres y los resultados eran extrapolados a toda la población, dando por hecho de esta forma, que los efectos de lo que se estudiaba serían iguales para ambos sexos. Sin embargo, gracias a los movimientos feministas de los años setenta[1], las mujeres comenzaron a expresar su descontento con el sistema de interacción médico-paciente y, posteriormente, a partir de los años noventa, las asociaciones médicas y algunas organizaciones del ámbito sanitario comenzaron a percibir la salud de las mujeres de forma diferente a la de los hombres y, consecuentemente, la necesidad de realizar actuaciones específicas para cada género. Así, el androcentrismo que sesgaba la investigación en salud va dejando paso a la epidemiología basada en las diferencias de género y al conocimiento de su influencia en la salud, con la consiguiente y progresiva inclusión de la perspectiva de género tanto en la investigación, como en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención sanitaria[1].

La conferencia de las Naciones Unidas celebrada en Beijing en 1995 impulsó la inclusión de la perspectiva de género en la investigación, puesto que hasta esta fecha los censos y estudios a gran escala se organizaban sin tener en cuenta esta variable. Así mismo, el informe *Beijing+5* hizo hincapié en la necesidad de realizar estudios estadísticos incluyendo datos separados en función del sexo, e indicadores de género, como mecanismo para llevar a cabo políticas públicas adecuadas. Por ello, en 1997 la Organización de Naciones Unidas (ONU) incorporó la perspectiva de Género en sus políticas y programas.

En un principio, las diferencias entre hombres y mujeres en relación con la salud, se referían de forma estricta a las diferencias relacionadas con el sexo; es decir, a las diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas, que aunque se engloban dentro de la perspectiva de género, 'sexo' y 'género' son dos conceptos diferentes, como se explicará en el primer capítulo de este trabajo.

Hasta entonces sólo el sexo se había considerado un determinante de la salud (dentro de los determinantes biológicos) y la OMS en su constitución establece que *«el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social»*[2]. Partiendo de este precepto, y considerando las diferencias que se producen en las sociedades en relación con los roles de género, que no han recibido la atención merecida, y la influencia que estas diferencias ejercen sobre la salud, la OMS comienza a establecer la necesidad de incluir la dinámica de género en sus políticas sanitarias[2] e integra en 2002 el género como determinante de la salud, estableciendo una nueva dimensión en sus políticas de actuación que denomina *'Política de la OMS en materia de Género: Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS'*, a partir de la cual la Oficina Regional Europea de la OMS inicia el *'Programa de Mainstreaming de Género'*.

La OMS justifica la inclusión del género como determinante de salud por su objetivada vinculación con la salud. Considera que las desigualdades de género interactúan con variables sociales y económicas, que dan lugar a diferentes pautas de exposición a los factores de riesgo para la salud, diferentes condiciones de acceso a los servicios de salud y diferente utilización y atención en los mismos[2].

El texto se compone de tres capítulos: el primero explica conceptos de 'Género' y 'sexo'. Se incluyen también otros conceptos como son equidad e inequidad de género, identidad social de género, etc.

El segundo, expone las diferencias en Salud entre hombres y mujeres, utilizando como fuentes el Instituto Nacional de Estadística (INE), y los informes sobre Género y Salud realizados, desde 2005, por el Ministerio de Sanidad.

El tercero, expone aspectos de la influencia del género en la salud, conclusiones extraídas de los capítulos anteriores, y una breve explicación de las medidas que se están desarrollando en relación con este tema.

2.– CONCEPTUALIZACIÓN DE SEXO Y GÉNERO

Durante las últimas décadas se ha introducido paulatinamente el término 'género' en la literatura científica sociosanitaria, sustituyendo en ocasiones al término 'sexo', y utilizándose como sinónimos, cuando en realidad se trata de conceptos diferentes[3].

Por este motivo, se intenta aclarar en qué consiste cada uno de ellos, vislumbrando de esta manera la importancia que ha adquirido la inclusión de estos dos conceptos, de forma independiente, dentro de la literatura sanitaria.

El término 'sexo' hace referencia, exclusivamente, a las características físicas, anatómicas, fisiológicas o biológicas que diferencian a los hombres y a las mujeres[4]. Tiene la particularidad de ser un término dicotómico, por dividir la población en dos grupos claramente diferenciados[5].

El 'género', sin embargo, es un concepto mucho más complejo, por estar relacionado con numerosas variables. Está determinado por las funciones, actividades y atributos que cada sociedad contempla para cada sexo, tratándose de un concepto dinámico, reproducible y variable de unas sociedades a otras

e, incluso, a lo largo de la historia[4].

El género hace referencia a las diferencias sociales o culturales motivadas por el sexo, por lo tanto son características simultáneas de las personas[4]. Es decir, todas las personas son de un sexo y, a la vez, poseen un género otorgado culturalmente por su rol social.

El sexo forma parte de los determinantes biológicos de la salud, tratándose de un determinante no modificable, mientras que el género, por tratarse de un constructo determinado socialmente, forma parte de los determinantes sociales de la salud[2] o estilos de vida que fueron definidos en el Informe Lalonde, en 1974, como los que porcentualmente ejercían una mayor influencia sobre la salud y, además, eran los más influenciables o modificables.

Según la OMS, mientras que el término 'sexo' hace referencia a las características que vienen determinadas biológicamente, el *"género se refiere a los roles sociales, conductas, actividades y atribuciones que cada sociedad considera apropiados, para hombres y mujeres"*[6].

En definitiva, el término 'género' se utiliza para describir las características de hombres y mujeres que están basadas en factores sociales. Las personas nacen con sexo masculino o femenino, pero aprenden a ser niños y niñas, que se convierten en hombres y mujeres. Este comportamiento aprendido compone la identidad de género y determina los roles de género[2].

La socialización de género viene determinada por la identidad social de género, que consiste en la asunción de lo que es considerado socialmente como masculino o femenino, en función de características aparentes, corporales y visibles, que se proyectan sobre cada sexo. Se considera la socialización de género, como la piedra angular dentro de este campo, por estipular una serie de conductas y patrones (de riesgo) estereotipados que producen desigualdades en salud entre hombres y mujeres[7].

Los roles y conductas definidos socialmente, como ya se ha mencionado, pueden dar lugar a desigualdades de género, como son las diferencias que se producen entre hombres y mujeres que favorecen sistemáticamente a un grupo u otro. De este modo, tales inequidades desencadenan injusticias entre hombres y mujeres, tanto en su estado de salud, como en el acceso a la asistencia sanitaria[6].

Es necesario matizar que no todas las diferencias en salud que se producen entre hombres y mujeres implican la aparición de inequidad de género, únicamente presentan esta característica las que se consideren innecesarias, evitables e injustas[8].

En la Carta de Ottawa, emitida por la OMS en 1986, en la primera Conferencia de Promoción de la Salud, se determina que la equidad supone un requisito para la salud. En el programa *'Política de la OMS en materia de Género: Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS'* se define la equidad de género como "la imparcialidad y la justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre hombres mujeres"[2]. Este concepto reconoce, por tanto, que existen diferencias en cuanto a las necesidades de hombres y mujeres, y que unos y otras gozan de distinto poder, por ese motivo tales diferencias deben afrontarse para corregir el desequilibrio que producen entre los sexos en materia de salud.

También se define en este programa la igualdad de género como la ausencia de discriminación basada en el sexo de la persona en materia de oportunidades, asignación de recursos y beneficios o acceso a los servicios[2].

La meta de la OMS es contribuir a la mejora de la salud tanto de hombres como de mujeres, mediante políticas, programas e investigaciones basadas en la perspectiva de género para promover la equidad[2].

Para alcanzarla, los objetivos generales son proporcionar información cualitativa y cuantitativa sobre la influencia del género en la salud y la atención sanitaria; apoyar a los Estados miembros en la forma de llevar a cabo la planificación, la ejecución y la evaluación de políticas, programas y proyectos, que tengan en consideración las cuestiones de género; promover la equidad y la igualdad entre hombres y mujeres a lo largo de toda la vida, y velar porque las intervenciones no fomenten papeles y relaciones de género poco equitativos, entre otros[2].

Por último, este programa determina la necesidad de incorporar el análisis de género en todas las acciones, puesto que considera que esta visión define, analiza e informa las medidas encaminadas a afrontar las desigualdades derivadas de los distintos papeles de mujeres y hombres y de las desiguales relaciones de poder que ostentan, así como las consecuencias de esas desigualdades en su bienestar, salud y vida. Además, dar relevancia a los riesgos y problemas de salud a los que se enfrentan unas y otros como resultado de su rol social[2].

Para poder abordar el tema de la equidad de género y desarrollar políticas públicas y sociosanitarias bajo esta perspectiva, se debe tener en cuenta la influencia que ejerce el género en las siguientes dimensiones[8]:

- Los condicionantes sociales y culturales de la salud y la enfermedad.
- Los factores protectores y de riesgo.
- El acceso a recursos para promover y proteger la salud, como la información, la educación, la tecnología y los servicios.
- Las manifestaciones, la gravedad y la frecuencia de las enfermedades.
- Las respuestas de los sistemas y servicios de salud.
- La producción, difusión y consumo de nuevo conocimiento.

Finalmente, incorporar la perspectiva de género en el análisis de las desigualdades en salud supone considerar la socialización de hombres y mujeres de forma diferente[4].

Por tanto, aunque en los estudios sobre determinantes de salud se ha iniciado la sensibilización de género mediante la utilización de muestras constituidas únicamente por mujeres, el género supone también un determinante de salud para los hombres. Por este motivo, y con la finalidad de conservar el rigor científico, surge la necesidad de considerar las desigualdades de género tanto en hombres como en mujeres, introduciendo la desagregación por sexo en la investigación[3]. Además, vincular, por un lado, la división por sexos del trabajo y de los puestos de poder con los perfiles epidemiológicos de la población y, por otro, las características de accesibilidad y gestión del sistema sanitario.

El marco teórico en el que debería encuadrarse un estudio para ser considerado 'con perspectiva de género', se basará en los sistemas de género, en los cuales se plantee el género como organizador de la estructura social (posición social de las mujeres y los hombres), determinante de los valores y normas (identidad social de género) y componente de la identidad personal[7].

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

3.– LAS DIFERENCIAS EN SALUD ENTRE HOMBRES Y MUJERES

La perspectiva de género comenzó a incluirse en la recogida de datos para estadísticas a partir de los años noventa, gracias a la toma de conciencia de los poderes públicos sobre la necesidad de incluir esta variable en los sistemas de información para poder llevar a cabo un análisis preciso de la situación de hombres y mujeres de forma independiente y, de esta manera, desarrollar políticas socio-sanitarias adecuadas a las necesidades de ambos sexos[9].

Como se ha mencionado anteriormente, varias organizaciones, como la ONU y la OMS, fomentaron a partir de la segunda mitad de la década de los noventa la inclusión de la perspectiva de género en todas las actuaciones sociosanitarias.

Con estos antecedentes, se llevó a cabo en nuestro país la regulación por la que se hacía efectiva la incorporación de la desagregación por sexo en el tratamiento de todos los datos incluidos en los registros, estudios e investigaciones, mediante el artículo 20 de la Ley Orgánica 03/2007, de 22 de Marzo, para la Igualdad Efectiva de Hombres y Mujeres.

Aunque previamente a la publicación de esta ley, la Encuesta Nacional de Salud (ENS) comenzó a incluir la variable sexo en algunos de los indicadores recogidos, posteriormente ha ido evolucionando en la inclusión de la perspectiva de género. Así lo establece el artículo *'Logros y retos de género de la Encuesta Nacional de Salud de 2006 (ENS 2006): análisis de los cuestionarios de adultos y hogar'*[7], concluyendo que la ENS 2006 incluye variaciones respecto de la anterior (ENS 2003), que permiten afirmar la mejora notable desde la perspectiva de género.

En este artículo se determinan, también, los campos que deberían ampliarse para adquirir un óptimo conocimiento de la influencia del género en el estado de salud de la población española, por ejemplo, en lo relacionado con los tiempos dedicados al trabajo productivo y reproductivo, que considera claves para determinar la división sexual del trabajo y la doble carga.

La ENS tiene como objetivo ofrecer información sobre el estado de salud de la población, para poder desarrollar una correcta planificación y posterior evaluación de las actuaciones e intervenciones en materia sanitaria[7]. Por este motivo, se considera tan importante que muestre las diferencias en el estado de salud de hombres y mujeres.

Se exponen a continuación algunos de los datos recogidos en la mencionada encuesta, con la finalidad de describir a grandes rasgos la situación actual en cuanto a la influencia del género en la salud, tema central de este trabajo, en la población española.

Así mismo, se incluyen datos obtenidos de otras fuentes, como el Informe Género y Salud 2005, la Encuesta Europea de Salud para España 2009 y el Barómetro Sanitario 2010, con el fin de incluir mayor información bajo la perspectiva de género, y así poder elaborar una composición más completa y aportar datos actualizados.

2.1. LA SALUD DE HOMBRES Y MUJERES: ESTADO DE SALUD POR GÉNERO DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS.

2.1.1. Mortalidad de hombres y mujeres

Según los datos sobre mortalidad por causa y sexo recogidos por el (INE) en el año 2008, se observan las diferencias en la causas de muerte de hombres y mujeres.

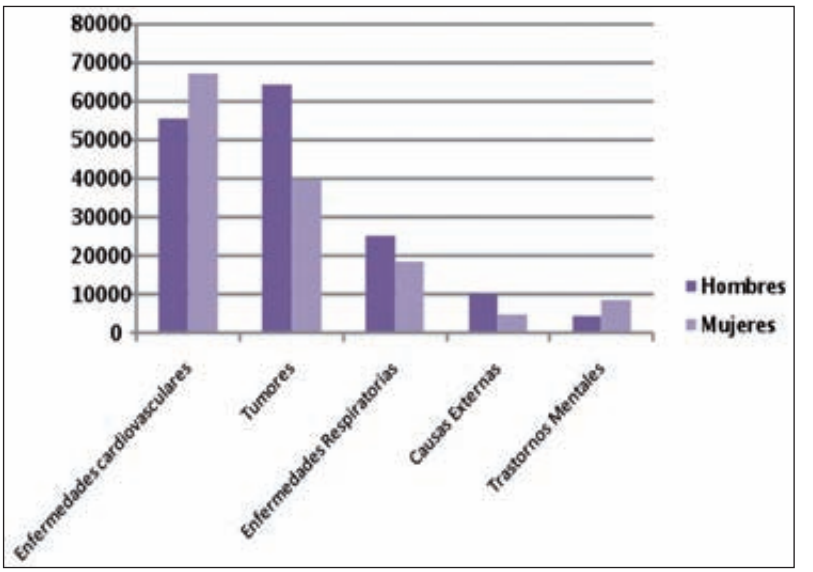


Figura 1.– Fuente: Instituto Nacional de Estadística año 2008. Elaboración propia.

La principal causa de muerte en España durante el año 2008 para los hombres fueron los tumores, provocando la muerte de 64.358 varones[10], mayoritariamente los de tráquea, bronquios y pulmón, y después los de hígado, páncreas y vías biliares.

Sin embargo, la primera causa de muerte para las mujeres fueron las enfermedades cardiovasculares, suponiendo la causa de muerte de 67.052 mujeres[10].

La segunda causa de muerte de los hombres en 2008 fueron las enfermedades cardiovasculares, produciendo el fallecimiento de 55.741 hombres[10]. Mientras que en las mujeres fueron los tumores la segunda causa de muerte, provocando la defunción de 39.696 féminas. Destaca, en primer lugar, el cáncer de mama; le siguen en importancia el cáncer de colon y, por último, los tumores ginecológicos (útero, cérvix, ovario y genitales)[10].

La tercera causa de muerte, tanto en varones como en mujeres, fueron las enfermedades del sistema respiratorio[10].

Y, por último, la cuarta causa de muerte en varones fue el grupo constituido por la causas externas[10], y, para las mujeres, los trastornos mentales y del comportamiento[10].

Tras esta recopilación de datos estadísticos sobre la mortalidad por sexo, se podría afirmar que las causas que provocan el fallecimiento de hombres y mujeres son diferentes, y, por lo tanto, se confirma que el género es un determinante de salud, en concordancia con lo establecido por varios autores al determinar que "las causas evitables de enfermedad y muerte son diferentes entre hombres y mujeres"[11].

2.1.2. Esperanza de vida

La esperanza de vida es la media de años que se estima que vivirá una determinada población en un periodo de tiempo. Según datos del INE publicados en 2008, la esperanza de vida a cualquier edad era mayor para las mujeres[12].

Sin embargo, en los países desarrollados la mayor longevidad no implica necesariamente el aumento de años vividos en buena salud, puesto que en la actualidad las enfermedades que afectan a sus poblaciones se caracterizan precisamente por su cronicidad[8]. Por este motivo, resulta imprescindible el análisis no sólo de la morbilidad y la mortalidad, sino también de las consecuencias derivadas de la enfermedad. Se utilizan, para ello, otros indicadores que analizan la calidad de vida, como la *Esperanza de Vida en Buena Salud*, la *Esperanza de Vida Libre de Discapacidad*, en general y para algunas actividades de la vida diaria, o la *Esperanza de Vida Libre de Enfermedad Crónica*[12]:

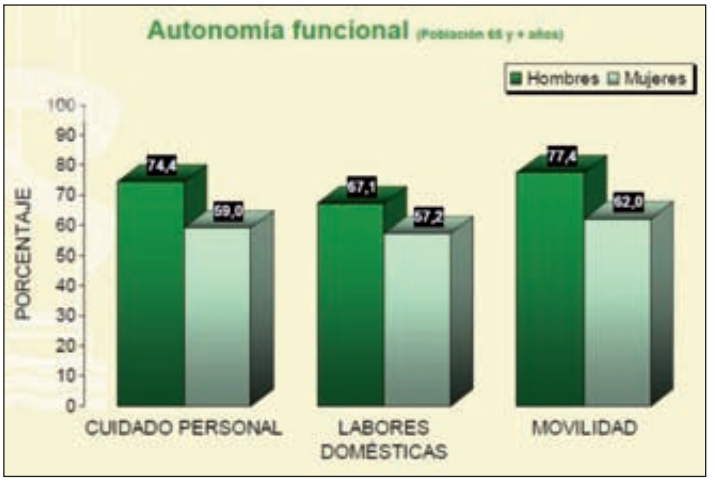


Figura 2.– Encuesta Nacional de Salud 2006.

- La **Esperanza de Vida en Buena Salud** es un indicador subjetivo que refleja el número de años que viven las personas en buena salud. Esta percepción es mejor en los hombres de todas las edades que en las mujeres[12].
- La **Esperanza de Vida Libre de Discapacidad** establece el promedio de años que le quedan por vivir a una persona sin padecer incapacidad, a una edad determinada. La posición de las mujeres en este aspecto es un poco mejor que en el indicador anterior, ya que hasta los 75 años tienen menos discapacidades que los hombres. Ocurre lo mismo con la *Esperanza de Vida Libre de Discapacidad para la Movilidad* y es superior para el *Autocuidado*, en que la situación de las mujeres es mejor que la de los hombres hasta los 80 años. Sin embargo son menos los años –70– en que las mujeres no presentan incapacidad tanto para las actividades básicas de la vida diaria como para la realización de las tareas del hogar[12].
- La **Esperanza de Vida Libre de Enfermedad Crónica** que indica el promedio de años que vivirá una persona sin padecer una enfermedad crónica es mayor en los hombres españoles de todas las edades.

Puede afirmarse que las mujeres son más longevas pero sufren más enfermedades crónicas e incapacitantes que les causan más dependencias y, por tanto, disponen de una peor calidad de vida. Por el contrario, los hombres viven menos años pero gozan durante más tiempo de una buena salud, sufren menos discapacidades y, por tanto, tendrán una mejor calidad de vida. Esto confirma los dictámenes de varios autores que establecen que *"la ventaja de supervivencia no equivale necesariamente a una mejor salud"*[1].

Estos datos se ven confirmados con los que se recogen en la ENS sobre la *Dependencia y la Salud Autopercibida* que se presentan en los gráficos siguientes (figuras 2 y 3).

Respecto a la autonomía se observa que el porcentaje de hombres autónomos funcionalmente es mayor para cualquiera de las tres actividades recogidas (el cuidado personal, las labores domésticas y la movilidad) que el de mujeres.

2.1.3. Salud Autopercibida

Los hombres valoran positivamente su salud en mayor medida que las mujeres[8], lo que también se refleja en los datos de la ENS (figura 3) en que el 75,1% de los hombres valora positivamente su salud, calificándola de buena y muy buena frente al 65% de la mujeres[13].

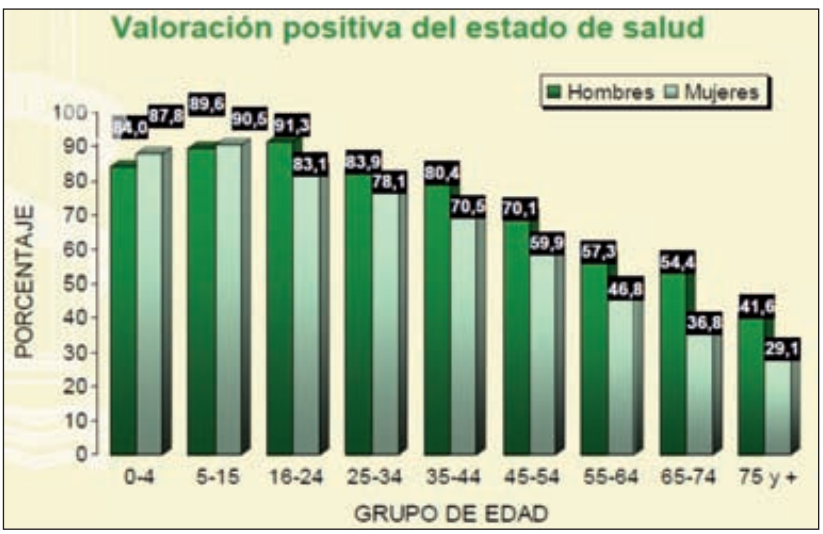


Figura 3.– Encuesta Nacional de Salud 2006.

2.1.4. División Sexual del Trabajo

Los datos referidos al trabajo reproductivo, también denominado 'doméstico', comprende las actividades destinadas a mantener el cuidado del hogar y de la familia y no suele estar reconocido social ni económicamente[14].

Para valorar la presencia de la 'doble carga' de las mujeres trabajadoras nos hubiera gustado relacionar estos datos con los relativos al trabajo productivo. Sin embargo, no hemos encontrado estudios amplios y desagregados por sexo que comparen la dedicación al trabajo doméstico de las personas que desempeñan un trabajo productivo, aunque la mayoría de los autores consultados afirman que esta situación se produce con mayor frecuencia en

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

las mujeres y que influye negativamente en su salud[15].

Tradicionalmente se ha llevado a cabo la realización del trabajo reproductivo por parte de las mujeres, por considerarlas con habilidad innata para desarrollarlo. Esta premisa ha sido sustituida por una explicación basada en la discriminación de género por la que se otorga esta responsabilidad a las mujeres, de modo que su incorporación al mercado laboral está suponiendo para ellas una sobrecarga de trabajo, puesto que, además de desempeñar un trabajo productivo, su dedicación al reproductivo continua siendo mayor que el de los hombres[16]. Se han realizado estudios que analizan la percepción tanto de hombres como de mujeres sobre el trabajo doméstico, en los que se establece que ambos sexos perciben estas tareas como feminizadas, puesto que consideran que son ellas las que realizan 'siempre' o 'habitualmente' tales labores, salvo en el caso concreto de las 'pequeñas reparaciones domésticas', consideradas como masculinizadas[17]. Por este motivo es importante estudiar el indicador 'trabajo reproductivo', que incluye el cuidado de menores, mayores y discapacitados, además de las tareas del hogar.

Figura 4.– Encuesta Nacional de Salud 2006.

Como se observa (figura 4) son las mujeres, con una clara diferencia porcentual, las que más se ocupan de las tareas del hogar y el cuidado de menores. Por otro lado aunque es mayor el porcentaje de mujeres que cuidan a mayores y discapacitados, hay pocas diferencias en las horas que unas y otros dedican a estas tareas.

Figura 5.– Encuesta Nacional de Salud 2006.

2.1.5. Hábitos Tóxicos

El consumo de tabaco y de alcohol son indicadores que están íntimamente relacionados con la premisa, ya mencionada, basada en el sistema patriarcal en el que los hombres, culturalmente, afrontaban una mayor exposición a riesgos para la salud[8].

Como reflejan los siguientes gráficos (figuras 5 y 6), el consumo de tabaco y de alcohol son mayores en hombres que en mujeres. Sin embargo, podemos observar que en los últimos años va disminuyendo en los hombres el consumo de tabaco, mientras que se mantiene en las mujeres.

La vinculación de estos parámetros con el indicador de clase social determina que en los hombres el mayor consumo de alcohol se produce en las clases sociales bajas, mientras que en las mujeres, por el contrario, son las de clases sociales altas quienes más consumen[8].

Figura 6.– Encuesta Nacional de Salud 2006.

2.1.6. Actividad Física, Sobrepeso y Descanso

Estos tres comportamientos forman parte de los patrones básicos de vida y tienen una influencia fundamental en la salud física, psicológica y social de las personas. Existen evidencias de que estos

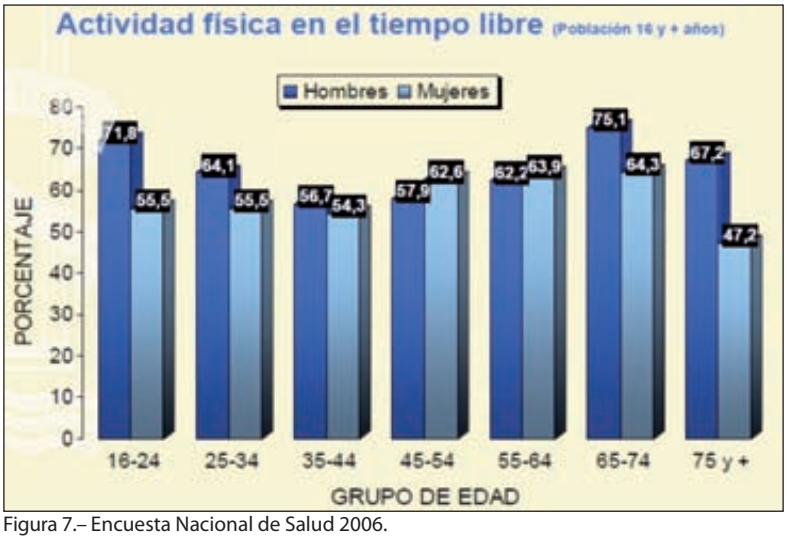


Figura 7.– Encuesta Nacional de Salud 2006.

patrones están claramente influenciados por el género y que el equilibrio de los tres proporciona bienestar a las personas[8].

El siguiente gráfico (figura 7) recoge la información sobre la actividad física en el tiempo libre.

Se observa que en el intervalo de edad entre los 16 y los 44 años es mayor el porcentaje de hombres que realiza actividad física, mientras que en los rangos comprendidos entre los 45 y los 64 años es mayor el de mujeres. La relación se invierte, de nuevo, a partir de los 65 años, siendo más los hombres que realizan actividad física. Por consiguiente, se podría afirmar que el sedentarismo en las mujeres es mayor en las edades extremas de la vida[8].

La influencia del género en este aspecto, también está determinada por la actividad física que se desempeña tanto durante el trabajo productivo como en el reproductivo. Durante el desempeño de la actividad laboral son los hombres quiénes realizan actividades que requieren mayor esfuerzo físico, mientras que más de la mitad de las mujeres desarrollan la mayor parte de su jornada laboral en posición de bipedestación, sin grandes desplazamientos o esfuerzos[8].

Además, debido a la doble carga que, en general, supone para las mujeres compaginar el trabajo productivo con el reproductivo, éstas tienen una menor disponibilidad de tiempo para realizar una actividad física regular y saludable.

En segundo lugar, alimentarse de forma saludable suele estar determinado, entre otras razones, por la economía, la disponibilidad de tiempo y por determinantes culturales[8]. Por ello, con el fin de describir de forma orientativa el estado nutricional de hombres y mujeres y, al carecer de otro tipo de información que lo refleje con mayor precisión, se expone el Índice de Quetelet de la población.

Se observa (figura 8) que el porcentaje de mujeres y hombres obesos es muy similar. Destacan las diferencias en los estados de sobrepeso, considerando dentro de esta categoría a los hombres y las mujeres con valores de entre 25 y 30 kg/m^2, en el cual los hombres prácticamente duplican el porcentaje de las mujeres; y en el peso insuficiente, en el que las mujeres poseen un porcentaje seis veces mayor que el de los hombres, incluyendo en esta categoría a los que presenten valores por debajo de 20 kg/m^2.

Al incluir la variable de clase social, se detecta que es mayor en ambos sexos la presencia de obesidad en las clases sociales más desfavorecidas y, sin embargo, la frecuencia de peso insuficiente es mayor en hombres de clase social baja y en mujeres de clase social alta. Probablemente se debe a razones económicas en los hombres de estamentos sociales bajos, mientras que en las mujeres de clases altas parece estar relacionada con varios factores, como la excesiva preocupación por el estado de salud, la mayor consideración de la propia imagen y por estar sometida a niveles más altos de estrés[8].

Si analizamos la autopercepción sobre su peso, encontramos que las mujeres se perciben más obesas que los hombres, incluso en los rangos en los que ellos presentan mayor porcentaje de sobrepeso. Estas diferencias podrían evidenciar una mayor preocupación de las mujeres sobre este tema y, en consecuencia, por su estado de salud[8].

Por último, se expone la información relacionada con el descanso. En general, los patrones de sueño por sexo son similares, aunque cabe destacar que dentro del grupo de personas que duerme menos de seis horas la mayoría son mujeres. Específicamente, entre los 25 y los 34 años la mayor proporción de personas con menos de seis horas de sueño diario, son mujeres. Mientras que los hombres de 44 años en adelante son los que con mayor porcentaje duermen diez o más horas al día[8].

2.1.7. Controles de Salud

Se tiene en cuenta como indicador de referencia el control que lleva a cabo la población sobre determinados factores de riesgo, para poder determinar intuitivamente la preocupación por el propio estado de salud, tomando como referencia el control de la tensión arterial y la medición del colesterol. Según los datos recogidos por la ENS 2006, se podría afirmar que los patrones de control de la salud son bastante similares, aunque es ligeramente superior el porcentaje de mujeres que llevó a cabo estos controles en los últimos tres años[8].

2.1.8. Utilización de los Servicios Sanitarios

Para analizar el uso de los servicios sanitarios se tomarán los indicadores de consulta médica, asistencia urgente, hospitalización y uso de medicamentos en los últimos 12 meses.

En primer término, se relaciona el porcentaje de hombres y

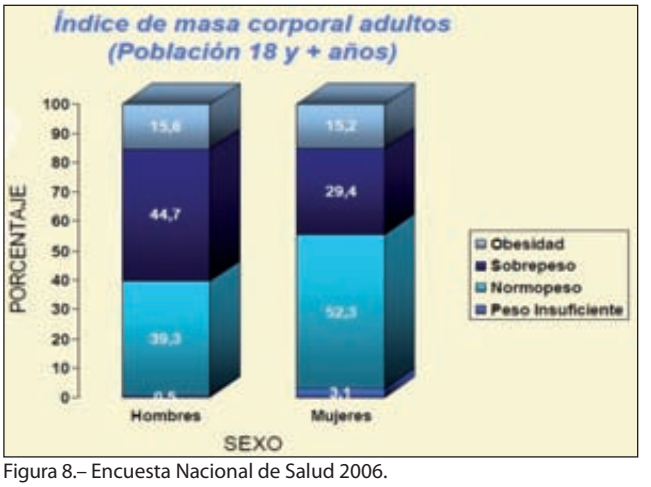


Figura 8.– Encuesta Nacional de Salud 2006.

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

mujeres que acudió a una consulta médica durante los últimos 12 meses y, según los datos expuestos por la ENS 2006, podemos afirmar que en general el porcentaje de mujeres que acuden a consulta médica es mayor que el de hombres[13].

Sin embargo, para analizar esta información es imprescindible tener en cuenta que los procesos relacionados con la reproducción requieren una mayor asistencia sanitaria hacia las mujeres, lo que en ocasiones, sobre todo en las edades reproductivas, puede explicar su mayor utilización de los servicios sanitarios[8]. Esto explicaría el aumento en la diferencia de porcentajes en las edades centrales de la vida y la aproximación de porcentajes en las edades más extremas.

En segundo término, se relaciona el porcentaje de hombres y mujeres que requirieron de asistencia urgente en los últimos 12 meses. Según los datos ofrecidos por la ENS 2006, se observa que el patrón es muy similar para ambos sexos, existiendo una diferencia más considerable –al igual que en el apartado anterior– en las edades centrales.

Por otro lado, se analizan los datos de hospitalización en función del sexo obtenidos del Informe Género y Salud 2005 y se observa que en general el porcentaje de hombres hospitalizados es mayor que el de las mujeres, salvo en las edades reproductivas[8]. También se ha observado que el porcentaje de hospitalización tras acudir a un servicio de urgencias es mayor en los hombres que en las mujeres[8].

Y por último, según el Informe Genero y Salud 2005, el uso de medicamentos es mayor por parte de las mujeres, en general, que de los hombres.

Varios estudios relacionan el diferente uso de los servicios sanitarios y la medicalización de la salud de las mujeres[8] con la imagen social, por tanto basada en el género, aún vigente de lo masculino y lo femenino que otorga a los hombres valores de fortaleza y valentía que dificultan su aceptación de la enfermedad en mayor medida que las mujeres, para las que parece cuando menos 'normal' que utilicen con frecuencia los servicios sanitarios, no sólo por el hecho de ser las reproductoras sino también por considerarlas más débiles. Esto puede ocasionar en muchos casos el retraso en la atención sanitaria de los hombres que ellos mismo favorecen, en aras de mantener el constructo social de fortaleza.

Además, según el barómetro sanitario, los hombres valoran más positivamente el sistema sanitario público que las mujeres. Por tanto, se podría afirmar que las mujeres, que son las que utilizan el sistema sanitario con mayor asiduidad, son más críticas con éste, puesto que consideran con mayor frecuencia que los hombres que *"necesita cambios fundamentales, pero algunas cosas funcionan"*[18].

4.– LA INFLUENCIA DEL GÉNERO EN LA SALUD

Las diferencias de sexo y de género forman parte de los determinantes de la salud[2] y, por tanto, generan desigualdades en la salud de la población, pues como se ha podido comprobar en el capítulo anterior, el estado de salud de hombres y mujeres es diferente, ya que lo son los factores que influyen en la salud de unos y de otras.

Aunque los factores de riesgo son cambiantes, habitualmente los hombres han practicado conductas de riesgo físico (consumo de tóxicos, accidentes, etc) en mayor medida que las mujeres, que pueden producir accidentes y enfermedades en las edades medias de la vida, provocando muertes prematuras. Por el contrario, las mujeres han desarrollado problemas crónicos, físicos y mentales, que no causan la muerte, pero sí importantes limitaciones durante toda la vida, debido a la influencia en la salud de sus roles sociales[19]. Algunos autores han observado que se producen situaciones en las que los mismos factores influyen de forma diferente en la salud de hombres y mujeres, como es el caso, por ejemplo, de la convivencia en pareja, que supone para las mujeres, debido a la distribución desigual del trabajo reproductivo, un aumento de la carga de trabajo que puede afectar negativamente a su salud. Mientras que en los hombres se ha observado que actúa como factor protector de la salud, porque constituye una fuente de apoyo social y aumenta el desarrollo de conductas saludables[19].

En la sociedad occidental contemporánea se han descrito cuatro modelos de género y su posible influencia en la salud[20]. El primero es el modelo tradicional, muy extendido durante el siglo XIX y presente todavía en las generaciones más mayores, en el cuál el motivo de la unión entre hombres y mujeres es constituir el núcleo social básico: la familia, basada en relaciones de parentesco jerarquizadas y la división sexual del trabajo, siendo la función de cabeza de familia por parte del hombre su forma de realización personal, mientras que para la mujer es la maternidad. Este modelo supone para el hombre la exposición al riesgo con el fin de demostrar fortaleza, así como los problemas derivados de las posibles dificultades del sostenimiento familiar; mientras que en el caso de las mujeres destacan el deterioro de sus redes de apoyo social y la sobrecarga de cuidadora como única actividad, entre otros[20].

Otro de los modelos descritos es el modelo de transición, en el que los motivos de la unión entre hombres y mujeres son el amor y la creación de una familia no jerarquizada, basada en las relaciones de parentesco, amor y apoyo mutuo. En este modelo, habitualmente, se desempeña un trabajo remunerado por parte de ambos, pero el trabajo doméstico suele estar desigualmente repartido, siendo este último desempeñado también por las mujeres, dando lugar a una jornada laboral doble o incluso triple con la consiguiente sobrecarga y efectos en su salud, así como la frustración de no poder alcanzar el proyecto personal de trabajo por falta de tiempo. Según este modelo, las mujeres y los hombres alcanzan la realización personal mediante el trabajo propio, el mantenimiento satisfactorio de la pareja y, en el caso de las mujeres la maternidad, y la paternidad en el de los hombres, desde el punto de vista de su responsabilidad social[20].

En el modelo de género contemporáneo los motivos de unión son el amor y compartir proyectos de vida juntos, facilitando los proyectos individuales mediante la alianza de recursos. Este modelo se basa en relaciones no jerarquizadas e igualitarias, en las que los hijos son proyectos de vida individuales y ambos alcanzan su realización mediante los proyectos vitales propios en el ámbito profesional, amoroso, paternal o maternal. La influencia de este modelo en la salud es similar en hombres y en mujeres, pudiéndose producir competitividad por el éxito entre ambos, rivalidad y distanciamiento, frustración, desistimiento en la búsqueda de pareja y soledad, entre otros, destacando para los hombres la aparición de sobre-exigencia en la satisfacción sexual[20].

El último modelo descrito, al que se dirige la sociedad y del cual está más cerca la porción más joven de la sociedad, es el de género igualitario. Se considera un modelo protector de género, puesto que se basa en las relaciones comprometidas en términos de igualdad, tanto social como íntima[20]. Aunque aún no se ha po-

dido estudiar, por constituir el futuro, la influencia de este modelo en la salud podría esperarse que también produzcan efectos psicosociales, al igual que ocurre con los anteriores, pero sin que éstos resulten desiguales e injustos en función del sexo por tratarse, como ya se ha dicho, de relaciones igualitarias.

Actualmente, el modelo más extendido es el modelo de transición, que produce sobrecarga para las mujeres por la desigual distribución del trabajo reproductivo. Por eso, se han ido originando cambios en la sociedad con el fin de facilitar la compatibilidad del trabajo doméstico con el remunerado, en el que cada día están más presentes las mujeres. Las estrategias que para la conciliación de la vida laboral y familiar se han ido desarrollando, como puede ser el trabajo a tiempo parcial, los servicios de proximidad (guarderías, asistencia a domicilio, centros de día…) o el apoyo informal (generalmente familiar y proveniente de otras mujeres), suelen ir destinadas a que sean ellas las que concilien[15], con la consiguiente carga de responsabilidad, culpabilidad, renuncias y, también, de pérdidas de poder, de desarrollo profesional, de tiempo… y de salud. Por el contrario, son escasas las medidas dirigidas a que los hombres compartan responsabilidades familiares, tales como los permisos por paternidad y las excedencias por cuidado de hijos, por lo que deberían ampliarse y promoverse activamente para que produzcan cambios reales en los comportamientos sociales.

Por otro lado, uno de los factores que explican la mayor demora por parte de los hombres para solicitar asistencia sanitaria cuando sufren un problema de salud[8] se basaría en la construcción social tradicional, correspondiente al modelo patriarcal que implica, de forma tácita, el deber de mostrar fortaleza física, no evidenciar debilidad y mostrarse saludables y, por consiguiente, asumir la exposición a riesgos para la salud[4].

Además, el proceso de enfermar, implica distintas consecuencias para hombres y para mujeres, por ejemplo la hospitalización por parte de los hombres supone (en general) el absentismo laboral durante el periodo que le corresponda, la suspensión de obligaciones, así como el apoyo o cuidado secundario de un familiar durante el periodo de hospitalización y durante el periodo de recuperación en el hogar, que suele estar proporcionado por su pareja u otras mujeres de la familia en caso de no tener pareja. Mientras que la hospitalización en el caso de las mujeres suele suponer, además del absentismo laboral que corresponda como en el caso de los hombres, el abandono de las obligaciones derivadas del 'trabajo reproductivo', asumiendo dichas obligaciones otras mujeres de la familia, que además serán las que se ocupen del cuidado de la hospitalizada[21].

El género influye por lo tanto en la naturaleza, la vulnerabilidad, la frecuencia y la severidad de los problemas de salud, así como en la percepción de los síntomas, la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios, el cumplimiento del tratamiento y de las actividades preventivas e, incluso, en el pronóstico de los problemas salud[4].

Sin duda, dentro de esta materia lo que más importancia ha cobrado en los últimos años ha sido la inclusión de la perspectiva de género en la investigación sanitaria. De forma lógica, puesto que se convierte en imprescindible para aportar la información necesaria sobre la situación de salud de la población que permita definir las políticas y planificar y programar las actuaciones oportunas y adecuadas a las necesidades en salud de hombres y mujeres. También deberá incluirse la perspectiva de género en la evaluación de los planes y programas y, en general, de todas las actuaciones. Sólo de este modo podrán ser una realidad las recomendaciones de la ONU y de la OMS, el ordenamiento jurídico de la Unión Europea y la legislación española.

Uno de los organismos pioneros en la promoción de la inclusión de la perspectiva de género es el Instituto de la Mujer, tanto en la investigación como en la implementación de programas sociosanitarios relacionados con la salud de las mujeres, que desde su creación en 1983 ha fomentado y subvencionado la formación en materia de género, la investigación sobre mujeres y de género, así como la creación de programas con perspectiva de género dedicados a problemas de salud prevalentes en las mujeres (como el cáncer de mama).

La aplicación de la perspectiva de género como marco conceptual para describir el estado de salud de la población y poder crear políticas sanitarias que aborden sus necesidades, requiere la inclusión del análisis de las necesidades en función del sexo y de las construcciones socioculturales de género interiorizadas (modelos, ideales y estereotipos), que motivan comportamientos o actitudes en relación con la salud, con el modo de acceso y consulta en los servicios sanitarios y con los recursos y atención que se prestan en los mismos[8].

Cabe especificar que el objetivo de lograr la equidad de género, hacia el que van encaminadas todas las actuaciones, y que constituye la meta de este paradigma, no implica igualar las tasas de mortalidad de hombres y mujeres[11], ni otorgar exactamente los mismos recursos y servicios, puesto que se busca una organización equitativa, no igualitaria. Más bien, consiste en organizar los recursos sanitarios de forma que, tanto hombres como mujeres, reciban la atención de salud adecuada a sus necesidades en cada etapa de su vida, en función de los factores de riesgo de unos y otras y actuando sobre las diferencias evitables que se producen entre ellos.

Además de la implementación de la perspectiva de género en la investigación y en todas las actuaciones sanitarias, se han producido en nuestro país otras iniciativas durante los últimos años, como la aprobación de la Ley Orgánica 03/2007 de 22 de marzo para la Igualdad Efectiva de Hombres y Mujeres o la creación del Ministerio de Igualdad en el año 2008, con la finalidad de llevar a cabo todas las actuaciones necesarias para hacer efectiva la erradicación de discriminación o desigualdades en cualquier ámbito. Sin embargo, el Ministerio de Igualdad tuvo una corta duración, ya que poco después ha sido transformado en una Dirección General englobada dentro del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Otro de los aspectos a tener en cuenta para la inclusión de la perspectiva de género en todas las actuaciones en materia sanitaria es el análisis e intervención sobre los estereotipos de género existentes entre los profesionales de la salud, es decir, de sus creencias arraigadas sobre que algunas actitudes, actividades, o profesiones son propias de un sexo u otro, sin base científica que sustente tal opinión[21].

También en el ámbito sanitario existen estereotipos de género, siendo el más extendido el de que los hombres se dedican a 'curar' y las mujeres a 'cuidar', otorgando de esta manera al sexo masculino el dominio científico-técnico en este campo, mientras que al sexo femenino se le otorga un rol menor, el de cuidadoras, para el que posee una serie de capacidades consideradas ancestralmente como innatas y cuya pervivencia se mantiene en el constructo colectivo[21].

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

De este modo, hasta hace pocas décadas los hombres ocupaban los puestos de mayor poder, en los estamentos más altos y con capacidad y recursos para la investigación, con lo que decidían tanto los temas a investigar, como los métodos y las muestras, relegando a un segundo plano los temas específicos de mujeres, las muestras representativas y los métodos, para lo que ellas tenían limitaciones o resultaban más problemáticas.

Estos estereotipos de género tienen también una gran influencia en la profesión enfermera, considerada 'de mujeres' e integrada por ellas en un 80%[21]. Esta situación y los estereotipos sociales y profesionales sobre las mujeres y las profesiones sanitarias conducen, por un lado, a que la Enfermería no sea considerada una profesión a la que puede dedicarse cualquier persona, de cualquier edad y por supuesto de cualquier sexo[21] y, por otro, a la 'naturalización y devaluación' de los cuidados, es decir, a que sean considerados como algo innato y natural que no requiere cualificación ni esfuerzo. De esta forma, se ha considerado a la Enfermería como una extensión del rol de madre, cuidadora y reproductora.

Todo esto refleja la necesidad de incluir la perspectiva de género en la formación de las profesiones sanitarias y, de este modo, garantizar las condiciones que permitan llevar a cabo una adecuada actuación sanitaria, en relación con la promoción de la salud, la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de hombres y mujeres y, de este modo, corregir también los sesgos de género intraprofesionales[21]. Por este motivo, varios especialistas apuntan la conveniencia de incluir esta materia como troncal u obligatoria en los planes de las nuevas titulaciones de grado de ciencias de la salud (medicina, psicología, fisioterapia y enfermería), dentro del marco del Espacio Europeo de Educación Superior. En la actualidad, el Observatorio de Salud de la Mujer ha promovido acciones formativas relacionadas con la especialización en salud pública y género, y, desde las universidades, se han desarrollado actividades formativas sobre salud y género, tanto en las titulaciones de grado y posgrado de las profesiones sanitarias como en los programas de doctorado de las Ciencias Humanas y Sociales[21].

Como conclusión final, se podría establecer que, aunque en las últimas décadas se ha desarrollado un claro avance en la introducción de la perspectiva de género tanto a nivel sanitario, como social, cultural y político, todavía queda un largo camino para realizar procesos bajo la perspectiva de género, puesto que la elaboración de planes y programas sociosanitarios está iniciándose aún en estos términos.

6– BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz-Cantero MT, Verdú-Delgado M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico Gac Sanit 2004;18 Suppl 1:118-125.
2. Organización Mundial de la Salud. Política de la OMS en materia de Género: Integración de las perspecitvas de género en la labor de la OMS. 2002.
3. Álvarez-Dardet C, Artazcoz L, Borrell C, Cascant L, Cortès I, Escribà-Agüir V, et al. 5ª Monografía Sociedad Española de Epidemiología. Investigación sobre Género y Salud. 2007 Julio 2007:75.
4. Borrell C, Artazcoz L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro Rev Esp Salud Publica 2008;82(3):245-249.
5. Gil Rodríguez EP. ¿Por qué le llaman género cuando quieren decir sexo?: Una aproximación a la teoría de la preformatividad de Judith Batler. 2002;Núm. 2 Otoño 2002.
6. Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud. Género. 2011; Available at: http://www.who.int/topics/gender/es/.
7. Ruiz-Cantero MT, Carrasco-Portiño M, Artazcoz L. Logros y retos de género de la Encuesta Nacional de Salud de2006:análisis de loscuestionarios de adultos y hogar Gaceta Sanit 2011;25(1):6-12.
8. Bolaños Gallardo EM, Colomer Revuelta C, Espiga López I, García Izaguirre C, López Rodríguez R, Mosquera Tenreiro C. Informe Salud y Género 2005 2007.
9. Cantero MTR, Gálvez NP, Ruiz VC, Martínez AR, Díaz CA-. Los sistemas de género y/en la Encuesta Nacional de Salud Gaceta Sanitaria 2006;20(6):427-434.
10. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. 2008; Available at: http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417&file=inebase&L=0.
11. Gómez E. Equidad, género, y salud: retos para la acción Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 2002;11(5-6):454-461.
12. Instituto Nacional de Estadística. Esperanzas de Vida en Salud por edad y sexo. 2008; Available at: http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p418/a2008/hogares/p01/esp_vida/l0/&file=01002.px&type=pcaxis&L=0.
13. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2006. 2006; Available at: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2006/encuestaNacionalSalud2006.pdf.
14. La Parra D, Masanet E. Comparación de los resultados de la medición del trabajo reproductivo en la Encuesta Nacional de Salud y la Encuesta de Empleo del Tiempo. Gaceta Sanit 2011;25(1):68-71.
15. Artazcoz L, Escribà-Agüir V, Cortès I. Género, trabajos y salud en España Gac Sanit 2004;18 Suppl 2:24-35.
16. Larrañaga I, Arregui B, Arpal J. El trabajo reproductivo o doméstico. Gac Sanit 2004;18 Suppl 1:31-37.
17. Durán Heras MÁ. Tiempo de vida y tiempo de trabajo. Primera ed.: Rubes Editorial; 2010.
18. Instituto Nacional de Estadística. Barómetro Sanitario 2010. 2010; Available at: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2010_Presentacion.pdf.
19. Rohlfs I, Borrell C, Anitua C, Artazcoz L, Colomer C, Escribá V, et al. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. Gac Sanit 2000;14(2):146-155.
20. Velasco Arias S. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud 2008.
21. Álvarez Díaz N, Bueno Salinero R, Castellanos Torres E, Colomer Revuelta C, Elola Ruiz de la Sierra, Beatriz, Espiga López I, et al. Informe Salud y Género 2007-2008. Mujeres y Hombres en las profesiones sanitarias. 2009.

FUNDACIÓN de la ENFERMERÍA de CANTABRIA

Nuberos Científica

www.enfermeríadecantabria.com/nuberoscientifica

MONOGRAFÍA

Actualización. Diagnósticos de Enfermería (DxE) y problemas interdependientes de la EPOC

Autora:
Vanesa González Martínez
Enfermera del Área de Medicina Interna del Servicio Cántabro de Salud (Santander-Cantabria-España)

Autor para correspondencia:
vanemar206@hotmail.com

Recibido: Abril 2012
Aceptado: Mayo 2012

1.– INTRODUCCIÓN, MARCO CONCEPTUAL. JUSTIFICACIÓN

MAGNITUD DEL PROBLEMA

A nivel mundial, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, a partir de ahora EPOC, posee una prevalencia de 5-10%, y es uno de los principales motivos de hospitalización frecuente en nuestro medio.

En las últimas décadas esta enfermedad está sufriendo un aumento importante y se está manifestando en mayor proporción en el sexo masculino debido a la prevalencia más alta de tabaquismo entre ellos. A pesar de esto, en los últimos años el tabaquismo entre las mujeres está aumentando y se espera para los próximos tiempos un aumento de la prevalencia de EPOC en este sexo.

En el ámbito mundial se ha predicho que esta enfermedad ascenderá en la clasificación de causas de muerte, pasando de la sexta posición en el año 1990 en mayores de 45 años a la tercera en el año 2020.

Por todo lo expuesto, la EPOC implica un gran coste para la sociedad, tanto por gastos directos (diagnóstico, hospitalizaciones prolongadas y tratamiento farmacológico) como indirectos (pensiones, pérdida de productividad y mortalidad prematura). Diversos estudios sobre el coste asociado a la EPOC estiman que los sujetos con EPOC gastan hasta tres veces más que los individuos sin EPOC.

DEFINICIÓN DE LA PATOLOGÍA

Es una enfermedad crónica y progresiva caracterizada por inflamación sistémica, pero predominante en el parénquima pulmonar y las vías aéreas, que causa destrucción alveolar y limitación al flujo aéreo no completamente reversible, que lleva al atrapamiento de aire y produce disnea progresiva y desacondicionamiento muscular periférico, tos y expectoración de diferente severidad".

El elemento clave en la definición de la enfermedad es la limitación u obstrucción al flujo aéreo. Aunque se han descrito diferentes parámetros para establecer la obstrucción de la vía aérea, en general se acepta la relación entre el Volumen Espiratorio Forzado en el primer segundo ($VEF_{1''}$) y la Capacidad Vital Forzada (CVF), $VEF_{1''}$/CVF después de la administración de un broncodilatador (VEF/CVF <70% posbroncodilatador), como un parámetro sencillo y útil para definirla. Por tanto los estudios epidemiológicos que mejor reflejan la prevalencia de la enfermedad son aquellos basados en criterios espirométricos, especialmente cuando se han utilizado broncodilatadores.

Esta enfermedad se manifiesta de dos maneras: como enfisema o como bronquitis crónica, aunque la mayoría de los pacientes con EPOC presentan una mezcla de estas dos lesiones y comparten hallazgos clínicos como la disnea y la obstrucción bronquial al flujo de aire[2].

El ***enfisema*** es un trastorno anatomopatológico consistente en un aumento de los espacios aéreos en los bronquiolos terminales con destrucción de las paredes alveolares.

La ***bronquitis crónica*** es una entidad clínica consistente en la presencia de tos y expectoración durante al menos tres meses en dos años consecutivos y en ausencia de otras causas de tos persistente. La confusión con el asma deriva, en parte, del hecho que la limitación del flujo aéreo en la EPOC puede acompañarse de hiperreactividad bronquial parcialmente reversible. Sin embargo, el asma se considera una entidad distinta de la EPOC y caracterizada por los componentes celulares y bioquímicos que participan en la inflamación bronquial[3].

JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento poblacional y la gran demanda asistencial, nos lleva a la realización de unos cuidados insuficientes debido a la falta de tiempo y a la falta de conocimientos sobre el manejo y los beneficios de la realización de un plan de cuidados adecuado. Considero que nuestro trabajo diario realizado en base a unos diagnósticos enfermeros adecuados, nos ayudaría a orientar nuestros cuidados enfermeros para conseguir una atención más adecuada, orientada a conseguir unos niveles de independencia más óptimos y a detectar precozmente signos y síntomas de empeoramiento del proceso salud-enfermedad.

La elaboración de este trabajo, ayuda a despertar la curiosidad de las enfermeras sobre todo lo que podemos hacer de manera independiente en un paciente con ciertas patologías concretas, siempre, viendo este trabajo como un estándar y teniendo en cuenta el amplio abanico de posibilidades que nos va a ofrecer cada caso o paciente concreto. Un plan de cuidados estándar nos va a ofrecer una guía de cómo orientar nuestro trabajo, pero en la práctica clínica nos vamos a encontrar a un paciente que vive su proceso salud-enfermedad de manera individual, de ahí la necesidad de individualización de nuestros cuidados.

2.– DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

DxE 00102. DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN

Puede estar relacionado con:

- Inapetencia
- Incapacidad para masticar/deglutir
- Fatiga, debilidad o cansancio
- Ansiedad
- Disminución de la motivación
- Falta de autonomía
- Barreras ambientales
- Otros (especificar): ……

Puede estar manifestado por:

- Incapacidad de abrir o manejar recipientes
- Incapacidad para preparar alimentos o utilizar los utensilios
- Incapacidad para llevar un recipiente a la boca, masticar la comida o mover los alimentos en la boca
- Incapacidad para completar la comida en cantidad suficiente
- Otros (especificar): ……

RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC):

0303 AUTOCUIDADOS: COMER

	INDICADORES	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
030301	Prepara comida	1	2	3	4	5
030302	Abre envases	1	2	3	4	5
030316	Corta la comida en pedacitos	1	2	3	4	5
030303	Maneja utensilios	1	2	3	4	5
030304	Coge comida con los utensilios	1	2	3	4	5
030305	Coge tazas o vasos	1	2	3	4	5
030306	Se lleva comida a la boca con los dedos	1	2	3	4	5
030307	Se lleva la comida a la boca con envases	1	2	3	4	5
030308	Se lleva comida a la boca con utensilios	1	2	3	4	5
030309	Bebe de una taza o vaso	1	2	3	4	5
030310	Coloca la comida en la boca	1	2	3	4	5
030311	Manipula la comida en la boca	1	2	3	4	5
030312	Mastica la comida	1	2	3	4	5
030313	Deglute la comida	1	2	3	4	5
030317	Traga líquidos	1	2	3	4	5
030314	Finaliza la comida	1	2	3	4	5

1004 ESTADO NUTRICIONAL

	INDICADORES	Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango normal
100401	Ingestión de nutrientes	1	2	3	4	5
100402	Ingestión alimentaria	1	2	3	4	5
100408	Ingestión de líquidos	1	2	3	4	5
100403	Energía	1	2	3	4	5
100405	Relación peso/talla	1	2	3	4	5
100409	Hematocrito	1	2	3	4	5
100410	Tono muscular	1	2	3	4	5
100411	Hidratación	1	2	3	4	5

1004 ESTADO NUTRICIONAL: ENERGÍA

	INDICADORES	Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango normal
100701	Energía	1	2	3	4	5
100702	Resistencia	1	2	3	4	5
100703	Fuerza al apretar la mano	1	2	3	4	5
100708	Tono muscular	1	2	3	4	5
100704	Curación tisular	1	2	3	4	5
100705	Resistencia a la infección	1	2	3	4	5
100706	Crecimiento (niños)	1	2	3	4	5

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

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC):
1800 AYUDA AL AUTOCUIDADO
1803 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: ALIMENTACIÓN
7110 FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR

DxE 00108. DEFICIT DE AUTOCUIDADOS: BAÑO/HIGIENE

Puede estar relacionado con:
- Inapetencia, disminución de la motivación
- Debilidad, cansancio y/o fatiga
- Ansiedad severa
- Deterioro musculoesquelético
- Falta de autonomía
- Barreras ambientales
- Otros (especificar): ……

Puede estar manifestado por:
- Incapacidad para lavarse total o parcialmente el cuerpo
- Incapacidad para obtener agua
- Incapacidad para deambular hasta el baño
- Incapacidad para regular el flujo de agua
- Incapacidad para secarse el cuerpo
- Otros (especificar): ……

RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC):

0301 AUTOCUIDADOS: BAÑO

	INDICADORES	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
030101	Entra y sale del cuarto de baño	1	2	3	4	5
030102	Obtiene los suministros para el baño	1	2	3	4	5
030103	Obtiene agua del baño	1	2	3	4	5
030104	Abre el agua	1	2	3	4	5
030105	Regula la temperatura del agua	1	2	3	4	5
030106	Regula el flujo del agua	1	2	3	4	5
030107	Se lava en el lavabo	1	2	3	4	5
030108	Se baña en la bañera					
030109	Se baña en la ducha	1	2	3	4	5
030113	Se lava la cara					
030114	Se lava la parte superior del cuerpo	1	2	3	4	5
030115	Se lava la parte inferior del cuerpo	1	2	3	4	5
030116	Se lava la zona perianal	1	2	3	4	5
030111	Seca el cuerpo	1	2	3	4	5

0305 AUTOCUIDADOS: HIGIENE

	INDICADORES	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
030501	Se lava las manos	1	2	3	4	5
030503	Se limpia la zona perineal	1	2	3	4	5
030515	Lleva compresas	1	2	3	4	5
030504	Se limpia los oídos	1	2	3	4	5
030505	Mantiene la nariz limpia	1	2	3	4	5
030506	Mantiene la higiene bucal	1	2	3	4	5
030508	Se lava el pelo	1	2	3	4	5
030509	Se peina o cepilla el pelo	1	2	3	4	5
030510	Se afeita	1	2	3	4	5
030511	Se maquilla	1	2	3	4	5
030512	Se cuida las uñas de las manos	1	2	3	4	5
030516	Se cuida las uñas de los pies	1	2	3	4	5
030513	Usa el espejo	1	2	3	4	5
030514	Mantiene una apariencia pulcra	1	2	3	4	5
030517	Mantiene la higiene corporal	1	2	3	4	5

0305 AUTOCUIDADOS: HIGIENE BUCAL

INDICADORES	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
Se cepilla los dientes	1	2	3	4	5
Utiliza seda dental	1	2	3	4	5
Utiliza un enjuague bucal	1	2	3	4	5
Se lava la boca, las encías y la lengua	1	2	3	4	5
Limpia la dentadura postiza o las prótesis dentales	1	2	3	4	5
Utiliza fluoración	1	2	3	4	5
Acude al dentista regularmente	1	2	3	4	5

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC):

1800 AYUDA AL AUTOCUIDADO
1801 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: BAÑO/HIGIENE
0180 MANEJO DE LA ENERGÍA

DxE 00109. DEFICIT DE AUTOCUIDADOS: VESTIDO/ACICALAMIENTO

Puede estar relacionado con:

- Debilidad, cansancio y/o fatiga
- Disminución de la motivación
- Ansiedad severa
- Deterioro musculoesquelético
- Deterioro de la movilidad
- Deterioro de la capacidad para el traslado
- Barreras ambientales
- Otros (especificar): ……

Puede estar manifestados por:

- Incapacidad para elegir la ropa o coger la ropa
- Incapacidad para ponerse o quitarse la ropa o los zapatos
- Incapacidad para abrocharse o usar dispositivos de ayuda o cremalleras
- Otros (especificar): ……

RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC):

0301 AUTOCUIDADOS: VESTIR

	INDICADORES	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
030201	Escoge la ropa	1	2	3	4	5
030215	Coge la ropa del cajón	1	2	3	4	5
030216	Coge la ropa del armario	1	2	3	4	5
030203	Coge la ropa	1	2	3	4	5
030204	Se pone la ropa parte superior del cuerpo	1	2	3	4	5
030205	Se pone la ropa parte inferior del cuerpo	1	2	3	4	5
030206	Se abrocha la ropa	1	2	3	4	5
030207	Utiliza broches	1	2	3	4	5
030208	Utiliza cremalleras	1	2	3	4	5
030209	Se pone los calcetines	1	2	3	4	5
030210	Se pone los zapatos	1	2	3	4	5
030213	Se abrocha los zapatos	1	2	3	4	5
030211	Se quita la ropa	1	2	3	4	5
030214	Se quita la ropa parte inferior del cuerpo	1	2	3	4	5

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC):

1800 AYUDA AL AUTOCUIDADO
1802 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: VESTIR/ARREGLO PERSONAL

DxE 00126. CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

Puede estar relacionado con:

- Desinterés por adquirir la información necesaria
- Desconocimiento sobre dónde obtener la información
- Interpretación errónea de la información o falta de ésta
- Presencia de trastornos cognitivos o de memoria
- Miedo y/o preocupación
- Otros (especificar): ……

Puede estar manifestado por:

- Manifestación del problema: verbalmente o por deficiencias en el seguimiento del tratamiento o de las pruebas
- Conductas inadecuadas o exageradas
- Otros (especificar): ……

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

RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC):

1808 CONOCIMINETO: MEDICACIÓN

	INDICADORES	Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso
180801	Importancia de informar al profesional sanitario de toda la medicación que se está consumiendo	1	2	3	4	5
180802	Declaración del nombre correcto de la medicación	1	2	3	4	5
180803	Aspecto de la medicación	1	2	3	4	5
180819	Efectos terapéuticos de la medicación	1	2	3	4	5
180805	Efectos indeseables de la medicación	1	2	3	4	5
180820	Efectos adversos de la medicación	1	2	3	4	5
180807	Uso de sistemas de ayuda para recordar	1	2	3	4	5
180808	Posibles reacciones adversas cuando se consumen múltiples fármacos	1	2	3	4	5
180809	Posibles interacciones con otros fármacos	1	2	3	4	5
180810	Administración correcta de la medicación	1	2	3	4	5
180821	Uso correcto de la medicación sin prescripción	1	2	3	4	5
180822	Técnica adecuada para la autoinyección	1	2	3	4	5
180811	Técnicas de autoinmunización	1	2	3	4	5
180812	Almacenamiento adecuado de la medicación	1	2	3	4	5
180815	Eliminación adecuada de medicaciones no utilizadas	1	2	3	4	5
180813	Cuidado adecuado de los dispositivos de administración	1	2	3	4	5
180823	Eliminación adecuada de jeringas y agujas	1	2	3	4	5
180824	Estrategias para obtener medicación necesaria	1	2	3	4	5
180825	Estrategias para obtener los suministros necesarios	1	2	3	4	5
180826	Apoyo económico disponible	1	2	3	4	5
180816	Pruebas de laboratorio necesarias para monitorizar la medicación	1	2	3	4	5
180817	Importancia del uso de la identificación de aviso de medicación	1	2	3	4	5

1803 CONOCIMIENTO: PROCESO DE LA ENFERMEDAD

	INDICADORES	Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso
180302	Proceso de la enfermedad	1	2	3	4	5
180303	Causa o factores contribuyentes	1	2	3	4	5
180304	Factores de riesgo	1	2	3	4	5
180305	Efectos de la enfermedad	1	2	3	4	5
180306	Signos y síntomas de la enfermedad	1	2	3	4	5
180307	Curso habitual de la enfermedad	1	2	3	4	5
180308	Medidas para minimizar la progresión de la enfermedad	1	2	3	4	5
180309	Complicaciones de la enfermedad	1	2	3	4	5
180310	Signos y síntomas de complicación de la enfermedad	1	2	3	4	5
180311	Precauciones para prevenir las complicaciones de la enfermedad	1	2	3	4	5
180313	Efecto psicosocial de la enfermedad sobre uno mismo	1	2	3	4	5
180314	Efecto psicosocial de la enfermedad sobre la familia	1	2	3	4	5
180315	Beneficios del control de la enfermedad	1	2	3	4	5
180316	Grupos de apoyo disponibles	1	2	3	4	5
180317	Fuentes acreditadas de información específica de la enfermedad	1	2	3	4	5

1813 CONOCIMIENTO: RÉGIMEN TERAPÉUTICO

INDICADORES		Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso
181310	Proceso de la enfermedad	1	2	3	4	5
181301	Justificación del régimen terapéutico	1	2	3	4	5
181302	Responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual	1	2	3	4	5
181303	Responsabilidades de los propios cuidados en situaciones de emergencia	1	2	3	4	5
181315	Técnicas de autoinmunización	1	2	3	4	5
181304	Efectos esperados del tratamiento	1	2	3	4	5
181305	Dieta prescrita	1	2	3	4	5
181306	Medicación prescrita	1	2	3	4	5
181307	Actividad prescrita	1	2	3	4	5
181308	Ejercicio prescrito	1	2	3	4	5
181309	Procedimientos prescritos	1	2	3	4	5
181316	Beneficios del tratamiento de la enfermedad	1	2	3	4	5

1806 CONOCIMIENTO: RECURSOS SANITARIOS

INDICADORES		Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso
180601	Recursos sanitarios reputados	1	2	3	4	5
180602	Cuándo contactar con un profesional sanitario	1	2	3	4	5
180603	Medidas de urgencia	1	2	3	4	5
180604	Recursos para la asistencia urgente	1	2	3	4	5
180605	Necesidad de asistencia continuada	1	2	3	4	5
180606	Plan de asistencia continuada	1	2	3	4	5
180607	Recursos sociales de ayuda disponibles	1	2	3	4	5
180608	Cómo contactar con los servicios necesarios	1	2	3	4	5

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC):

5616 ENSEÑANZA: MEDICAMENTOS PRESCRITOS
2380 MANEJO DE LA MEDICACIÓN
5602 ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD
3230 FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

3.– PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

C P: Hipoxemia
C P: Hipercapnia
C P: Atelectasia
C P: Neumonía
C P: Insuficiencia cardiaca derecha (*Corpulmonale*)
C P: Enfermedad tromboembólica

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA:

- Reducir la gravedad del hecho poniendo en práctica de forma segura las órdenes y protocolos médicos.
- Controlar y detectar signos y síntomas de la inestabilidad fisiológica.

VALORACIÓN FOCALIZADA:

Valorar signos y síntomas de hipoxemia, hipercapnia, ETVE (enfermedad trombo-embólica venosa), atelectasia y/o neumonía.

- Observar signos de cianosis en región labial y región distal.
  Valorar piel fría, pálida o cianótica.
- Valorar signos de hipercapnia: somnolencia, cefalea, asterixis o flapping.
- Valorar signos de infección: aumento de temperatura y aumento de secrección bronquial.
- Control constantes cada 8h:
  - TA: <140/90,> 90/60 mm Hg.
  - FC. Ritmo regular y frecuencia 60-100 latidos por minuto.
  - FR: 16-20 inspiraciones y espiraciones por minuto.
  - Sat O2: 90-100%.
- Control Tª basal cada 8h.
- Vigilar empeoramiento de la disnea, edemas MMII
- Observar coloración, consistencia y cambios en el aspecto y la cantidad del esputo.
- Valorar presencia de dolor torácico.
- Auscultación pulmonar: estertores, sibilantes….
- Controlar signos de fallo cardíaco derecho:

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

- Presión diastólica elevada
- Ingurgitación yugular.
- Hepatomegalia dolorosa y ascitis.
- Edema periférico.
- Tensión venosa central elevada (PVC)

• Control de diuresis: >30 ml por hora

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

➢ ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS:

• Gasometría basal en sangre arterial y/o venosa.
• Radiografía de tórax PA y lateral en bipedestación si es posible.
• Espirometría.
• TAC y angio TAC, sólo si se indica.
• ECG: valorar la presencia de arritmias cardíacas.
• Ecocardiografía, sólo si se indica.
• Sangre: hemograma, bioquímica con PCR, perfil MI, VSG.
• Cultivo de esputo con antibiograma.
• Orina: E y S.

➢ TERAPIAS / TRATAMIENTOS:

• Oxigeno: Cánula nasal, Máscara de Venturi a flujos bajos.
• Antibióticos, si se sospecha infección.
• Analgésicos : Paracetamol.
• Corticosteroides: Metilprednisolonai.v o Prednisonav.o
• Broncodilatadores:
  - Anticolinérgicos de corta y larga duración (Tiopropio, Bromuro de Ipratropio).
  - B2-agonistas (Salbutamol).
  - Corticosteroides inhalados (Budesonida), si se precisa.
• Mucolíticos y antioxidantes: N-acetil cisteina, si se precisa.
• Fisioterapia respiratoria:
  - Higiene bronquial: Drenaje postural, percusión, vibración del tórax y técnicas de tos asistida.
  - Relajación.
  - Respiración diafragmática y respiración con labios apretados.

4.– BIBLIOGRAFÍA

1. Alvar Agusti, BartolomeCelli. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Barcelona: Masson, S.A; 2005.
2. Sobradilli V. Epoc: Lo esencial. España: Mra, S.L;1998.
3. Giraldo Estrada H. EPOC Diagnóstico y tratamiento integral: con énfasis en la rehabilitación pulmonar. 3ª Edición. Colombia: Panamericana; 2008.

Para la elaboración del plan de cuidados:

• JoelleCharrier, BrigitteRitter. El plan de cuidados estandarizado: un soporte del diagnóstico enfermero: elaboración y puesta en práctica. Barcelona: Masson; 2005.
• Carpenito-Moyet LJ. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería: diagnósticos enfermeros y problemas en colaboración. 4ª Edición. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España; 2005.
• Luis Rodrigo MT. Fernández Ferrín C. Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento enfermero de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª Edición. Barcelona: Masson; 2005.
• Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica. 3ª Edición. Madrid: Mosby; 1996.
• Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 7ª Edición. Barcelona: Mosby/Doyma Libros, S.A; 2006.
• Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskeyDochterman J, Maas M, Moorhead S, Swanson E. Interrelaciones Nanda, Noc y Nic: Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª Edición. Madrid: Elsevier; 2007.
• Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson, Editoras. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª Edición. Barcelona: Elsevier; 2008.
• Bulechek GM, Butcher HK, MsCloskeyDochterman J, Editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 5ª Edición. Barcelona: Elservier; 2008.

FUNDACIÓN de la ENFERMERÍA de CANTABRIA

Nuberos Científica

www.enfermeríadecantabria.com/nuberoscientifica

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Vía intraósea, alternativa a la vía periférica

Autoras:
Sandra Onrubia Calvo
Ainara Carpio Coloma
Amaia Hidalgo Murillo
Naiara Lago Díaz
Gorane Muñoz Kaltzakorta
Irene Periáñez Serna

DUEs del Hospital Galdakao–Usansolo (HGU). Osakidetza. Servicio de urgencias. (Galdakao-Bizkaia-España)

Autora para correspondencia: onrubiacalvosandra@hotmail.com

Recibido: Octubre de 2011
Aceptado: Mayo de 2012

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

RESUMEN

Considerado el acceso vascular intraóseo alternativo a la vía periférica en las normas publicadas en 2005 de la ERC (European Resuscitation Council) dentro de la secuencia de Soporte Vital Avanzado.

Analizar la documentación científica sobre la vía intraósea en situación de urgencia vital.

Poner de manifiesto la creciente importancia del uso de la vía intraósea en el manejo del paciente crítico por enfermería.

Establecer cuidados de enfermería según el marco conceptual de la metodología enfermera.

Se consultaron artículos de la literatura científica médica y de enfermería relacionados con el acceso vascular intraóseo entre los años 1922 y 2009. Para ello se revisaron las siguientes bases de datos: Cinhal, Uptodate, Doyma, Scielo, Google Académico, Cochrane, Pubmed.

La vía intraósea constituye una vía de acceso rápida, fácil y eficaz al sistema vascular. Su utilidad está indicada cuando en situaciones de extrema urgencia se tarda mucho en canalizar una vía periférica.

La zona más adecuada para su inserción es la porción proximal y porción distal de la tibia. Permite la administración de líquidos, electrolitos y fármacos comparable a la vía venosa. Las complicaciones son escasas, siendo la más grave el síndrome compartimental.

Además de ser una vía alternativa para la perfusión de sustancias y fármacos en el torrente circulatorio, sirve como lugar de acceso al sistema vascular para la toma de muestras con fines de estudios de laboratorio.

Las complicaciones suelen ser raras y las contraindicaciones escasas.

La vía intraósea es un acceso venoso rápido, temporal, de fácil aprendizaje y colocación y de escasas complicaciones. El estudio sistematizado de esta técnica mejoraría la evidencia científica existente sobre la infusión intraósea.

Palabras clave:
- Vía intraósea.
- Acceso vascular.
- Comité Europeo de Resucitación.
- Dispositivo intraóseo.
- Infusión intraósea.
- Emergencias.

ABSTRACT

Intraosseous vascular access is considered an alternative to the peripheral access in the standards published in 2005 of the ERC (European Resuscitation Council) within the sequence of Advanced Life Support.

To analyze scientific literature related to the use of Intraosseous access in vital emergency situation.

To highlight the growing importance to the nursing in use of the Intraosseous access in critical patient´s care.

To establish nursing's cares according to the conceptual framework of nursing methodology.

Most of the nursing and medical scientific literature related to intraosseous vascular access between 1922 and 2009 has been reviewed.

The search was made in the following databases: Cinhal, Uptodate, Doyma, Scielo, Google académico, Cochrane, Pubmed.

The intraosseous route provides a rapid, effective and access to vascular system. It is indicated in emergency situation when to achieve intravenous access is delayed or impossible. The most suitable site of insertion is in the distal and proximal tibia. It allows the administration of fluids, electrolytes and medications, as well as the intravenous access does. There are few contraindications and complications, being the compartment syndrome the most severe.

In addition to being an alternative route for the delivery of products and drugs into the bloodstream, it is an access to the vascular system for obtaining blood samples for laboratory analysis.

The intraosseous route is a quick and temporary intravascular access. It is technique that is easily learned, and a skill that is easily retained. It has few serious complications. Systematic study of this technique would improve the scientific evidence on the intraosseous infusion.

Keywords:
- Intraosseous.
- Vascular access.
- European Resuscitation Council.
- Intraosseous devices.
- Intraosseous infusion.
- Prehospital emergencies.

1.– INTRODUCCIÓN

La vía intraósea es una técnica con múltiples ventajas en situaciones de urgencia vital, pero muy desconocida e inusual en su aplicación. Por ello, consideramos importante un estudio más detallado sobre dicha técnica centrándonos más aún en la inserción en los adultos[1].

Cuando nos enfrentamos a una situación de emergencia, el establecer un adecuado acceso vascular es tan importante como los otros principios básicos de atención del paciente crítico[2]. Es, en estas situaciones donde muchas veces la vía periférica se hace inaccesible o la demora en conseguir un acceso peri-

férico supone pérdida de tiempo y recursos por lo que toma más importancia el acceso intraóseo sobre todo en el ámbito de Emergencias extrahospitalarias[3].

El conocimiento de la técnica de colocación, los productos que a través de esta vía pueden administrarse y los cuidados que precisa el paciente deben ser conocidos por el personal de enfermería[1].

Antecedentes históricos

Los primeros estudios sobre la vía intraósea se realizaron en 1922. Drinker y Doan definen la vía intraósea como una *"vena no colapsable"*, comenzando a utilizarla como vía para transfusiones sanguíneas[4].

Hacia los 40 se empieza a utilizar para administrar distintos fármacos y fluidos y se desarrollan los distintos dispositivos[3].

Durante la Segunda Guerra Mundial se utilizó para la inducción de anestesia con pentobarbital en los campos de batalla[5].

Entre 1940-1950 se ve ensombrecida por el desarrollo de los catéteres intravenosos, pero alcanza su máximo desarrollo en 1984 cuando Orlowski recomienda que en una situación crítica el primer procedimiento sea administrar fármacos, bien por vía endotraqueal o bien por vía IO, apoyando el resurgimiento de esta técnica[3].

En la actualidad, está recomendada por la American Heart Association, por los protocolos de la Advanced Trauma Life Support, por la Pediatric Advanced Life Support y por la European Resuscitation Council, en las últimas normas publicadas en noviembre del 2005, inmersa en la secuencia del Soporte Vital Avanzado como acceso venoso periférico alternativo a la vía periférica[4,6].

Fisiología de la infusión intraósea

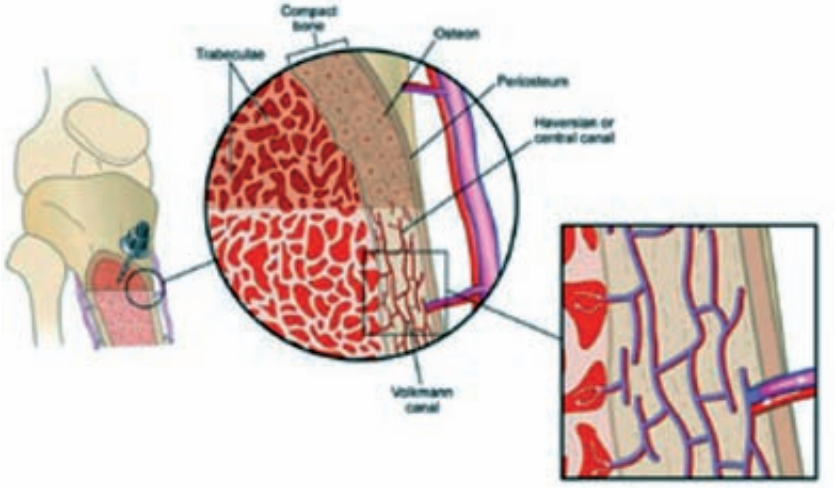


Figura 1.

La vía intraósea es un acceso vascular de urgencia para la infusión de fármacos y líquidos[6].

Su utilización se basa en el hecho de que la cavidad medular de los huesos largos está ocupada por una rica red de capilares sinusoides que drenan a un gran seno venoso central y que no se colapsa ni siquiera en situación de parada cardiorrespiratoria, pasando los fármacos y líquidos a la circulación general con una rapidez similar a como lo harían por cualquier otra vena periférica por lo que se considera una vía segura y rápida pues conlleva un alto porcentaje de éxitos (80%- 94%)[7].

Los inconvenientes de esta vía están referidos a que se trata de una vía de urgencia pues no es recomendable que este colocada más de 24 horas; por lo tanto, en cuanto se realice una reposición de volumen adecuada se debe realizar otro acceso venoso mediante una vía periférica o central[6].

Indicaciones

Se ha utilizado siempre en pacientes pediátricos menores de 6 años, en el caso de no obtener un acceso venoso periférico tras tres intentos fallidos, pero esta técnica también puede ser efectiva en adultos y que está indicado en pacientes críticos de cualquier edad cuando no se pueda establecer una vía venosa de forma rápida [7].

En las últimas normas de la European Resuscitation Council se considera el uso de la vía intraósea tanto en los pacientes adultos y pediátricos como –una segunda opción– en la obtención de un acceso venoso después de la vía periférica y antes de la vía traqueal[6].

En caso de parada cardiorrespiratoria en adultos está recomendada si el acceso intravenoso no se puede establecer dentro de los primeros 2 minutos o tras tres intentos fallidos de canalización venosa periférica[5].

El Advanced Trauma Life Support en sus protocolos recomienda la vía intraósea en todos los pacientes después de intento de vía intravenosa y antes de intentar una vía central, tanto en niños como en adultos[3].

Son indicaciones también: atrapados, alteraciones del nivel de conciencia, compromiso respiratorio, grandes quemados, shock, convulsiones irreductibles sin vía venosa canalizada, politraumatizados, alteraciones del nivel de conciencia[3].

Contraindicaciones

• Absolutas: fractura o traumatismo del hueso donde se puncione o hueso en el que se ha intentado una vía intraósea previamente. Huesos de las extremidades inferiores en los pacientes con traumatismo abdominal grave[3].
• Relativas: Osteoporosis, tumores óseos, infección, celulitis u osteomielitis o quemadura en el lugar de la puncion[3].
No se debe intentar la canalización dos veces en la misma extremidad[8].

Dispositivos utilizados

Existen varios dispositivos comercializados en el mercado que permiten que sea de uso extensivo en distintos ambientes, pero detallaremos dos que se han abierto paso a medio camino para todos los ámbitos[4].

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

1. EZ- IO de VidaCare ®.

Figura 2.

Este sistema posee una batería que alimenta un motor eléctrico que inserta una aguja con paso de rosca[4].

Es una aguja-broca estéril con un catéter, que conecta a un taladro recargable y que introduce la aguja en el canal medular[3].

El taladro es de una sola pieza de policarbonato y dispone de un gatillo con un dispositivo de seguridad[3].

Las agujas son de un grosor único de 15G con diferentes longitudes: 25 mm (azul) para adultos normales y de 45 mm para adultos obesos o de gran tamaño[3].

2. BIG® (Bone injection gun). Pistola para infusión intraósea.

Figura 3.

De fácil aprendizaje y fácil inserción[3].

Propulsa un catéter metálico insertándolo en la médula ósea a una profundidad regulable. Los calibres más usados son los 15G en adultos[4].

La B.I.G.® es más rápida, efectiva y con menos complicaciones que otros dispositivos[3] y, previamente a la punción, permite decidir la profundidad de penetración gracias a una rosca interior[6].

Sitios anatómicos de punción

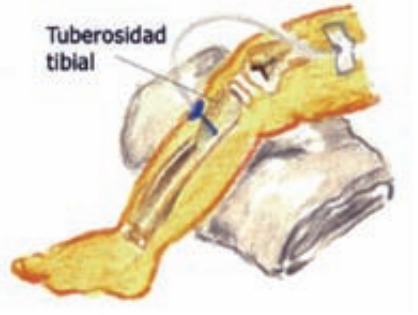


Figura 4.

La zona de punción más frecuente utilizada es la tuberosidad tibial anterior, recomendada en menores de 6 años aunque también se utiliza en adultos. Se localiza a 2 cm distal a la tuberosidad tibial anterior, en la cara antero medial de la tibia, en una zona de fácil de penetración gracias a la delgadez del periostio. Se aconseja una penetración de la aguja de 2 cm[4].

Se recomienda también a partir de los 6 años y en adultos:

- *Tibia distal:* A nivel del maléolo interno en su unión a la diáfisis tibial y por detrás de la safena externa. La inserción de la aguja debe tener una inclinación con dirección cefálica[6].
- *Cresta iliaca:* El lugar de punción está situado en la cara inferior de la espina iliaca, colocando al paciente en decúbito lateral[6].
- *Esternón:* Esta indicado siempre y cuando no se requiera realizar un masaje cardiaco. El punto elegido es a nivel del 2º-3º espacio intercostal, una vez localizado, la aguja se introduce a 1 cm de la línea media del esternón[6]. Hay estudios que dicen que dado su localización y la posibilidad de lesionar estructuras subyacentes vitales se ha desestimado su utilización[2].

Lugares alternativos: fémur distal, cabeza humeral, calcáneo, dorso de la metáfisis distal del radio, el apófisis estiloide cubital, la epífisis distal del segundo metacarpiano, la epífisis distal del primer metatarsiano, las clavículas y el maléolo peroneal[9].

Técnica en tibia proximal

1. Localizar el sitio de inserción[2].
   Se identifica por palpación la tuberosidad anterior de la tibia y el borde interno de la misma, en la línea media de ambos puntos a 1-2 cm por debajo se encuentra el sitio de punción en caso de puncionar en tibia proximal[2].
2. Lavarse las manos[9].
3. Colocarse guantes y limpiar la piel con solución antiséptica[2].
4. Colocar la pierna en rotación externa, semiflexionada y apoyada sobre una superficie dura colocada a nivel del hueco poplíteo[2].
5. Si el paciente está consciente, se anestesia localmente en la zona a puncionar con 1-2 ml de lidocaína al 1-2%[7].
6. Si el dispositivo es B.I.G. ® (Bone injection gun):
   Regular el dispositivo según profundidad.
   Una vez tengamos la pistola posicionada de forma perpendicular sobre el punto de punción colocamos la mano en posición de disparo[6].
   Colocamos los dedos índice y medio en las pestañas de la pistola de forma que la flecha que esta dibujada sobre la pistola va dirigida hacia el punto de punción. Una vez de que nos cercioremos de su correcta posición retiramos el seguro con la otra mano[6].
   Sin dejar de realizar presión con el talón de la mano, presionar con los dedos la pestaña, notando como se dispara la pistola[6].
   Veremos que tenemos introducido el catéter con su mandril y retiramos el mandril[6].
7. Si el dispositivo es EZ- IO de VidaCare ®:
   Insertar la aguja en ángulo de 90º respecto al hueso, con una sujeción suave y guiando al taladro para hacer la inserción hasta que la última marca de la aguja sea visible a 5 mm de la piel[3].
   Desconectar con una mano mientras se estabiliza con los dedos de la otra mano la aguja y retirarla.

8. Aspirar y comprobar la extracción de medula ósea. Recoger muestras sanguíneas si fuera necesario[1].
9. Signos de inserción correcta: Disminución súbita en la resistencia en el momento en que la aguja pasa a través de la corteza hacia la médula[1], aspirado de médula ósea, aunque este signo no se encuentra siempre[1], los líquidos fluyen con facilidad sin evidencia de infiltración subcutánea[1], la aguja se mantiene inmóvil y no hay signos de extravasación[3].
10. Inyectar lentamente un bolo de 10 ml de suero fisiológico, comprobando la permeabilidad de la vía y no la extravasación[3]. Conectar el sistema de fluidoterapia[2].
11. Fijar la aguja a la extremidad, almohadillando el punto de punción y protegiéndolo con gasa y esparadrapo a la extremidad[5].

Sustancias infundidas por vía intraósea

Pueden administrarse los mismos fármacos que por vía endovenosa, cualquier medicamento o líquido necesarios durante el proceso de resucitación, consiguiéndose niveles similares a los de la vía intravenosa[3].

La administración de medicamentos debe estar seguida de un bolo de por lo menos 5 ml de solución salina para asegurar su llegada a la circulación sistémica[3].

Cuando se requiera infusión de líquidos en grandes volúmenes debe aplicarse presión para vencer la resistencia de las venas emisarias[6].

Permite, además, la obtención de muestras de sangre para algunas determinaciones analíticas como sodio, potasio, magnesio, lactato, y calcio[3]. También puede utilizarse para la determinación de gases en sangre, hematocrito y hemoglobina[6].

Complicaciones.

Los estudios realizados en animales han demostrado que los efectos a largo plazo sobre la médula ósea y sobre el crecimiento óseo son mínimos y dadas las situaciones críticas en las que está indicada, parece razonable pensar que son superadas por los beneficios que aporta esta técnica[4].

El índice de complicaciones de esta técnica invasiva es muy bajo (1%)[7].

- **Mecánicas**:
  - Extravasación debido a la mala colocación de aguja[1]. Es la más frecuente[4].
  - Fracturas óseas tras varias tentativas de colocación[1].
  - Perforación completa del hueso[1].
  - Lesiones de los grandes vasos o del corazón en caso de colocación a nivel esternal[1].
  - Punción articular[1].
- **Infecciosas:**
  - Celulitis[1].
  - Accesos subcutáneos[1].
  - Osteomielitis en un 0.6% de los casos. La frecuencia de aparición aumenta con el tiempo de permanencia de la vía[1].
- **Embolismos:**
  - Embolia grasa[1].

Otras complicaciones son: síndrome compartimental, necrosis, lesión al cartílago del crecimiento, sepsis, rotura del catéter[3].

Cuidados de enfermería

Controlar distintos signos: sangrado, presencia de pulsos distales, color, temperatura, aspecto y tamaño del miembro[3].

Hay que señalar que esta vía es temporal, no recomendándose más de 24 horas por el aumento de la tasa de complicaciones. Se deberá retirar tan pronto haya sido posible canalizar otra vía venosa[10].

Desinfectar cada 4-6 horas la zona de punción para evitar infecciones[11].

Todas las actuaciones que se realicen sobre esta vía deberán quedar registradas en la hoja de enfermería[12].

Diagnósticos de enfermería

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c catéter.

Intervenciones de enfermería:
- NIC 3590: Vigilancia de la piel.
- NIC 4070: Precauciones circulatorias.
- NIC 3541: Prevención de úlceras por presión.

Criterios de resultados:
- NOC 1101: Integridad tisular: piel y membranas mucosas
- NOC 0407: Perfusión tisular: periférica.

Escala Likert:
1. Gravemente comprometido.
2. Sustancialmente comprometido.
3. Moderadamente comprometido.
4. Levemente comprometido.
5. No comprometido.

Puntuación >9 considerar diagnóstico.

Temor (si el paciente está consciente) r/c desconocimiento del proceso de canalización vía intraósea manifestado por nerviosismo o inquietud.

Intervenciones de enfermería:
- NIC 5230: Aumentar el afrontamiento.
- NIC 5380: Potenciación de la seguridad.
- NIC 5510: Educación sanitaria.

Criterios de resultado:
- NOC 1404: Autocontrol del miedo.

Escala Likert:
1. Nunca manifestado.
2. Raramente manifestado.
3. En ocasiones manifestado.
4. Manifestado con frecuencia.
5. Constantemente manifestado.

Puntuación >9 considerar diagnóstico.

Riesgo de lesión r/c manejo inadecuado del catéter.

Intervenciones de enfermería:
- NIC 5510: Educación sanitaria.
- NIC 5520: Facilitar el aprendizaje.
- NIC 7722: Instruir: empleado.

Criterios de resultado:
- NOC 1104: Curación ósea.
- NOC 1806: Conocimientos: Recursos sanitarios.

Escala Likert:
1. Nunca demostrado.

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

2. Raramente demostrado.
3. A veces demostrado.
4. Frecuentemente demostrado.
5. Siempre demostrado.

Puntuación >9 considerar diagnóstico.

Deterioro de la integridad tisular r/c riesgo de necrosis y/o extravasación.

Intervenciones de enfermería:
- NIC 1400: Gestión del dolor.
- NIC 1870: Cuidado del catéter.
- NIC 2303: Administración de medicación: intraósea.
- NIC 2440: Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso.
- NIC 4120: Gestión de líquidos.
- NIC 3590: Vigilancia de la piel.

Criterios de resultado:
- NOC 0401: Estado de la circulación.
- NOC 0407: Perfusión tisular: periférica.
- NOC 1101: Integridad tisular: membranas cutáneas y mucosas.
- NOC 1608: Control de los síntomas.

Escala de Likert:
1. Nunca demostrado.
2. Raramente demostrado.
3. A veces demostrado.
4. Frecuentemente demostrado.
5. Siempre demostrado.

Puntuación >9 considerar diagnóstico.
Problemas de colaboración

Riesgo de infección.

Intervenciones de enfermería:
- NIC 6540: Control de infecciones.
- NIC 6550: Protección contra las infecciones.
- NIC 6680: Monitorización de los signos vitales.
- NIC 2300: Administración de medicación

Criterios de resultado:
- NOC 1902: Control del riesgo.

Escala de Likert:
1. Nunca demostrado.
2. Raramente demostrado.
3. A veces demostrado.
4. Frecuentemente demostrado.
5. Siempre demostrado.

Puntuación >9 considerar el diagnóstico.

Dolor.

Intervenciones de enfermería:
- NIC 1400: Manejo del dolor.
- NIC 2210: Administración de analgésico.
- NIC 6480: Manejo ambiental: confort.

Criterios de resultado:
- NOC1605: Control del dolor.

Escala de Likert:
1. Nunca demostrado.
2. Raramente demostrado.
3. En ocasiones demostrado.
4. Frecuentemente demostrado.
5. Siempre demostrado.

Puntuación >9 considerar diagnóstico.

12.– CONCLUSIONES

1- Técnica de acceso vascular de fácil aprendizaje, de uso sencillo y de colocación rápida, en un tiempo inferior a un minuto, con más del 90% de éxitos de inserción y sin complicaciones de gran importancia.
2- La vía intraósea es una opción muy válida y a tener en cuenta en el tratamiento del paciente en situaciones de urgencias y emergencias.
3- Alternativa ante el acceso intravenoso urgente fallido.
4- En vista de que en muchas ocasiones el tiempo es un factor determinante en la urgencia, es útil conocer técnicas simples y alternativas a la cateterización vascular como lo es la vía intraósea.
5- En la actividad diaria, los servicios de emergencias principalmente extrahospitalarios, se encuentran en situaciones con dificultad de acceso a una vía periférica, ya sea por condiciones adversas en relación al escenario o al paciente, por lo que dichas situaciones han motivado el resurgir de esta técnica.

7.– BIBLIOGRAFÍA

1- Orgiler P, Navarro JM, De Haro S. La vía intraósea. Cuando las venas han desaparecido. Enferm. Intensiva. 2001; 12 (I): 31-40.
2- Fernández J. Acceso intraóseo en pediatria: Estado del arte.
3- García N, Cepeda JM.Vía intraósea en enfermería de emergencias. Rev. Enferm CyL. 2009; Vol 1 – Nº2. 48-56.
4- Drinker CK, Drinker KR. The circulation in the mammalian bone marrow. 1922; 62:1-92.
5- Álvarez MA, Li MS, Gutiérrez R. Manual para la canalización venosa por vía intraósea. Correo Científico Médico de Holguin. 2001; 5(1). Disponible en: http:// www.cocmed.sld.cu/no51/n51rev1.htm.
6- AHA. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. 2005; 112:IV-58-IV-66.
7- Clem M, Tierney P. Intraosseous infusions via the calcaneus. Resuscitation. 2004; 62 (1):107-12.
8- Carrillo A, Lopez – Herce J. Canalización intraósea. An pediatr Contin. 2003; 1 (1):38-41.
9- Casal MC, Carmona JV. Vía intraósea. Ultimas recomendaciones del Comité Europeo de Resucitación (ERC).Enfermería integral. 2007; 17 -19.
10- Luck RP, Haines C, Mull CC. Intraosseous access. J Emerg Med. 2010;39(4):468-75.
11- ReadesR, Studnek J, Garret JS, Vandeventer S, Blackwell T. Comparison of first- attempt success between tibial and humeral intraosseous insertions during out- of- hospital cardiac arrest. Prehospital Emergency Care. 2011; 15:278-281.
12- Melé J, Nogué R. La vía intraósea en situaciones de emergencia: revisión bibliográfica. Emergencias. 2006; 18: 344-353.

FUNDACIÓN de la ENFERMERÍA de CANTABRIA

Nuberos Científica
www.enfermeríadecantabria.com/nuberoscientifica

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Estudio descriptivo de los conocimientos sobre recursos y uso de los servicios de salud de los estudiantes del I.E.S. Villajunco de Santander

Autora:
Laura García Blanco

DUE del Hospital Laredo.
(Laredo-Cantabria-España)

Autora para correspondencia:
auragblanco@hotmail.es

Recibido: Abril de 2012
Aceptado: Junio de 2012

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

RESUMEN

El binomio salud y juventud ha despertado especial interés dentro del campo de la salud pública durante los últimos años, por lo que parece interesante conocer cual es el uso que hace la población joven de los servicios de salud y que conocimientos tienen los adolescentes acerca de los recursos disponibles a su alcance, así como saber si existen diferencias en cuanto al sexo, edad o nacionalidad.

A tal efecto, se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal, usando una muestra de 40 alumnos del I.E.S. Villajunco de Santander, a los que se administró un cuestionario anónimo. Los resultados obtenidos demostraron que las diferencias más acuciadas encontradas en las respuestas están en relación a la edad y al sexo, pero se determinó que la nacionalidad apenas influye en el uso y conocimiento de los recursos sanitarios.

Para profundizar más en los resultados obtenidos, se plantea la posibilidad de realizar un taller de foro debate con los estudiantes. De esta forma, también se podrían conocer cuáles son sus necesidades, sentidas respecto a los servicios sanitarios, y los recursos que se ponen a su disposición en las áreas de salud de Cantabria.

Palabras clave:
- Adolescentes
- Servicio de Salud de los Adolescentes
- Recursos en salud
- Promoción de la Salud.

ABSTRACT

The relationship between health and teenagers has sparked off a special interest in public health system into recent years. There is a great interest in knowing what is the knowledge, how much today's youth use the health services and the resources which are available to them, and also to know if there are some differences between gender, age or nationality.

For that reason, we carried out a descriptive study. The sample was composed by 40 students from IES Villajunco of Santander, to whom were given an anonymous questionnaire. The results showed that there were more differences in the answers not only in age but also in sex . It seemed that nationality had little impact on the use and knowledge of health resources.

To go into the results in great depth, we considered the possibility of doing a workshop discussion forum with students. In addition, it could also allow us what are their perceived requirements regarding to health services and resources, which are available to them at health services of Cantabria.

Keywords:
- Teenager
- Health Service
- Health Resources
- Health Promotion,

1.– INTRODUCCIÓN

El binomio salud y juventud ha despertado especial interés dentro del campo de la salud pública durante los últimos años, sin embargo, cada vez se hace más difícil distinguir entre adolescencia y juventud[1, 2,] por lo que los autores más destacados en la materia (Bloss, Ausubel, Erikson, Sullivan, Piaget) no coinciden en su diferenciación exacta. De otro lado, lo que sí es claro es que la etapa entre los diez y los veinte años, marca aspectos diferenciales en el desarrollo que se reflejan en importantes transformaciones psicosociales, que además coinciden con las edades en las que culmina el crecimiento físico[1].

Las características de esta etapa vital, hacen que los adolescentes sean un conjunto social especialmente vulnerable a los cambios sociales y culturales que se producen en el país, ya que se encuentran especialmente condicionados por el entorno; concretamente, la familia, las creencias religiosas, la etnia y los grupos de iguales influyen en la formación de las creencias sobre salud de los jóvenes y determinan la construcción de los estilos de vida relacionados con esta[3].

Esta vulnerabilidad viene favorecida, entre otras cosas, por la amplia información disponible y el fácil acceso a la misma, que influye en la construcción de las creencias, los conceptos, las actitudes, los valores y las prácticas desarrolladas en todos los ámbitos de la vida, incluida la salud. No obstante, este hecho no garantiza en todos los casos la calidad y el buen uso de dicha información y, por tanto, tampoco garantiza el cambio de creencias, actitudes y estilos de vida[3].

Los jóvenes se encuentran expuestos a diario a factores como el consumo de drogas, las prácticas sexuales de riesgo, los accidentes de tráfico, etc. Todos ellos se engloban dentro de los conocidos determinantes de salud de los jóvenes, que han sido ampliamente estudiados en la literatura[3,4]. Se ha observado que el peso de los determinantes más importantes relacionados con la mortalidad y la morbilidad de la población juvenil es cambiante y los principales problemas de salud que les afectan se distribuyen de manera diferente según grupos de edad, género, comunidad de residencia y clase social. Además, la distribución de los problemas relacionados con determinantes culturales y con la conducta, presentan una dinámica que requiere la constante actualización del conocimiento, para actuar sobre ellos de forma efectiva[3].

En general, los jóvenes españoles perciben su estado de salud como bueno o muy bueno, aunque el estado de su salud emocional suele ser bastante menos evidente que el de la física[2]. Se sabe que los jóvenes que mantienen buena relación con sus padres suelen tener una mejor percepción de su propia salud, al igual que aquellos jóvenes que trabajan y estudian, frente a los que se encuentran en desempleo o tienen peores notas en los estudios[5]. Pese a ello, los problemas por los que los jóvenes consultan a los servicios sanitarios no coinciden con los problemas de salud que los jóvenes atribuyen a la juventud y las actividades preventivas desde los servicios sanitarios dirigidas a la población joven parecen ser escasas. Posiblemente, esta sea una de las razones por la que los adolescentes perciben barreras para utilizar este tipo de servicios[2].

Por tanto, parece necesario profundizar en las necesidades sentidas por los jóvenes respecto a los servicios sanitarios, pero previamente es imprescindible saber qué uso hacen de dichos servicios y si conocen todos los recursos puestos a su disposición.

Las aportaciones a la comunidad de este trabajo repercuten sobre este hecho: ampliando los conocimientos sobre qué saben y sienten los adolescentes en relación a los servicios de salud, se pueden revisar los recursos disponibles, adecuándolos, si es preciso, a sus necesidades actuales.

2.– OBJETIVOS

El objetivo de este estudio se centra en conocer cual es el uso que hace la población joven de los servicios de salud y que conocimientos tienen los adolescentes acerca de los recursos disponibles a su alcance. Una vez obtenidos los primeros datos, el objetivo secundario es detectar si existen diferencias significativas atendiendo a factores como el sexo, la edad o la nacionalidad.

3.– MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio con diseño descriptivo transversal cuyos sujetos de estudio fueron los alumnos matriculados en los dos ciclos de Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.) del Instituto de Educación Secundaria (I.E.S.) Villajunco de Santander, en Cantabria, durante el curso académico 2011-2012. Se excluyeron aquellos estudiantes de Bachillerato y Formación Profesional dado que, por las características de estos niveles de estudios, el intervalo de edad es muy amplio.

El I.E.S. Villajunco acoge alumnos de diversas áreas del municipio, aunque en su mayoría los estudiantes residen en la zona básica de salud en la que se encuentra enclavado el centro[6]. Hay un total de 219 alumnos matriculados en los dos ciclos de la E.S.O., de edades comprendidas entre los 12 y los 18 años, según los datos de registro. De ellos, aproximadamente un 20% son alumnos extranjeros (anexo 1). Entre los países de origen que más se repiten están, por orden decreciente, Colombia, Ecuador, Marruecos, Rumanía y Moldavia.

Para la recogida de datos se utilizaron unos cuestionarios (anexo 2) elaborados previamente a partir de una revisión bibliográfica[3]. Estos cuestionarios se adaptaron al nivel lingüístico de los alumnos con ayuda de profesorado del centro y se dividieron estructuralmente en dos apartados: un primer apartado de recogida de datos sociodemográficos que constaba de 7 ítems de respuesta cerrada y un segundo apartado con 9 ítems para explorar las diferentes variables sobre uso de los servicios de salud y conocimiento de los recursos sanitarios disponibles, que utilizaba preguntas cerradas. Sin embargo, en las preguntas 1, 3 y 6 se deja un espacio de respuesta abierta para obtener más información acerca de los conocimientos del estudiante. En la pregunta 8, se ofrece al alumno una tabla de respuesta donde se relacionan los temas de drogadicción, tabaco, alcohol y hábitos sexuales, con la fuente de información a la que recurrirían para resolver sus dudas sobre dichos temas: Internet, amigos, familia o profesionales sanitarios.

Se informó tanto a la dirección del I.E.S. como a los alumnos, del carácter anónimo de los cuestionarios y su finalidad.

Los cuestionarios fueron repartidos por los profesores y tutores en horario lectivo el día 13 de enero de 2012 y fueron autocumplimentados por los alumnos, tal y como había sido acordado previamente con la dirección del instituto. En total, se recogieron 213 cuestionarios, divididos en cuatro grupos correspondientes a los cuatro cursos de la E.S.O. Para facilitar el análisis de datos de cada uno de los grupos, se seleccionó de manera aleatoria una muestra de 5 hombres y 5 mujeres.

El análisis de los datos recogidos se llevó a cabo mediante una tabla de volcado de datos, elaborada con el programa Microsoft Office Word versión 2007.

4.– RESULTADOS

De la muestra de 40 alumnos estudiada, el 50% fueron hombres y el 50% mujeres, que correspondían a los 5 hombres y 5 mujeres elegidos de cada curso. La edad media fue de 13'7 años, estando las edades en el intervalo de los 12 a los 17 años. El 62'5% de los estudiantes eran de nacionalidad española y el 37'5% restante tenía otro país de procedencia diferente a este: de los 15 estudiantes extranjeros de la muestra, 4 procedían de Ecuador, 3 de Colombia y 3 de Rumanía; el resto tenían nacionalidad italiana, boliviana, marroquí, moldava o cubana (gráfico 1).

Un 64'4% de los padres tiene estudios de bachillerato, formación profesional o estudios superiores, frente a un 80% de las madres. Del total, un 38'96% tiene estudios superiores, no habiendo diferencias en cuanto al sexo ya que, de dicho porcentaje, 15 sujetos eran madres y 15 padres.

Sólo un 5% de los estudiantes no ha utilizado nunca un servicio de salud y entre las respuestas de los que sí lo hicieron, se obtuvo que la mayoría había acudido a la consulta de su médico de cabecera o pediatra (según el caso) y al servicio de urgencias del hospital. Otros, en menor proporción, afirmaron haber ido a la consulta de algún especialista (dermatología, neumología) o haber estado ingresado en la Residencia Cantabria. Un 92'5% de las respuestas en cuanto al trato recibido indica una percepción buena o muy buena del mismo, frente a un 7'5% que respondió no sabe/no contesta.

Un 75% de los alumnos encuestados refirieron conocer cual es su centro de salud de referencia, aunque se detectaron 3 falsos positivos ya que en el apartado de respuesta abierta se indicó como tal al Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y a la Residencia Cantabria, que no se corresponden con el objeto de la pregunta. No se detectaron diferencias significativas en cuanto al sexo o nacionalidad, aunque sí respecto a la edad, ya que el 70% de alumnos que respondieron negativamente correspondían a los dos primeros cursos de la E.S.O.

Casi todos los alumnos (un 80%) saben de la existencia de un servicio de urgencias extrahospitalario disponible en determinados centros de salud de Cantabria, aunque únicamente un 72'5% sabe donde se localiza. Llama la atención en las cifras que los chicos son quienes más afirmar saber de la existencia de estos servicios, pero son a su vez quienes más ignoran su localización.

Un 62'5% de los alumnos se sentirían cómodos contestando a preguntas sobre sus hábitos sexuales o de consumo de drogas en una consulta médica, sin que existan diferencias importantes en los parámetros estudiados. Todas las justificaciones en este caso se sintetizan en las siguientes frases: "no tengo nada que esconder", "son cosas normales", "no tengo hábitos extraños", "si lo preguntan es por algo", "es importante decir la verdad para que me diagnostiquen bien" o "para que me den la medicación correcta". En el caso de aquellos que contestaron que no se sentirían cómodos, aludieron al hecho de que "me da vergüenza", "porque seguramente es-

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

tén mis padres delante", "porque son cosas personales".

En cuanto a la pregunta 7 del cuestionario, un 40% de los alumnos no sabe lo que es el 'secreto profesional', de los cuales un 75% corresponden a los dos primeros cursos, un 56'25% son mujeres, un 43'75% hombres y un 62'5% españoles. Sin embargo, en proporción al número de alumnos estudiados de cada nacionalidad, coincide que para el caso de españoles (10 de 25) y no españoles (6 de 15), que no sabían lo que era el 'secreto profesional', (un 40% en ambos).

La pregunta 8 ofrecía una tabla de respuesta que pone en relación a la fuente de información que utilizarían y las diferentes variables estudiadas: drogas, tabaco, alcohol y sexualidad. De esta forma se obtiene que la principal fuente de información sea la familia en todos los casos, seguido de los profesionales sanitarios, Internet y los amigos, por este orden. Mientras que a la familia y a los profesionales sanitarios, tanto chicos como chicas, recurren en proporciones similares, son ellas quien hacen mayor uso de Internet y ellos quienes más apoyo buscan en los amigos. La búsqueda de información en Internet es más patente conforme se incrementa la edad, lo que ocurre inversamente en el caso de los profesionales sanitarios, que son comúnmente más consultados por los adolescentes más jóvenes (gráfico 2).

Finalmente, un 67'5% de los alumnos encuestados considera que sí dispone de información suficiente respecto a los servicios de salud a su alcance, siendo mayor la proporción de alumnos españoles que extranjeros los que dieron esta respuesta (un 72% frente a un 60%). Pese a que las diferencias en cuanto al sexo no son significativas, en cuanto a la edad indican que son los alumnos de 1º y 2º de la E.S.O. los que peor percepción tienen de este hecho.

5.– DISCUSIÓN

A la vista de los resultados obtenidos, podemos afirmar que las diferencias más acuciadas son en relación a la edad y, menos frecuentemente, en cuanto al sexo. Los alumnos de menor edad son aquellos que cuentan con menores conocimientos y manifiestan no tener información suficiente sobre los recursos sanitarios.

La nacionalidad apenas influye en el uso y conocimiento de los recursos sanitarios. Este hecho puede ser debido a que muchos de los alumnos extranjeros llevan residiendo en España desde edades muy tempranas y que están adaptados al medio en el que viven y se desarrollan. Una de las debilidades del cuestionario elaborado, habita precisamente en este hecho: hubiera sido de interés para el análisis de los datos conocer los años de residencia en España, ya que, probablemente, en muchos casos la variable nacionalidad no implique diferentes actitudes o conocimientos dentro de un grupo de iguales y, menos, dentro del intervalo de edad estudiado, como desde un punto de vista hipotético cabría esperar.

Por otro lado, la muestra no es totalmente representativa, ya que los alumnos extranjeros constituyen un 37'5% de los 40 estudiados, frente al 19'18% que representan del total de alumnos matriculados en los cursos elegidos. La elección de otra técnica de selección de la muestra posiblemente hubiera contribuido a proporcionar datos más cercanos a la realidad.

Según los datos recabados, la mayor parte de los alumnos pertenecen a familias con un nivel cultural medio e, incluso, alto. La influencia del entono familiar y, por tanto, la educación recibida, puede ser una de las razones por las cuales los resultados evidencien un adecuado conocimiento de la existencia y localización de los centros sanitarios, de conceptos como el de 'secreto profesional' o entiendan como algo normal y aceptable que se les pregunte por aspectos de su vida personal e íntima. Además, la familia parece ser, en la mayoría de los casos, un fuerte punto de referencia. De hecho, llama la atención la escasa búsqueda de apoyo en el grupo de iguales cuando se trata de problemas relacionados con la salud, cuando se sabe y se ha estudiado que en esta etapa de la vida el entorno social tiene gran influencia sobre los individuos.

Sería interesante desarrollar con los alumnos un taller de foro debate para indagar más en los resultados obtenidos con esta encuesta y conocer cuáles son sus necesidades sentidas con respecto a los servicios sanitarios y los recursos que se ponen a su disposición en las áreas de salud de Cantabria. De esta forma, se podría alcanzar un mayor nivel de comprensión de sus respuestas, así como proponer intervenciones desde los centros asistenciales dirigidas a cubrir y solventar sus posibles necesidades de una manera más eficiente, si cabe, de lo que se viene haciendo.

6.– CONSIDERACIONES ÉTICAS

A efectos de realización y publicación del estudio ha sido solicitada la autorización a la dirección del I.E.S. Villajunco, informando verbalmente del objetivo e intencionalidad del estudio.

Se informó por escrito a los estudiantes de que el cuestionario era de carácter anómino y que en ningún caso la información recogida identificaría directa o indirectamente a los participantes del estudio. Los datos sólo serán utilizados para el objetivo descrito en el trabajo y en ningún caso con otra finalidad, respetando las normas internacionales y nacionales sobre la protección de datos.

6.– BIBLIOGRAFÍA

1. Krauskopof Dina. El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. Adolesc. salud [revista en la Internet]. 1999 [citado 2012 Ene 28]; 1(2): 23-31. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200004&lng=es.
2. Dávila León, O. Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. Ultima décad., Santiago, v.12, n.21, dic. 2004. [Accedido 28 enero 2012]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362004000200004&lng=es&nrm=iso>.. doi:10.4067/S0718-22362004000200004
3. Hernán M, Ramos M, Fernández A. Salud y Juventud en España 2001. Informe de Progreso nº1; EASP, CJE; 2001.
4. Espinosa González Leticia. Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2004 Dic [citado 2012 Ene 28]; 41(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000300009&lng=es.
5. Hernán M, Fernández A, Ramos M. La Salud de los Jóvenes. Gac Sanit [serie en Internet]. [Citado el 26 de enero 2012]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000700010&lng=en.
6. SC Salud [sede Web]. Santander: Servicio Cántabro de Salud [acceso el 29 de Enero de 2012]. Mapa Sanitario. Disponible en: http://www.scsalud.es/mapa_sanitario/zonas.php?Id=1.

ANEXO 1.–

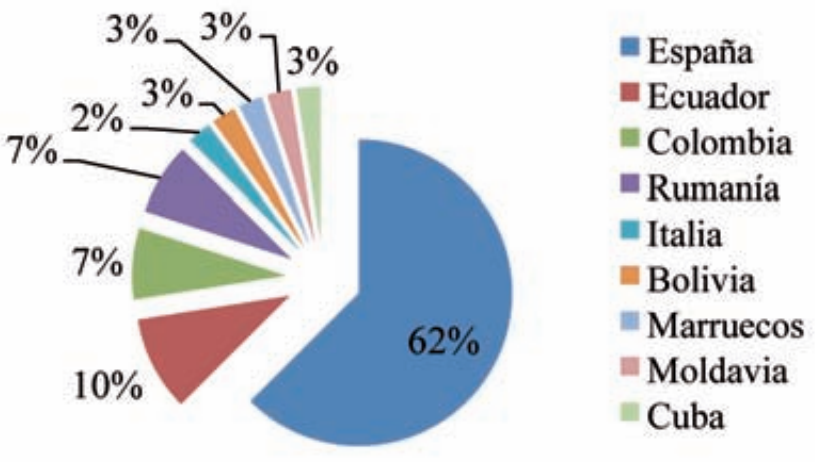
IES VILLAJUNCO - ALUMNADO EXTRANJERO (8 de noviembre de 2011)

NACIÓN	1º ESO			2º ESO			3º ESO			4º ESO			TOTAL ESO		
	H	M	Total 1º	H	M	Total 2º	H	M	Total 3º	H	M	Total 3º	H	M	Total ESO
ARGENTINA							1		1				1		1
BOLIVIA											1	1		1	1
BRASIL							1		1				1		1
CAMERÚN		1	1											1	1
CHINA										1		1	1		1
COLOMBIA	1	4	5	1		1		1	1	1		1	3	5	8
CUBA								1	1					1	1
ECUADOR	1	1	2	2		2	1		1	1	1	2	5	2	7
ITALIA											1	1		1	1
MARRUECOS		1	1	2	1	3					2	2	2	4	6
MOLDAVIA	1		1	1		1	1	1	2	1		1	4	1	5
PERÚ		1	1		1	1								2	2
RUMANÍA	1	1	2					1	1	2	1	3	3	3	6
SENEGAL	1		1										1		1
TOTALES	5	9	14	6	2	8	4	4	8	6	6	12	21	21	42
ALUMNADO TOTAL DEL NIVEL			73			41			62			43			219

GRAFICO 1.–

Gráfico 1. País de Origen.

España	25
Ecuador	4
Colombia	3
Rumanía	3
Italia	1
Bolivia	1
Marruecos	1
Moldavia	1
Cuba	1



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

ANEXO 2.–

El siguiente cuestionario es **ANÓNIMO**, sólo tienes que contestar a las preguntas marcando con una X en el recuadro que corresponda y en algunos casos dar una pequeña justificación a tu respuesta utilizando las líneas de puntos que hay debajo de las preguntas.

SEXO: ☐ Masculino ☐ Femenino

EDAD: _____ años.

CURSO QUE ESTUDIAS: ☐ 1º ESO ☐ 2º ESO ☐ 3º ESO ☐ 4º ESO

NACIONALIDAD: _____ **PAÍS DE ORIGEN:** _____

NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS PADRES O TUTORES:

PADRE: ☐ Sin estudios. ☐ Estudios básicos o Educación Obligatoria. ☐ Estudios bachillerato o FP. ☐ Estudios Universitarios o Superiores.

MADRE: ☐ Sin estudios. ☐ Estudios básicos o Educación Obligatoria. ☐ Estudios bachillerato o FP. ☐ Estudios Universitarios o Superiores.

1) **¿Has utilizado alguna vez un servicio sanitario o has acompañado a algún familiar o amigo?**

Por ejemplo: has ido la consulta del médico o la enfermera del Centro de Salud, a un servicio de urgencias, a la consulta de un especialista, etc.

SI ☐ NO ☐

¿Cuál?_____

2) Si respondiste **SÍ** a la pregunta anterior: **¿cómo te sentiste en cuanto al trato recibido?**

MUY BIEN ☐ BIEN ☐ MAL ☐ MUY MAL ☐ NS/NC ☐

3) **¿Sabes cuál es el Centro de Salud que te corresponde según la calle o la zona donde vives?**

SI ☐ NO ☐

¿Cuál es?_____

4) **¿Sabes que existe servicio de urgencias fuera del hospital, en Centros de Salud?**

SI ☐ NO ☐

5) **Si tuvieses que usar este servicio de urgencias extrahospitalario, ¿sabrías a qué Centro de Salud acudir?**

SI ☐ NO ☐

6) **¿Te sentirías cómodo Si en una consulta médica, te preguntaran sobre aspectos relacionados con tu sexualidad o hábitos como fumar, beber, etc.?**

SI ☐ NO ☐

*¿Por qué?*_____

7) **¿Sabes lo que es el "secreto profesional" del personal sanitario?**

SI ☐ NO ☐

8) **¿A qué fuente de información recurrirías en caso de necesidad si tienes una duda sobre consumo de drogas, tabaco, alcohol o hábitos sexuales?** (PON UNA "X" EN EL RECUADRO QUE CORRESPONDA):

	Internet	Amigos	Familiares	Profesionales sanitarios
Drogas				
Tabaco				
Alcohol				
Sexualidad				

9) **¿Crees que tienes suficiente información sobre los recursos sanitarios que la sociedad te ofrece ante un problema de salud?**

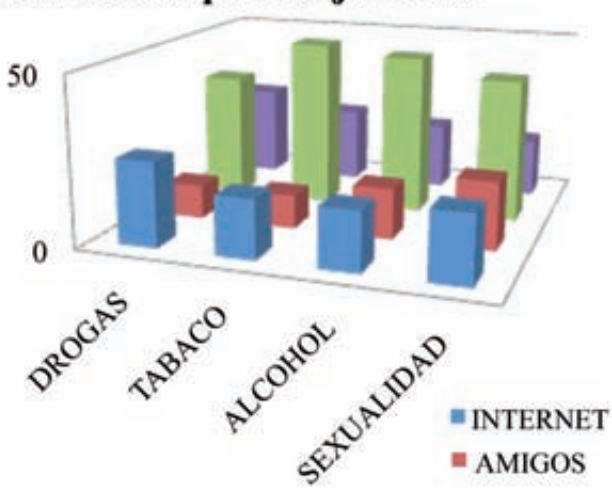
SI ☐ NO ☐

¡¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!!

GRAFICO 2.–

Gráfico 2. Fuentes de información usadas por los jóvenes.

	DROGAS	TABACO	ALCOHOL	SEXUALIDAD
INTERNET	25	17,5	17,5	20
AMIGOS	10	10	15	20
FAMILIA	37,5	50	47,5	42,5
PROF. SANITAR	27,5	22,5	20	17,5

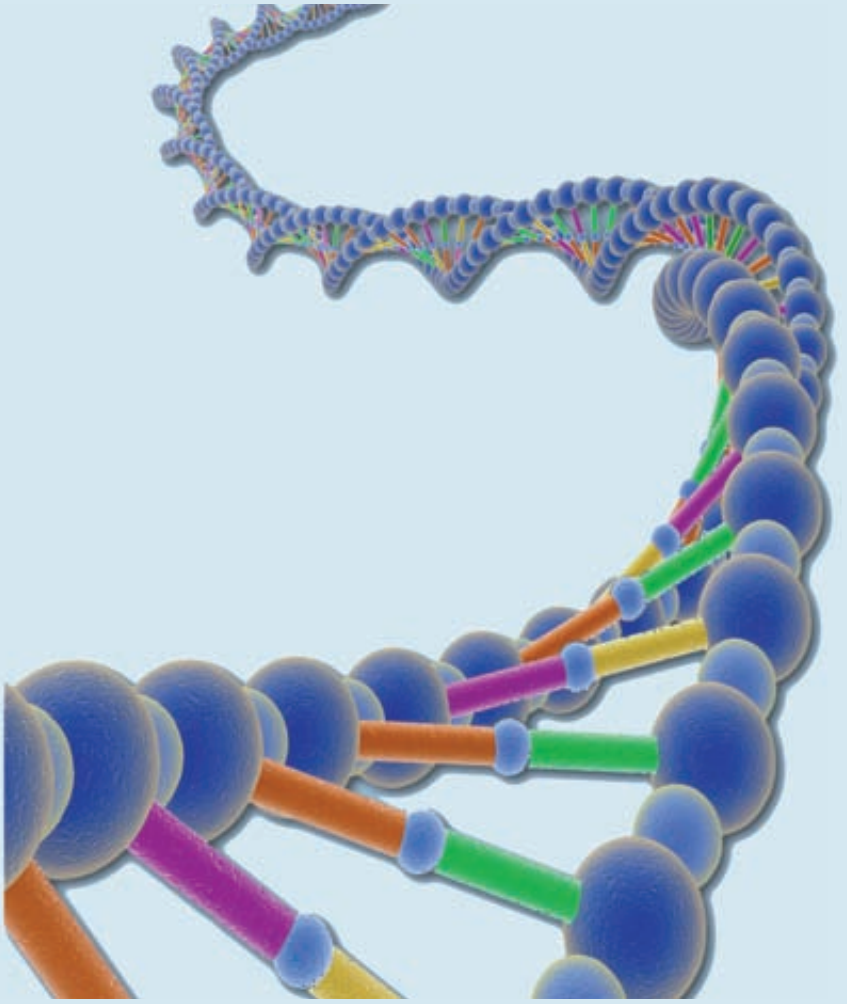


FUNDACIÓN de la ENFERMERÍA de CANTABRIA

Nuberos Científica
www.enfermeríadecantabria.com/nuberoscientifica

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Prevalencia del riesgo de desnutrición en el paciente quirúrgico programado en la fase preoperatoria medida a través de la valoración nutricional de enfermería.



Autora:
Inmaculada Rodríguez Rodríguez
Enfermera del Hospital Sierrallana
(Torrelavega-Cantabria-España)

Autora para correspondencia:
irodriguesro@yagoo.com

Recibido: Abril de 2012
Aceptado: Mayo de 2012

RESUMEN

El impacto que la desnutrición comporta en el paciente prequirúrgico es algo que se sabe por diversos estudios. La alta tasa de prevalencia de desnutrición en el paciente quirúrgico programado puede presentar un mayor riesgo de desarrollar complicaciones postquirúrgicas, mayor estancia hospitalaria, incremento de la morbimortalidad y, consecuentemente, de los costes sanitarios.

La determinación del estado nutricional del paciente prequirúrgico debe formar parte de la valoración integral de dichos pacientes en la fase preoperatoria.

La valoración del estado nutricional no forma parte de los protocolos de la valoración preoperatoria en la consulta de Cirugía General en el Área de Salud de Torrelavega-Reinosa. Este trabajo tiene por objetivo conocer la prevalencia de desnutrición en estos pacientes aplicando la herramienta de cribado NRS 2002, para su medición.

El diseño del estudio es observacional transversal, realizado en la consulta de cirugía general en el paciente quirúrgico programado. Los pacientes deben cumplir los criterios de inclusión: edad mayor o igual a 18 años, intervención quirúrgica programada y cirugía mayor.

El tamaño muestral estimado es de 246 pacientes (prevalencia estimada del 50%, IC 95%, precisión 0.05).

Análisis estadístico: se hará una descripción de todas las variables y se calculará la OR de prevalencia y su IC 95%.

Palabras clave:
- Desnutrición.
- Paciente quirurgico.
- Nutrición.
- Preoperatorio.
- Evaluación nutricional.
- Complicación quirúrgica.
- Parámetros nutricionales.

ABSTRACT

Prevalence of risk of malnutrition in scheduled surgical patients in the preoperative phase as measured by the nutritional status of nursing.

The impact that malnutrition leads to the preoperative patient is something known by several studies. The high prevalence of malnutrition in scheduled surgical patients may be at higher risk of postoperative complications, longer hospital stays, increased morbidity and consequently the rapid growth of healthcare costs.

The determination of the preoperative patient's nutritional status should be part of the comprehensive assessment of these patients in the preoperative period.

The assessment of nutritional status is not part of the preoperative evaluation protocols in general surgery consultation in Torrelavega-Reinosa health area; this paper aims to determine the prevalence of malnutrition in these patients using the screening tool NRS 2002, for measurement.

The study design is observational crosscutting; it has been made in the consultation of general surgery at the scheduled surgical patient. Patients must meet the inclusion criteria: greater than or equal to 18 years old, programmed surgical procedure and major surgery.

The estimation of the sample size: 246 patients (estimated prevalence 50%, IC 95% accuracy 0.05).

Statistical analysis: it will be made a description of all the variables and calculated the prevalence OR and I.C. 95%.

Keywords:
- Malnutrition.
- Surgical patient.
- Nutrition.
- Preoperative.
- Nutritional evaluation.
- Surgical complications.
- Nutritional parameters.

1.– INTRODUCCIÓN

Diversos estudios han demostrado una prevalencia en la desnutrición de los pacientes quirúrgicos programados de un 20%-60%[1], una incidencia del 35%-70%[2] y que sólo el 15% de la población de pacientes ambulatorios tiene reconocida una desnutrición y recibe un tratamiento nutricional[3]. Como se ve, el impacto que la desnutrición va a comportar en el paciente quirúrgico es tema de gran interés, porque su mal estado nutricional va ser un factor de riesgo[4] para desarrollar complicaciones postoperatorias[5,14] con una mayor estancia hospitalaria[6], un incremento de la morbimortalidad[7,15] y, consecuentemente, de los costes sanitarios[8]. Por ello, es importante identificar a estos pacientes que van a ser sometidos a una cirugía programada.

Se entiende por diagnóstico de desnutrición el estado de déficit de energía, proteínas y otros micronutrientes que provocan alteraciones funcionales y/o anatómicas en el organismo, asociadas o no a la agravación del pronóstico de ciertas enfermedades y que son reversibles por una terapia nutricional[9].

El diagnóstico temprano de la desnutrición podría ser el paso inicial en la instalación de un soporte nutricional oportuno que garantice el éxito del procedimiento médico-quirúrgico e incremente la calidad postoperatoria del paciente[20].

Dado que son múltiples los factores que explican las causas de desnutrición en el paciente quirúrgico, entre ellas enfermedad de base, tratamiento, anorexia, estrés relacionado con la intervención, el ayuno previo, etc… Esto hace pensar que debemos hacer más hincapié en estos pacientes, con el fin de no seguir agravando aquellos indicadores sanitarios negativos de morbimortalidad, letalidad, riesgo de sufrir complicaciones quirúrgicas e intentar disminuir la elevada tasa de prevalencia e incidencia de los pacientes con desnutrición o riesgo de ella en la fase preoperatoria.

El riesgo nutricional puede definirse como la probabilidad de mejor o peor evolución debida a factores nutricionales y que puede ser modificado mediante una intervención nutricional [9].

En muchas ocasiones, la valoración del estado nutricional del paciente quirúrgico programado no forma parte de la fase preoperatoria de la consulta de Cirugía General del Área de Salud Torrelavega–Reinosa. Resultaría de cierta importancia y relevancia tomar conocimiento y mostrar mayor actitud ante una atención más integral del paciente quirúrgico, donde no se podrá dejar de lado su estado nutricional. Por ello, este trabajo se inserta en el marco de un proyecto que tiene por objetivo conocer la prevalencia de desnutrición en estos pacientes, aplicando la herramienta[10] de cribado NRS 2002.

Para evaluar la desnutrición o riesgo de desnutrición[17] para pacientes adultos existen diversas herramientas de cribado, que permiten evaluar el estado nutricional. Entre ellas, las más utilizadas son *Malnutrition Advisory Group (MAG)* elaborada por el comité de expertos de la British Association of Parenteral and Nutrition (BAPEN), *Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)*, desarrollada por la BAPEN, *Oncology Screening Tool (OST)* método utilizado en el Memorial Sloan-Kettring Cancer Centrer (MSKCC), *Mini-Nutritional Assessment (MNA)* elaborada por la The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), *Nutrition Risk Screening (NRS 2002)* elaborada por ESPEN[19] .

Los métodos de cribado deben ser válidos, fiables, reproducibles, prácticos (fáciles de aplicar, bien aceptados y económicos) y conectados a protocolos de actuación[19,10].

La herramienta elegida para detectar la desnutrición o riesgo de desnutrición del paciente quirúrgico, será a través de un cribaje mediante el método NRS 2002 (Nutrition Risk Screening)[16,18] recomendado por la ESPEN[11], por tratarse de pacientes a hospitalizar y presentar mejor sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo[9], siendo al mismo tiempo fácil y rápido de realizar[12]. Su aplicación se debería realizar en el curso de la visita preoperatoria con el tiempo suficiente, para después tomar las medidas necesarias y actuar sobre los resultados del cribado[13].

La identificación de la desnutrición o riesgo de desnutrición en el paciente prequirúrgico mediante este estudio y, dada la estrecha relación de asociación entre el estado nutricional del paciente quirúrgico y la ocurrencia de complicaciones postquirúrgicas, nos permitirá conocer la prevalencia de desnutrición en el Área de Salud Torrelavega-Reinosa, para posteriormente poder planificar protocolos de actuación y poner en marcha medidas terapéuticas que ayuden a disminuir la morbimortalidad de estos pacientes, con su consiguiente disminución de estancia hospitalaria y coste socio-sanitario.

2.– OBJETIVOS

General:
Identificar a los pacientes quirúrgicos en la fase preoperatoria que presenten desnutrición o riesgo de desnutrición.

Específicos:
- Conocer la prevalencia de desnutrición entre los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente.
- Determinar el estado nutricional del paciente en la fase preoperatoria.
- Describir los factores intrínsecos que se asocian con la desnutrición en los paciente que van a ser intervenidos quirúrgicamente.

3.– METODOLOGÍA

Diseño:
Estudio observacional descriptivo transversal a realizar en la consulta de especialidades de Cirugía General del área Torrelavega-Reinosa.

Sujetos a estudio:
Población de referencia: pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente que viven en el Area de Salud Torrelavega-Reinosa, con una población total, según su tarjeta sanitaria, de 167.000 habitantes.

Población a estudio:
Pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente de cirugía mayor que cumplan los criterios de inclusión/exclusión y acepten participar en el estudio.

Criterios de inclusión:
- Edad mayor o igual a 18 años.
- Intervención quirúrgica programada.
- Paciente que va ser intervenido de cirugía mayor por el Servicio de Cirugía General del Hospital Sierrallana.

Criterios de exclusión:
- Pacientes con una cirugía mayor de urgencia.
- Pacientes programados de cirugía mayor ambulatoria.
- Pacientes programados de cirugía menor.
- Paciente menor de 18 años.

Tamaño muestral:
El estudio planifica para detectar una prevalencia de desnutrición 50% (máxima indeterminación) con su intervalo de confianza al 95% (IC 95%) y una precisión en la estimación de 0,05, suponiendo que el total de pacientes intervenidos quirúrgicamente de cirugia mayor al año es de 679 (dato 2010). Con estos parámetros será necesario incluir en el estudio una muestra de 246 pacientes.

Reclutamiento:
La enfermera de la consulta de Cirugía General seleccionará de forma consecutiva a los pacientes que se les programe para intervención de cirugía mayor. A los que cumplan los criterios de inclusión/exclusión se les informará del estudio y objetivos del mismo, entregándoles en ese momento un consentimiento informado (Anexo1) y, si aceptan, se les realizará la valoración nutricional por el profesional de enfermería.

Recogida de información:
La información se obtendrá de la historia clínica del paciente (enfermedad de base, antecedentes personales y la entrevista nutricional).

Estructura de la escala NRS (2002) (anexo I)
Medición de talla y peso para el cálculo del índice de masa corporal (IMC).

Primera fase:
Tiene 4 preguntas y la respuesta de cada una es SI o NO. Si la

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

respuesta es NO a todas las preguntas será necesario repetir el test semanalmente. Si la respuesta es SI en alguna de las preguntas anteriores, se pasará a la segunda fase de cribado.

Segunda fase:

1. El deterioro del estado nutricional, donde se valorarán cuatro niveles.
2. Gravedad de la enfermedad, con cuatro niveles.

Si la suma total es mayor de 3 puntos, existe riesgo nutricional y, por lo tanto, es necesario establecer un soporte nutricional adecuado. Por el contrario, si es menor de 3, se recomienda la reevaluación semanal.

Variables del estudio:

Variable independiente: variables que miden el factor de estudio.

- Edad, sexo, peso, talla, IMC.
- Enfermedad de base y tipo de enfermedad (Diabetes, EPOC, Neoplasia, IR, IC etc.).
- Patología quirúrgica (de qué se le va a intervenir).
- Datos bioquímicos, si disponemos, como albúmina sérica, prealbúmina, recuento de linfocitos, etc...
- Pérdida de peso en los últimos 3 meses (SI o NO).
- Reducción de ingesta de alimentos en la última semana (SI o NO).
- Enfermedad grave (SI o NO).

Variables dependientes: variable que mide el factor respuesta.

DETERIORO DEL ESTADO NUTRICIONAL

Estado nutricional normal	Ausente = 0 puntos
Pérdida de peso >5% en los últimos 3 meses o ingesta <50-75% de requerimientos habituales en la semana anterior.	Leve = 1 punto
Pérdida peso >5% en los últimos 2 meses o IMC 18,5-20,5 + deterioro estado general o ingesta <25-50% de requerimientos habituales en la semana anterior.	Moderado= 2 puntos
Pérdida de peso >5% en los últimos 2 meses o IMC<18,5 + deterioro estado general o ingesta <0-25% de requerimientos habituales en la semana anterior.	Severa= 3 puntos

GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD

Requerimientos nutricionales normales	Ausente = 0 puntos
Fractura de cadera. Pacientes crónicos con descompensaciones agudas: cirrosis, EPOC, etc, pacientes en HD, diabetes u oncológicos.	Leve = 1 punto
Cirugía mayor digestiva, AVC, Neumonía severa, Enfermedades hematológicas malignas.	Moderado= 2 puntos
Traumatismos craneoencefálicos, trasplante de médula ósea, pacientes en UCI (APACHE >10)	Severa= 3 puntos

Ajuste de la edad: añadir 1 punto a la puntuación total en los pacientes mayores de 70 años, variable cuantitativa discreta.

Puntuación total del cuestionario= suma de puntos del deterioro estado nutricional + severidad enfermedad + ajuste edad.

Puntuación: >0=3, el paciente se encuentra en riesgo nutricional.

Puntuación: <3 se debe hacer un cribado semanal.

Recogida y análisis de los datos:

Para el análisis y la base de datos se empleará el programa SPSS for Windows 18 (2009).

El análisis de las variables cualitativas se calculará con frecuencias relativas en forma de porcentajes y comparándose con el test chi-cuadrado; las variables cuantitativas se expresaran en forma de media y desviación estándar (DE), comparándose mediante el test de t-Student. Se calculará la OR de prevalencia y su IC al 95%, para detectar factores asociados con la prevalencia de desnutrición.

Limitaciones del estudio:

Puede haber dificultad al aplicar la herramienta porque el paciente no comprenda las preguntas. Se le explicará de forma sencilla y compresible y nos apoyaremos en los datos de la historia clínica.

Rechazo a la participación en el estudio por el propio paciente y problemas de comunicación que resulten insalvables tales como idioma o patologías asociadas a la intercomunicación. Se estima una pérdida del 5%.

4.– ASPECTOS ÉTICOS

Se solicitará la aprobación de dicho proyecto por el Comité Ético de Investigación Clínica respetando la normativa actual vigente.

La participación en el estudio es totalmente libre y voluntaria.

La información dada al paciente de dicho estudio se hará a través de dos fuentes, la verbal mediante la explicación y la escrita mediante un consentimiento informado para la utilización de los datos (anexo II)

Con los datos personales se mantendrá la confidencialidad de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Para la realización de este proyecto se solicitará permiso al gerente y al jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital Sierrallana notificándoselo con una carta (anexo III)

5.– UTILIDAD DE LOS RESULTADOS, EN RELACIÓN A LA COMUNIDAD CIENTIFICA Y A LA SOCIEDAD

Destacar la relevancia que este proyecto toma para su realización:

Dado que contamos con una herramienta de cribaje que ya ha sido validada y cumple las premisas para la correcta aplicación como fiabilidad, reproductible, sencilla, económica y no invasiva, si su utilización es factible en el estudio se puede plantear su extensión a los pacientes quirúrgicos programados y estandarizarla como una herramienta para la valoración nutricional de enfermería.

Conocer la prevalencia de desnutrición en el paciente quirúr-

gico programado y poder planificar para poner en marcha programas de intervención de mejora del estado nutricional de estos pacientes del Área de Salud Torrelavega-Reinosa.

Los resultados obtenidos podrán ser comunicados en congresos y publicados en revistas científicas del ámbito de enfermería de nutricion y cirugía general.

6.– PLAN DE TRABAJO

Duración del trabajo: 1 año

Periodos	Etapas de desarrollo	Meses
1º	Para la captación de la muestra piloto y la puesta en marcha de la misma.	Febrero 2013 (1 mes)
2º	Captación muestra a estudio. Trabajo de campo de la 1ª y 2ª fase de cribado. Creación de base de datos. Procesado de datos.	Febrero-Junio 2013 (7 m.)
3º	Análisis de los datos. Discusión de los resultados. Elaboración de un informe final. Difusión del estudio.	Julio-Octubre2013 (3 m.)

Asignación de tareas:

Equipo investigador: Investigador principal	Captación de la muestra piloto y realización de la prueba piloto. Captación de la muestra a estudio. Proporcionar consentimiento informado. Realizar la valoración del estado nutricional mediante la herramienta de cribado elegida.
Personal técnico contratado:	Creación de la base de datos y procesado. Análisis de los mismos
Lugar de realización:	Consulta de Enfermería de Cirugía General del Hospital Sierrallana.

7.– EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR

La investigadora principal posee en su currículo:

- Formación en investigación cuantitativa en diversos cursos.
- Formación en dietética y nutrición.
- Experiencia asistencial en servicios de hospitalización de cirugía general.
- Asistencia a congresos y jornadas de carácter nacional relacionados con cirugía general.

8.– MEDIOS DISPONIBLES Y NECESARIOS

CONCEPTO	COSTE
Medios Necesarios.	1.000 €
Gastos del personal para:	
- Programa informático SPSS	
Gastos de Bienes y Servicios:	
- Material inventariable:	
• Báscula digital con tallímetro	150 €
• Impresora y ordenador portátil	1.500 €
- Material Fungible	
• Folios	100 €
• Cartuchos para impresora	100 €
- Gastos de Formación:	
• Asistencia a congresos.	1.500 €
• Revisión bibliográfica.	200 €
TOTAL GASTOS	**4.550 €**
Medios disponibles:	
- Consulta de Cirugía General.	
• Ordenador de mesa.	0 €
- Biblioteca.	
• Revistas y libros.	0 €
- Investigador principal: Enfermera.	0 €
TOTAL GASTOS	**0 €**

9.– AGRADECIMIENTOS

A la Dra Fariñas del servicio de Medicina Preventiva del Hospital Sierrallana, que me ha orientado y ha participado en la revisión de la parte de estadística y epidemiológica de este proyecto.

10.– BIBLIOGRAFÍA

1- K Norman, H Lochs, M Pirlich. Malnutrition als prognostischer Faktor. Chir Gastr 2004; 20(3):175-180
2- G.R Monti. Desnutrición Hospitalaria: una patología subdiagnostica. Asoc Méd Arg 2008; 121(4):25-27.
3- F Neelemaat, HM kruizenga, HCW de Vet, JC Seidell, M Butterman, MAE Van Borkhorst-de Van de Schueren. Screening malnutrition in hospital outpatients. Ca the SNAQ malnutrition screening tool also be applied to this population?.Clin Nutr 2008;27(3):439-446.
4- M Schiesser, S Müller, P Kirchhoff, S Breitenstein, M Schäfer Piere, A Clavien. Assessment of a novel screening score for nutritional risk in predicting complications in gastro-intestinal surgery Clin Nutr 2008;27(4):565-570.
5- L Zago, H Dupraz, F Torino, M E Río. Estado nutricional preoperatorio y riesgo quirúrgico. Identificación de marcadores bioquímicos promisorios. Nutr Hosp 2010; 24(1):0212-1611
6- Ahmed T, Haboubi N. Assessment and management of nutririon in older people and its importance to health. Clin Interv Aging 2010;9(5):207-16.
7- Kathiresan AS, Brookfield KF, Schuman SI, Lucci JA. Malnutrition as a predictor of poor postoperative outcomes in gynecologic cancer patients. Arch Gynecol Obstet 2011; 284(2):445-51.
8- K Norman,C Pichard, H Lochs, M Pirlich. Prognostic impact of disease-related malnutrition.Clin Nutr 2008; 27(1):5-15

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

BIBLIOTECA (Continuación)

9- M I Rebollo Pérez. Diagnóstico de la malnutrición a pie de cama. Nutr Clin en Med 2007; 1(2):87-108
10- Phillips MB, Foley AL, Barnard R, Isenring EA, Miller MD. Nutritional screening in community-dwlling older adults:a systematic literature review. Asia Pac J Clin Nutr 2010;19(3):440-9.
11- Cristaudi A, Cerantola Y, Grass F, Demartines N, Hubner M, Schaefer M. Preoperative nutrition in abdominal surgery: recommendations and reality. Rev Med Suísse 2011;7(300):1358-61.
12- Neelemaat F, Meijers J, Kruizenga H, Van Ballegooijen h, Van Bokhorst-de van der schueren M. Comparison of five malnutrition screening tools in one hospital inpatient sample. J Clin Nurs 2011; 20 (15-16): 2144-52.
13- Scott A. Acting on screening results a guide to treating malnutrition in the community. Br J Comm Nurs 2008;13(10):450-6.
14- Agha-mohammadi S, Hurwitz D J. Enhanced recovery after body-contouring surgery: reducing surgical complications rates by optimizing nutrition. Aesthetic Plast Surg 2010;34(4):617-25.
15- Gregg JR, Cookson MS, Phillip S, Salem S, Chang SS, Clark PE et al. Effec of preoperative nutritional deficiency on mortality after radical cystectomy for bladder cancer.J. Urol 2011;185(1):90-6.
16- Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z; Ad Hoc ESPEN Working Group. Clin Nutr 2003;22(3):321-36.
17- Ryu SW, Kim ih. Comparison of different nutritional assessments in detecting malnutrition ar gastric cancer patients. World J Gastr 2010;16(26):3310-7.
18- Scheunemann L, Wazlawik E, Bastos JL, Ristow Cardinal T, Mayumi Nakazora L. Agreement and association between the phase angle an parameters of nutritional status assessment in surgical patients. Nutr Hosp 2011;26(3):480-7.
19- Ulibarri JL, Burgos R, Lobo G, Martínez, Planas M, Pérez de la Cruz A et al. Recommendations for assessing the hyponutrition risk in hospitalised patients. Nutr Hosp 2009;24(4):467-72.
20- Santana Porbén S. ¿Cómo saber que el paciente quirúrgico está desnutrido?. Nutr Clin 2004;7(4).240-50.
21- A Rodríguez de Miran, S Santana Porbén, E Borbolla Busquets. Estado nutricional prerioperatorio en paciente de cirugía mayor tracto gastrointestinal. Alim Nutr 2007;17(1):61-71.

ANEXO I.–

Primera fase o Cribaje inicial	Sí	No
¿Es el IMC < 20,5?		
¿Ha perdido peso en los últimos 3 meses?		
¿Ha reducido la ingesta de alimentos en la última semana?		
¿Tiene una enfermedad grave?		
En caso de contestar sí a alguna pregunta se ha de continuar con la segunda parte del cribado En caso de contestar no a todas las preguntas reevaluar al ingreso en el hospital, pero si ha de ingresar para una intervención de cirugía mayor se tendría que establecer un plan de tratamiento nutricional por el riesgo asociado que representa la cirugía		

Segunda fase o Cribaje final			
Deterioro estado nutricional		**Severidad enfermedad**	
Estado nutricional normal	**Ausente** **0 puntos**	Requerimientos nutricionales normales	**Ausente** **0 puntos**
Pérdida peso > 5% en los últimos 3 meses, o Ingesta < 50-75% de requerimientos habituales en la semana anterior	**Leve** **1 punto**	Fractura de cadera*. Pacientes crónicos con descompensaciones agudas: cirrosis*, EPOC*, etc. *Pacientes en HD, diabetes u oncológicos*	**Leve** **1 punto**
Pérdida peso > 5% en los últimos 2 meses, o IMC 18,5-20,5 + deterioro estado general, o Ingesta < 25-50% de requerimientos habituales en la semana anterior	**Moderado** **2 puntos**	Cirugía mayor digestiva*, AVC, *Neumonía severa, Enfermedades hematológicas malignas*	**Moderada** **2 puntos**
Pérdida peso > 5% en los últimos 2 meses, o IMC <18,5+ deterioro estado general, o Ingesta < 0-25% de requerimientos habituales en la semana anterior	**Severo** **3 puntos**	Traumatismos craneoencefálicos*, *Trasplante de médula ósea** *Pacientes en UCI (APACHE > 10)*	**Severa** **3 puntos**
Ajuste edad: añadir 1 punto a la puntuación total en los pacientes mayores de 70 años			**1 puntos**
Puntuación total = suma puntos del deterioro estado nutricional + severidad enfermedad + ajuste edad			

Puntuación: ≥3: el paciente se encuentra en riesgo nutricional y es necesario iniciar un plan de soporte nutricional.
Puntuación <3: se debe realizar un cribado semanal, en caso que el paciente tenga programada una intervención quirúrgica mayor, se debe considerar un aporte nutricional preventivo con el fin de evitar cualquier condición de riesgo asociada.

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

ANEXO II.–

CONSENTIMIETO INFORMADO
HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Estimado paciente:
Le informamos del desarrollo de un estudio de investigación que estamos llevando a cabo sobre la importancia de valorar el estado nutricional de los pacientes que van a ser intervenidos de cirugía general.

La valoración del estado nutricional que se les va a realizar formará parte del preoperatorio, que consistirá en tallar y pesar. Posteriormente, se le evaluará mediante unas preguntas referentes a su estado nutricional actual, por lo que no lleva ningún tipo de riesgos ni molestias.

El objetivo del estudio es conocer si el paciente antes de la intervención presenta desnutrición o riesgo desnutrición, para ello se realizará con tiempo suficiente a la fecha de la intervención.

Los beneficios que aporta conocer el estado de desnutrición o riesgo de ésta, en los pacientes que van a ser intervenidos, son disminuir las complicaciones post-operatorias, no alargar la estancia hospitalaria, la no aparición de nuevas patologías y disminuir el costo socio-sanitario.

Por este motivo necesitamos su colaboración, para conocer unos resultados y con ellos intentar aumentan la calidad asistencial y clínica de nuestro trabajo para la población.

Gracias por su colaboración

Atentamente, el equipo investigador.
Inmaculada Rodríguez Rodríguez
Colegiada nº 4.034

D/Dña …….
Con DNI …… acepto participar en el estudio de investigación de *'La importancia de identificar la desnutrición o riesgo de desnutrición del paciente quirurgico programado en la fase preoperatoria, a través de la valoración nutricional de enfermería, mediante una herramienta de cribado NRS (2002)'*.

Manifiesto que tras haber leído este documento, me considero adecuadamente informado/a y haber aclarado todas mi dudas con el personal del equipo investigador.

Por lo tanto, doy mi consentimiento voluntario para realizar las pruebas y preguntas que se me tengan que hacer para dicho estudio.

Torrelavega, a……. de …….. de 20 …….

Firma del paciente Firma de la enfermera.

ANEXO II.– Carta al gerente del Hospital y al jefe del Servicio de Cirugía General.

Srs. Gerente / Jefe del
Servicio de Cirugía General.
Hospital Sierrallana.
Área de Salud Torrelavega-Reinosa

Torrelavega, a …… de …… de 20……

Estimado Sr:
Me dirijo a usted para comunicarle e informarle que deseo llevar a cabo un proyecto de investigación en la consulta de Cirugía General del Hospital Sierrallana.

El objetivo de dicho proyecto es conocer la prevalencia de desnutrición o riesgo de desnutrición en el paciente prequirúrgico en la fase preoperatoria.

Pienso que este proyecto puede ser de gran interés, pues se sabe que la desnutrición en el paciente quirúrgico puede desarrollar complicaciones postoperatorias, mayor estancia hospitalaria, incremento de la morbimotalidad y un importante coste sanitario.

El beneficio de identificar a estos pacientes antes de ser intervenidos quirúrgicamente mediante este estudio, nos ayudaría a reducir todas las consecuencias derivadas de la desnutrición de estos pacientes.

Se le enviará memoria de resultados en cuanto dispongamos de ellos.

Se le envía esta carta para solicitar autorización para la realización de dicho proyecto.
Atentamente.

Fdo.
Inmaculada Rodríguez Rodríguez
Enfermera del Servicio de Cirugía General.

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

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

FUNDACIÓN de la ENFERMERÍA de CANTABRIA

Nuberos Científica
www.enfermeríadecantabria.com/nuberoscientifica

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

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

Autora:
Yolanda Doalto Muñoz (*)
Adriana López Hinojal
Tania Cano Bances
María Vicente Pastor

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

(*) Autora para correspondencia: litha_10@hotmail.com

Recibido: Abril de 2012
Aceptado: Mayo de 2012

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

RESUMEN

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

La población a estudio serán pacientes con algún tipo de trastorno de la conducta alimenticia, con edades comprendidas entre 16 y 46 años, de ambos sexos y hospitalizados durante el período 2010-2011.

Se trata de un estudio descriptivo observacional retrospectivo. En cuanto a las variables, se tendrán en cuenta la edad, el sexo y el diagnóstico médico.

La recogida de datos se realizará a través de la historia clínica. Para el análisis estadístico se emplearán los test 'Chi Cuadrado' y 'T de Student'.

Los resultados que se obtengan de dicho estudio pueden definir estrategias de mejora en el tratamiento y manejo de dichos trastornos; la preparación del equipo sanitario se vería apoyada con mejores conocimientos en la atención a esta demanda sanitaria.

Palabras clave:
- Anorexia nerviosa.
- Anorexia restrictiva.
- Anorexia purgativa.
- Bulimia nerviosa.
- Bulimia purgativa.
- Desorden alimenticio.

ABSTRACT

The increase of eating disorders in the general population in recent years determines al alertness to the nursing staff. The purpose of this study will be to know which diagnosis takes.

The population under study will be patients with any type of eating disorder, aged between 16 and 46 years, of both sexes, and hospitalized during the period of 2010-2011.

This is a retrospective observational descriptive study. Regarding the variables will be taken into the age, sex and medical diagnosis.

Data collection will be made through medical history. For the statistical analysis will use the test 'Chi Cuadrado' and 'T de Student'.

The results obtained from this study can define improvement strategies in the treatment and management of these disorders. The preparation of the healthcare team would be supported with improved knowledge in health care to this demand.

Keywords:
- Anorexia nervosa.
- Restrictive anorexia.
- Purgative anorexia.
- Bulimia nervosa.
- Purgative bulimia.
- Eating disorders.

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

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

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

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

Un trastorno de la conducta alimentaria es una enfermedad provocada por la ansiedad y la preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico. Esto ocurre cuando una persona coloca a la comida como eje central en su vida. Para la persona que padece algún trastorno alimenticio, la comida adquiere un protagonismo especial, dándole un significado específico de acuerdo a diversos factores psicológicos y evolutivos[1]. Basa en ella todos los pensamientos y actos que forman parte de su vida diaria, sintiéndose totalmente dependiente de esa idea. La comida se convierte en la razón por la cual se acude o no a una fiesta o reunión, se evitan las visitas a los amigos en las horas de comida, se deja de salir a comer a restaurantes en los que consideren que van a servir alimentos que engordan. Este tipo de pacientes llegan a ingerir una fruta o un yogur en todo el día, de modo que la comida controla su vida casi por completo.

Estas enfermedades ocurren por lo general en la adolescencia, entre los 13 y los 20 años, ya que es un período en el que el cuerpo se va desarrollando y cambia de manera abrupta, mientras que la imagen mental que se tiene del propio cuerpo es mucho más lenta que su evolución fisiológica[1]. Añadido a esto, la publicidad y los medios de comunicación son en parte responsables del creciente aumento de este tipo de enfermedades, al promover modelos o prototipos perfectos del hombre y la mujer. La adolescencia es una etapa delicada, pues el joven se encuentra en plena evolución tanto física como psíquica; es más propenso a caer en desarreglos alimenti-

cios al no tener aún formados su cuerpo, su personalidad o su identidad.

Criterios diagnósticos de Anorexia Nerviosa

- Peso inferior al 85% del valor mínimo normal, considerando edad y talla (Índice de Masa Corporal de Quetelet igual o inferior a 17,5 kg/m^2). La pérdida de peso se debe a la restricción o evitación de alimentos que engordan, a prácticas de vómitos autoprovocados y uso de laxantes, al ejercicio excesivo y/o al consumo de anorexígenos o diuréticos.
- Miedo intenso a ganar peso, estando incluso por debajo del peso normal.
- Distorsión de la imagen corporal. Exagerada su importancia en la autoevaluación. Negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- Amenorrea de, al menos, tres ciclos menstruales consecutivos. Así mismo, puede presentarse concentraciones altas de la hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina[2].

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

Criterios diagnósticos de la Bulimia Nerviosa

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

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

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

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

2.– MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

La conducta alimentaria se define como el procedimiento referente a los hábitos de alimentación, la discriminación de los alimentos que se consumen, su preparación y las cantidades que se ingieren. En dicha conducta intervienen aspectos como la fisiología del apetito y la saciedad, socioculturales y familiares[1].

3.– RELEVANCIA CIENTÍFICA Y SOCIOSANITARIA DEL ESTUDIO

Los resultados que se obtengan de dicho estudio pueden definir estrategias de mejora en el tratamiento y manejo de dichos trastornos y serán difundidos fuera del ámbito hospitalario con el objetivo de impartir educación para la salud a nivel poblacional. También puede plantearse un cambio o ajuste de los protocolos existentes relacionados con este tipo de enfermedades. A su vez, se apreciaría mayor competencia y preparación del equipo sanitario en cuanto a la atención de este tipo de demanda sanitaria.

4.– OBJETIVOS

Objetivo general: conocer la prevalencia de los diferentes diagnósticos correspondientes a los trastornos de la conducta alimentaria.
Objetivo específico: cuantificar el número de personas según edad y sexo con trastornos alimenticios de dicha unidad.

5.– METODOLOGÍA

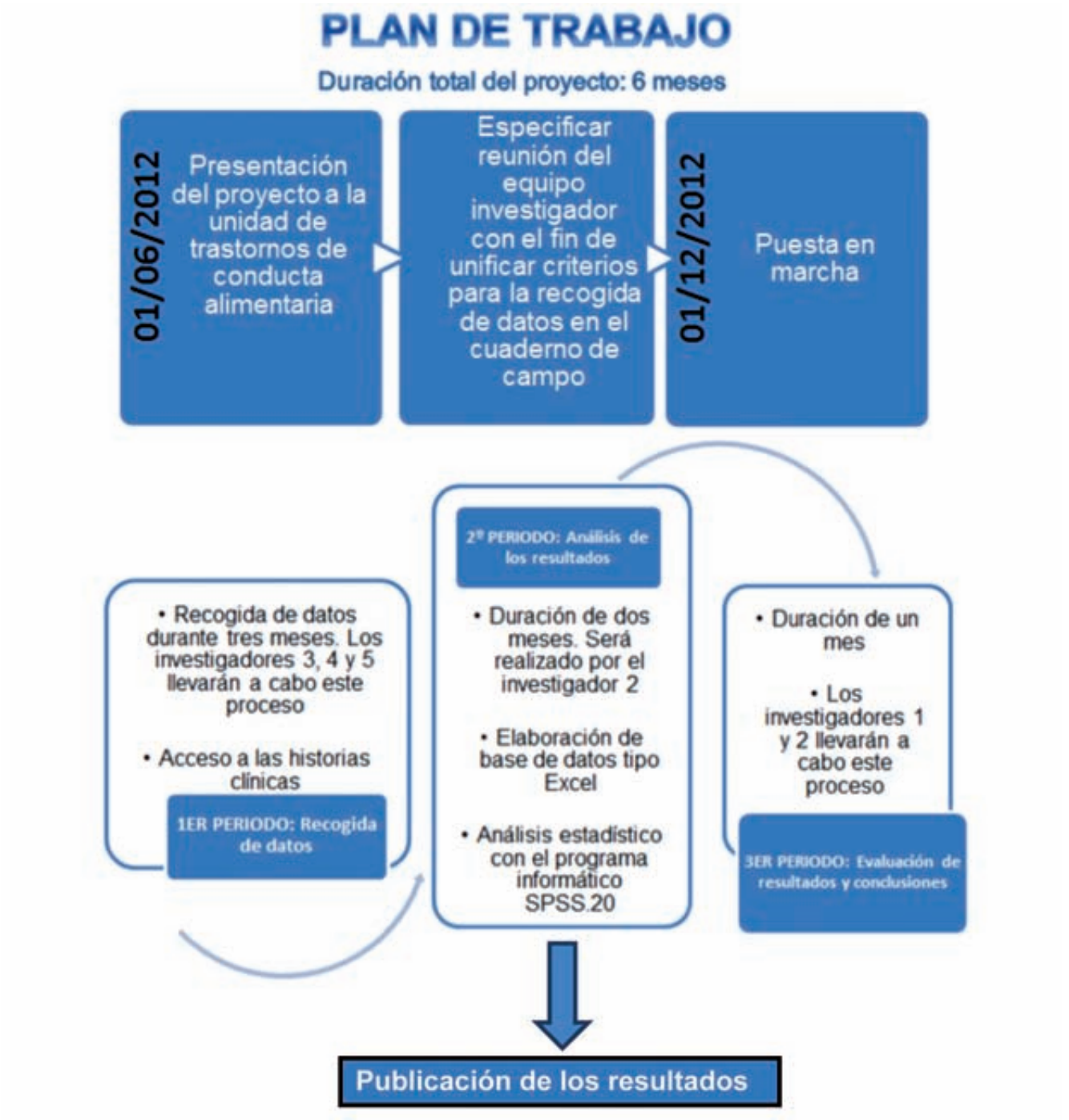
- **Participantes:** pacientes con diferentes TCA (Trastornos de la Conducta Alimentaria) que estuvieron ingresados en la UTCA (Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria) de Cantabria, con edades comprendidas entre 16 y 46 años, y de ambos sexos.
- **Diseño:** estudio descriptivo observacional, de carácter retrospectivo, durante el período 2010-2011.
- **Variables:** edad, sexo y diferentes tipos de diagnósticos.
- **Instrumentos, técnica y recogida de datos:**
  - Base de datos
  - Revisión de historias clínicas

- **Análisis de datos:**
  - Se realizará un análisis exploratorio de datos de la muestra recogida en el estudio. Se consultarán las variables nominales diagnóstico y sexo, y la numérica edad.
  - Se hará uso de la prueba como grupos independientes. Aplicación de los test 'Chi Cuadrado' y 'T de Student'.
  - Se utilizará el software estadístico SPSS.20 Se asumirá significación estadística cuando $p<0.5$

- **Representación de los datos:** a través de diagrama de barras y diagrama de sectores.
- **Limitaciones del estudio:** hoja de registro mal cumplimentada o incompleta. Ausencia de los datos requeridos para el estudio en las historias clínicas.
- **Tiempo de estudio:** Se estima que el tiempo de estudio será del 01/06/2012 al 01/12/2012.

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

6.– PLAN DE TRABAJO



7.– EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR

Yolanda Doalto Muñoz

- Trastornos Psiquiátricos para Enfermería I. (2.8 créditos; año 2008).
- Trastornos Psiquiátricos para Enfermería II. (2.9 créditos; año 2008).
- La Entrevista de Enfermería al Paciente Psiquiátrico. (3.1 créditos; año 2008)
- Urgencias Psiquiátricas y Tratamiento Farmacológico. (2.2 créditos; año 2008)
- Introducción a la Investigación para Profesionales de Enfermería. (7.8 créditos; año 2012).

Adriana López Hinojal

- Máster en Urgencias, Emergencias y Críticos. (60 ECTS; período 2009-2010).
- Los Probióticos: Alimentos Funcionales y su Manejo en Enfermería. (6.1 créditos; año 2011).
- Introducción a la Investigación para Profesionales de Enfermería. (7.8 créditos; año 2012).

Tania Cano Bances

- Curso de Nutrición en Situaciones Patológicas para Enfermería. (11,1 créditos; año 2006)
- Curso de Nutrición Enteral y Parenteral para Enfermería. (11,1 créditos; año 2006)
- Curso de Bases Fisiológicas de la Nutrición. (11,1 créditos; año 2006)
- Curso de Nutrición para Enfermería: Composición de los Alimentos (11,1 créditos; año 2006)
- Curso de Iniciación a la Investigación para Profesionales de Enfermería (7,8 créditos; año 2012)

María Vicente Pastor

- Valoración del Estado Nutricional de la Población Anciana (2.9 créditos; año 2010)
- Trastornos en la Conducta Alimentaria (1.5 créditos; año 2004)
- Tú eres más que una imagen. Anorexia y Bulimia. (1.5 créditos; año 2008)
- Introducción a la Investigación para Profesionales de Enfermería (7.8 créditos; 2012)

8.– MEDIOS DISPONIBLES Y NECESARIOS

CONCEPTO		COSTE
GASTOS DE PERSONAL **(Medios disponibles)** - Acceso a la consulta de historias clínicas. - Clave para garantizar protección y confidencialidad de datos. - Equipo investigador. - Asistencia a congresos		2.000€
MEDIOS NECESARIOS: **MATERIAL Y EQUIPO TECNOLÓGICO** - Ordenador portátil: - Programa informático SPSS 20: - Impresora láser: - Material fungible: - Cartel explicativo del proyecto:	 750€ 0€ 80€ 200€ 80€	1.110€
BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA - Revisión bibliográfica, libros, revistas, CD ROM:	60€	60€
TRANSPORTE - Viajes y estancias: - Medio de transporte: - Gastos teléfono, fax e internet:	 500€ 230€ 100€	830€
TOTAL GASTOS		**4.000€**

9.– ASPECTOS ÉTICOS

Enviada solicitud de autorización para consulta de historias clínicas a la Sección de Admisión y Archivos del HUMV. Informado por escrito del proyecto al jefe de la UTCA (Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria) y al Comité de Ética del HUMV, esperando su consideración.

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 Persona[17].

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

10.– BIBLIOGRAFÍA

1. Sandoval Shaik, O. Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia, bulimia y vigorexia. Página web editada en 2003, con acceso en marzo de 2010. URL disponible en: http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art42001
2. Gobierno de Cantabria. Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso; 2001.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). 4ª ed. 2009.
4. Olesti Baiges M., Piñol Moreso JL., Martín Vergara N., de la Fuente García M., Riera Solé A., Borafull Bosch JMª. et al. Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus - Vol. 68 núm. 01. Centro de Atención Primaria Reus-Altebrat. Tarragona. España: An pediatric (Barc); 2008. p. 18-23.
5. Muro-Sans P., Amador Campos JA. Prevalencia de los trastornos alimenticios en una muestra de adolescentes de la comunidad española - Vol. 1. España: Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona; 2007. p. 1-6.
6. Cano Rodríguez T., Beato Fernández L., Belmonte-Llario A. Nuevas contribuciones a la prevalencia de los trastornos alimenticios en adolescentes españoles: detección de falsos negativos- Vol. 20 núm. 2. Departamento de psiquiatría del Hospital de Ciudad Real. España: Europeo de Psiquiatría; 2005 mar. p. 173-178.
7. Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE, núm.298. 14/12/1999)

ANEXO I.–

Cuaderno de campo

	MUJER			
EDAD	**Anorexia restrictiva**	**Anorexia purgativa**	**Bulimia purgativa**	**Bulimia no purgativa**
16-25 años				
26.35 años				
36-46 años				

	HOMBRE			
EDAD	**Anorexia restrictiva**	**Anorexia purgativa**	**Bulimia purgativa**	**Bulimia no purgativa**
16-25 años				
26.35 años				
36-46 años				

FUNDACIÓN de la ENFERMERÍA de CANTABRIA

Nuberos Científica
www.enfermeríadecantabria.com/nuberoscientifica

OPINION

El cuidado. Mi enfermera, testimonio

Autora:
Rocío Cardeñoso Herrero
Enfermera del Centro de Salud Cudeyo (Solares-Cantabria-España)

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

Recibido: Mayo de 2012
Aceptado: Junio de 2012

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

El cuidado es la base de nuestra disciplina y ciencia enfermera. El arte del cuidado, es nuestro arte. Nuestro rol autónomo es atender la respuesta humana que genera en las personas las situaciones de salud o de enfermedad. Ese es nuestro campo propio de actuación y, nuestro reto, que las personas alcancen el máximo nivel de salud posible .

Frente a un diagnostico y tratamiento cada persona lo afronta de manera muy diferente. Nosotros, como enfermeros, además de todas las intervenciones delegadas y de colaboración con otros profesionales, tenemos que desarrollar competencias autónomas que pasan por valorar de manera completa en base a un modelo enfermero, todas las necesidades básicas de las personas, para detectar situaciones de inadaptación, rechazo, miedo, deterioro..."Poner a las personas en la mejor situación posible, para que la naturaleza actúe" (Florence Nightingale), esa es nuestra misión.

En la sociedad, sigue calando la idea que la buena enfermera es la que realiza técnicas y curas con destreza y habilidad (quizá también porque tiene conocimientos) todo lo demás que pueda hacer, y que es muchísimo, es lo que corresponde a la competencia autónoma de nuestra profesión se sigue entendido como algo extraordinario. Un buen profesional es el que valora al paciente en sus respuestas humanas ante situaciones de stress bien sea en la salud o en la enfermedad, hace diagnósticos enfermeros identificando problemas reales o posibles y pauta aquellas intervenciones y actividades enfermeras que van a permitir controlar, ayudar, resolver y positivizar esa respuesta humana.

Esto no significa que no se reconozca como competencia propia, sino que se entiende como un `extra´ de labor profesional. Por eso tenemos que avanzar para que cuando los usuarios (la población) dicen "que enfermera tan maja", frase esta que, con tanto cariño nos dicen todos los días, refiriéndose a aquel profesional que escucha, acompaña, ayuda, resuelve y previene problemas de enfermedad y salud, todos, digamos y entendamos que se trata de una enfermera profesional que cuida de modo integral y holístico. Esto, se debe reconocer como el rol autónomo enfermero.

De este modo, se logrará poner a nuestra profesión en el lugar de la sociedad que le co-

rresponde.

Y, si esto se logra, se conseguirá algo aún más importante, se logrará la universalización de la atención de la profesión enfermera a toda la población y la garantía de la excelencia en la prestación de cuidados.

Son estos aspectos claves para el objetivo final de nuestra profesión que no es curar, si no cuidar buscando siempre el bienestar de las personas, sea cual sea su pronostico medico en la enfermedad.

Por tanto un éxito profesional para nosotros es, cuando las personas de las que cuidamos se encuantran bien.

Valorar e identificar como afecta a una persona o familia (también en la comunidad) su proceso sea el que sea, como lo aborda, como lo entiende, como lo asume, si la controla en términos de salud, si necesita apoyo, si precisa confort… la escucha, el animo, el cariño, un `empujón´, un consuelo… esto y mucho más, siempre con enfoque metodológico, es nuestro rol autónomo. Para su desarrollo y aplicación se precisa una gran formación y conocimientos de diversos campos del cuidado. Asumir que la atención a la ciudadanía en todas sus dimensiones como personas y que es competencia enfermera, lo hacemos las enfermeras o se queda sin hacer pues es nuestro campo propio de atención a los cuidados.

Quería compartir con todos vosotros el siguiente testimonio, que una paciente escribió a su enfermera, en la que describe y agradece esa atención propia enfermera (rol autónomo) a lo largo de un proceso crónico.

MI ENFERMERA

La enfermedad es un conflicto entre el cuerpo, el alma y la mente, por ello todos necesitamos un cuidado "humano".

…Cuidar implica conocer a cada ser humano e interesarse por él, ello exige un esfuerzo de atención y una concentración a veces más agotadora que el esfuerzo físico. Pero parece evidente que del valor del cuidado terapéutico, emocional y ético depende muchas veces la curación y un final feliz importante para la vida humana.

Está dicho, desde hace tiempo, que si se logra una buena relación terapéutica entre el profesional sanitario y el paciente las posibilidades de éxito en la curación es mayor.

Yo, personalmente, quiero dar mi testimonio de esta realidad. Esa lucha conjunta entre enfermera-paciente fue decisiva en muchos momentos de mi vida, me ha dado siempre muchas fuerzas para luchar y gran esperanza en momentos en que llegué a sentir que con ese sufrimiento no podía seguir…

Después de luchar contra varias enfermedades y de tener muchas experiencias compartidas con enfermeros/médicos/fisioterapeutas. Recientemente, con llanto en los ojos le dije a mi enfermera que no podía vivir con este nuevo sufrimiento, que no podía soportar el dolor y las molestias…y, ella, con su cariñosa respuesta e interés por ayudarme me dio las fuerzas para seguir luchando -comprendí la importancia de un trato humano y de su implicación en mi sufrimiento-, sentí que "no estaba sola" desde entonces continué en la lucha día a día, mes a mes, colaborando con mi enfermera, viendo y estudiando la evolución de la herida, escuchando sus palabras positivas y de aliento, viendo en su rostro su preocupación e implicación, y también algo de sufrimiento por mi padecer…seguramente con el correr del tiempo al sanarme yo, se habrá curado algo en ella también…

La enfermedad es un conflicto entre el cuerpo, el alma y la mente, por ello, todos necesitamos un cuidado 'humano'.

Reflexiono muchas veces… ¡cuanto bien nos hacen con su atención amable y positiva.!!!! Qué haríamos sin sus cuidados!!!!!! Si nos tratasen con frialdad e indiferencia nos sentiríamos tan solos en nuestra lucha diaria ...quizás, deberíamos ser menos egoístas y no esperar tanto de ellos?…. porque ellos sufren también!…

Pero también pienso que si el resultado es la curación de una, o de mi enfermedad, será un éxito feliz para el profesional también. Ya que con su trabajo habrá contribuido mucho en mejorar no solamente mi calidad de vida, sino también la de mi familia e indirectamente de la sociedad, al perpetuar la salud y vida de la gente.

Después de un cierto tiempo tuve que trasladarme a otra comunidad y cuando la primera enfermera que me atendió, prácticamente no me miró escribiendo mi caso en su ordenador y luego se dirigió a mi úlcera y con cara de desagrado (que la comprendí perfectamente) vio el mal estado de mi herida y de mi pierna en general, me causó una gran angustia….ella me hizo la curación correspondiente….me tocaba… "con las puntas de sus dedos" y me transmitía todo lo que tendré a cuestas… cosa que ya lo sabía yo perfectamente, y no me dio ninguna palabra de esperanza ni ayuda emocional...me sentí muy desamparada ese día, y, sentí miedo! Extrañé tanto a mi dulce y eficiente enfermera de mi comunidad¡¡¡ Pero después, en adelante, me atendieron otras(os) enfermeras(os) extraordinarios, que me cuidaron mucho, con los cuales cooperé en mis cuidados, al escucharles en todo momento y al tratar de colaborar con ellos hasta que poco a poco nos íbamos alegrando de mi diaria mejoría.

¡Cuanto bien nos hacen con su atención amable y positiva! Qué haríamos sin sus cuidados.

Es mi parecer que en la labor "vocacional" del enfermero y de todo personal sanitario hay un arte moral, filosófico y espiritual….su profesión es casi un sacerdocio. De hecho, cuando nos encontramos con un buen trato y cuidado profesional sentimos gran admiración y los consideramos seres extraordinarios casi con un don "divino" que tienen el arte de curar. Sentimos que estamos prácticamente en sus manos, porque el sanar es vivir!!!

"De ahí la gran importancia que se da a un cuidado profesionalizado y humano de enfermería ya que esto conlleva a impactos positivos tanto para los pacientes, como para los profesionales así como para la institución en la que presta servicio"…

Firma: la paciente.

Asesoría Fiscal

COLEGIO de ENFERMERÍA de CANTABRIA
SERVICIO GRATUITO

DECLARACIÓN IRPF:

Total disponibilidad con cita previa y atención continuada durante la campaña de Renta

ASESORAMIENTO FISCAL:

- Cuestiones relativas al ejercicio de la profesión
- Cotizaciones Seguridad Social
- Prestaciones de desempleo
- IRPF, Autónomos, etc.

ASESORAMIENTO FINANCIERO:

- Informes financiero (fondos, tipos, mercados, etc.)
- Finanzas personales (inversiones, ahorro, etc)
- Asesoramiento en financiación (mejor crédito)
- Oportunidades de mercado (actualidad, tendencias, cambios)

ASESORÍA FISCAL: Sede del Colegio de Enfermería
c/ Cervantes, 10 - 5º SANTANDER

ASESOR: Manuel J. Mazo Pérez

LAS CONSULTAS SE REALIZAN PREVIA CITA
Tel. 942 31 97 20 / 696 43 36 25

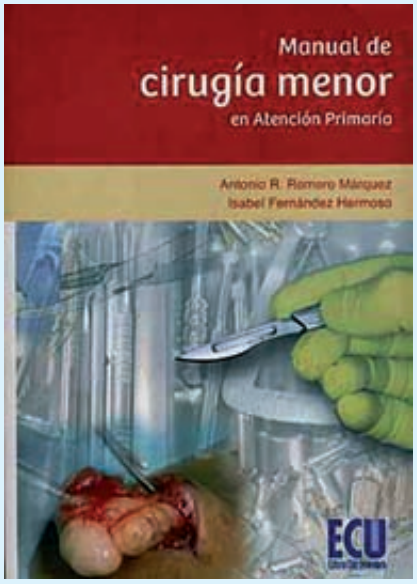
FUNDACIÓN de la ENFERMERÍA de CANTABRIA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

COMENTARIODE LIBROS

Manual de cirugía menor en Atención Primaria



Autores: Antonio R. Romero Márquez e Isabel Fernández Hermoso.
Editorial: Club Universitario

Los nuevos territorios en los que día a día se va encontrando la enfermería, con niveles de formación académica cada vez más altos, también exigen una evolución paralela en el campo de la práctica. Esta progresión debe ir acompañada de bibliografía de consulta que nos ayude y guíe en la práctica diaria. Este es el caso de este manual para atención primaria que se convierte en un completo instrumento de consulta, mostrando de forma detallada todas las técnicas necesarias para enfrentarse a los distintos procedimientos susceptibles de ser abordados en la sala de cirugía menor de nuestro centro de salud.

Este es un libro fundamentalmente técnico. No podemos olvidar que, en palabras de los autores "la enfermería no es, y nunca fue, sólo técnica, pero también es técnica" y que una correcta ejecución redunda en la mejora de los cuidados y en la atención integral al paciente.

El libro tiene una estructura muy didáctica, hace una revisión ordenada de todos y cada uno de los conceptos que un profesional debe tener en cuenta para enfrentarse a las diferentes situaciones que aparecerán en la ejecución de estas técnicas.

Es un manual que sería útil en la consulta de cualquier profesional sanitario de atención primaria. Si bien no encontramos en él grandes novedades frente a otros compendios de cirugía menor, se trasluce una visión enfermera cuando aborda algunos elementos como son: el dolor, el resultado y evolución de las heridas o el correcto uso del material (por poner algunos ejemplos). Son de especial interés:

- El manejo del dolor (que representa en torno al 50% de las consultas en AP) realizando una revisión profunda de los componentes fisiológicos y psicológicos del mismo. Posteriormente se aborda extensamente el manejo de los anestésicos locales y de la analgesia, adentrándonos en otro de los nuevos terrenos por los que transita la enfermería con la nueva legislación de prescripción enfermera.
- El capitulo dedicado a la hemostasia. De nuevo hace una extensa revisión de los diferentes procedimientos para controlar la hemorragia, que son uno de los pilares fundamentales para la consecución de un buen resultado quirúrgico.
- La consulta prequirúrgica como parte fundamental dentro del proceso quirúrgico lo que nos permitirá reducir el número de complicaciones al máximo con una adecuada valoración del paciente y una correcta selección del mismo.

Los autores han conseguido con su experiencia tanto en al ámbito práctico como en el teórico, crear un libro de referencia para todos aquellos profesionales que cada día se enfrentan a cualquiera de esos procedimientos que se engloban dentro de lo denominado cirugía menor, no solo en las salas dirigidas exclusivamente a ello, sino en todas las consultas de AP y en los servicios de urgencias.

Luis García Martín.
Enfermero DEL Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) Pisueña (Selaya-Cantabria-ESPAÑA)

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

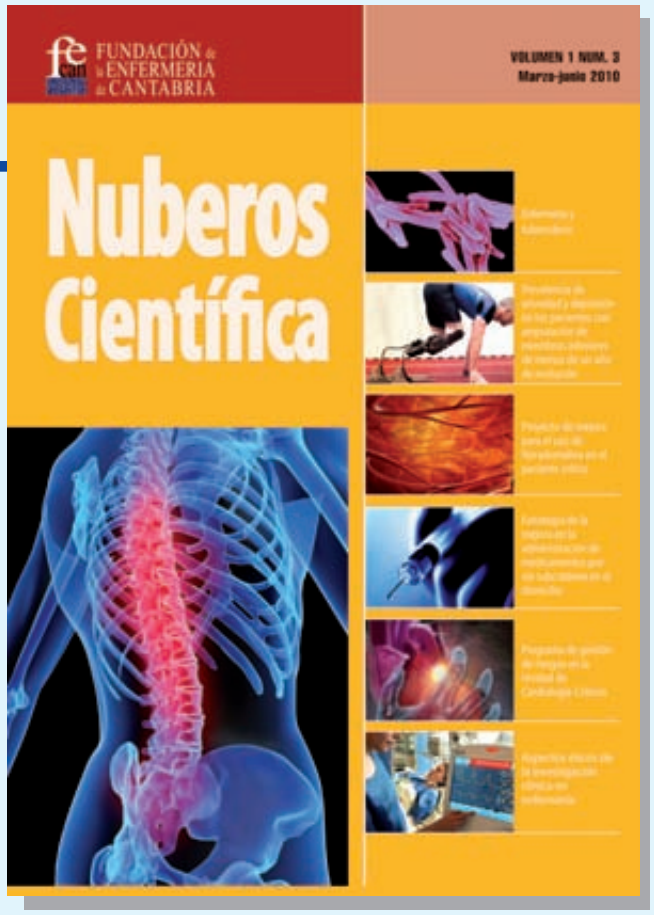
Tablas y gráficos:

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

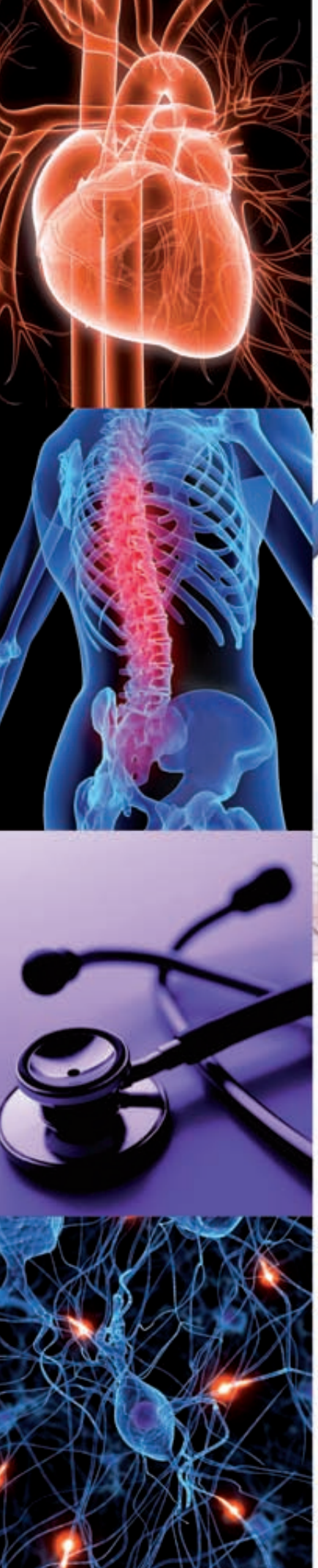
4. NORMAS ÉTICAS

- 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:

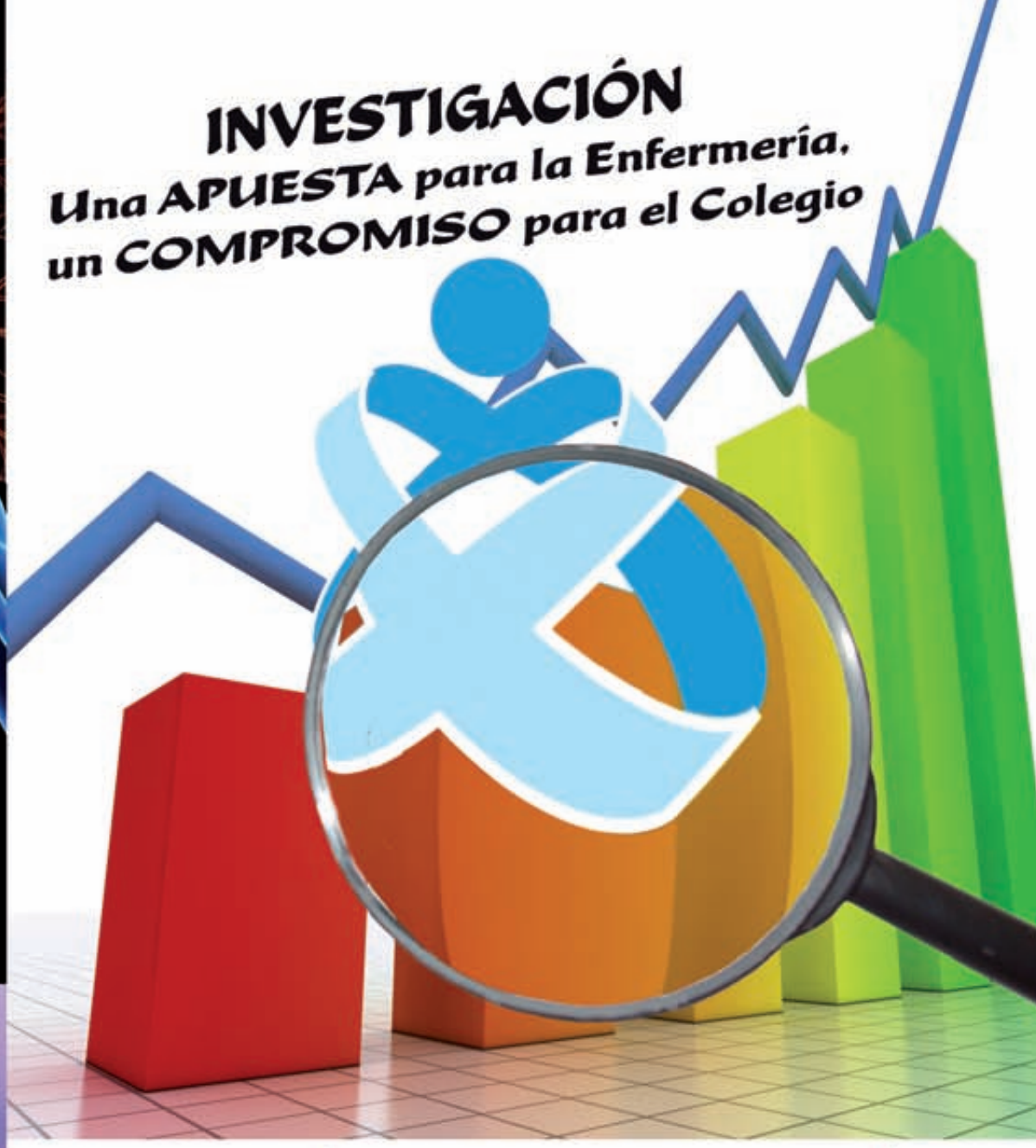
Los trabajos deben enviarse a: colegio@enfermeriacantabria.com

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



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.
- 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

Agenda

XIV FORO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN DE ENFERMERAS DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

Ciudad Real, 4 a 6 de octubre de 2012
Organización: **Asociación de Enfermeras de Nutrición y Dietética**
Información: **http://www.adenyd.es**

XI CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

Oviedo, 8 y 9 de octubre de 2012
Organización: **Asociación Española de Enfermería en ORL**
Información: **www.orlcongresos.com/congresos/aeeorl2012/es/Bienvenida/**

17º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA HEMATOLÓGICA

Segovia, 18 a 20 de octubre de 2012
Organización: **Asociación Española de Enfermería Hematológica**
Información: **http://www.aneh.es/**

XXXIV CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN UROLOGÍA

"Urología, Andrología e Incontinencia urinaria"
Madrid, 24 a 26 de octubre de 2012
Organización: **Asociación Española de Enfermería en Urología**
Información: **www.enfuro.es/bienvenida-madrid2012.html**

VIII CONGRESO NACIONAL DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

"Un grito a la vida"
Ibiza, 24 a 26 de octubre de 2012
Organización: **Sociedad Española de Atención Sociosanitaria**
Información: **www.sess.es/2012**

37º CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Ávila, 24 a 26 de octubre de 2012
Organización: **Sociedad Española de Enfermería Nefrológica**
Información: **http://www.seden.org/**

XVI ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS

Cartagena, 6 a 9 de noviembre de 2012
Organización: **Investesn – ISCIII**
Información: **https://encuentros.isciii.es/murcia2012/**

XXX CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

Bilbao, 7 al 9 de noviembre de 2012
Organización: **Sociedad Española de Calidad Asistencial**
Información: **www.congreso.calidadasistencial.es/2012/index.html**

IX SIMPOSIO NACIONAL DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS

Sevilla, 14 a 16 de noviembre de 2012
Organización: **Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP)**
Información: **http://bocemtiumcongress.com/gneaupp2012/index.php/gneaupp/2012**

X SIMPOSIO INTERNACIONAL DE NEONATOLOGÍA Y IV JORNADAS DE ENFERMERÍA NEONATAL

Bilbao, 22 a 24 de noviembre de 2012
Organización: **Sociedad Española de Neonatología y la Sociedad Española de Enfermería en Neonatología**
Información: **http://www.se-neonatal.es/**

CURSOS DE VERANO DE LA UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

ATENCIÓN INICIAL AL NIÑO Y ADULTO EN SITUACIONES CRÍTICAS: PAUTAS Y TÉCNICAS DE ACTUACIÓN EN ENFERMERÍA

Laredo, 2 a 6 de julio de 2012
Duración: **40 horas lectivas**
Número de plazas: **40 plazas**
Información: **http://cursosdeverano.unican.es/Paginas/ default.aspx**

PRÁCTICA CLÍNICA EN ENFERMERÍA A PERSONAS CON ALTERACIONES CARDIOVASCULARES

Laredo, 9 a 13 de julio de 2012
Duración: **20 horas lectivas**
Número de plazas: **40 plazas**
Información: **http://cursosdeverano.unican.es/Paginas/default.aspx**

TALLER: ¿SON NECESARIAS LAS CONTENCIONES EN GERIATRÍA?. APRENDIENDO ALTERNATIVAS

Laredo, 5 y 6 de julio de 2012
Duración: **12 horas lectivas**
Número de plazas: **40 plazas**
Información: **http://cursosdeverano.unican.es/Paginas/default.aspx**

FE DE ERRATAS

En el anterior número de la revista (volumen 1, número 5) se cometió un error que es necesario subsanar. Se trata del correspondiente al pie de página en el que aparecía: Nuber Científ. 2011; 1(5):… cuando tenía que aparecer Nuber Cientif, 2012;1(5):…

Tu mejor yo te lleva a progresar profesionalmente en tu vocación como enfermero

Tu mejor yo lo consigues formándote en el área de Enfermería con la **Universidad Europea de Madrid**, donde te ofrecemos una formación diferente con programas diseñados desde la realidad de la práctica diaria, profesores que son expertos profesionales, salas de simulación con la última tecnología, horarios flexibles y prácticas en los principales hospitales públicos y privados de España.

Una formación de vanguardia que te permitirá desarrollar aún más tu vocación de entrega a los demás.

Grados

- Grado en Enfermería
- Grado en Enfermería para Diplomados en Enfermería (100% online)

Postgrados

- Máster Universitario en Urgencias, Emergencias y Críticos en Enfermería
- Máster Universitario en Dirección y Gestión en Enfermería
- Máster Universitario en Enfermería Escolar y Consultoría en Salud en Centros Educativos
- Curso de Experto en Enfermería de Urgencias Extrahospitalarias
- Curso de Experto en Enfermería en las Áreas de Cuidados Críticos
- Curso de Experto en las Áreas de Quirófano y Reanimación

Entra en **tumejoryo.es**

Facultad de Ciencias de la Salud

902 23 23 50

Universidad Europea de Madrid

LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES

Pensada para el mundo real