

Nuberos Científica



MONOGRAFÍA

La enfermedad de Alzheimer y el cuidador principal

María Lara Bielsa Antúnez

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Importancia de una comunidad educativa formada en técnicas de reanimación cardiopulmonar

Víctor Fradejas Sastre, Pablo Pérez Velasco

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Conocimientos y aptitudes de los profesionales enfermeros respecto a las úlceras de etiología venosa y su tratamiento

Raquel Pardo Vitorero, Ester González Fernández

La experiencia vivida de las personas que padecen diabetes: un estudio fenomenológico

Patricia López Calderón, José Ignacio Lavín Cárcoba, Carlos Hernández Jiménez, Mercedes Carrera Escobedo

Estudio sobre la necesidad percibida de formación sanitaria de los profesores de Educación Primaria de Cantabria

Mónica Campo Briz, Nuria Alonso Peña

Nivel de adaptación y afrontamiento en los pacientes con accidente cerebro vascular, tras valorar las respuestas humanas aplicando el modelo de adaptación de Callista Roy

Inmaculada Rodríguez Rodríguez

Grado de satisfacción de los usuarios de la Unidad de Pediatría del HUMV de Cantabria (España) sobre los profesionales de enfermería que les atienden

Clara Morenza Núñez, Joana Arriaga Revilla, Diego Quijano Cuadrado, Paula Maza Rey

CARTAS AL DIRECTOR

La investigación en enfermería: una realidad visible

Ana Rosa Alconero Camarero

COMENTARIO DE LIBRO

Nanda Internacional: diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014

María H. Fuente Merino



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

Nuberos Científica

VOL. 2 NUM. 10

JUNIO-OCTUBRE 2013

**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



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. (La Rioja-España)

CONSEJO DE REDACCIÓN:

Nuria Alonso Peña

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

Montserrat Carrera López

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

Cristina Dimoni PhD, MSc

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

María Fuente Merino

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

Mirian García Martínez

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

Patricia López Calderón

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

Vanesa Martínez González

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

Elena Rojo Santos

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

María Cruz Santamaría Martínez

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

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

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.

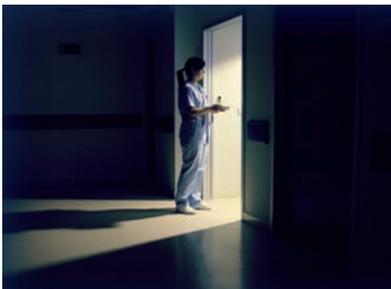


FOTO PORTADA: VELANDO

Autora: Margarita Carrera Cobo)
2º premio de la categoría profesional del Concurso de Fotografía del Colegio de Enfermería de Cantabria (Edición 2013)

MONOGRAFÍA

5 LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y EL CUIDADOR PRINCIPAL

María Lara Bielsa Antúnez

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

13 IMPORTANCIA DE UNA COMUNIDAD EDUCATIVA FORMADA EN TÉCNICAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Víctor Fradejas Sastre, Pablo Pérez Velasco

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

19 CONOCIMIENTOS Y APTITUDES DE LOS PROFESIONALES ENFERMEROS RESPECTO A LAS ÚLCERAS DE ETIOLOGÍA VENOSA Y SU TRATAMIENTO

Raquel Pardo Vitorero, Ester González Fernández

31 LA EXPERIENCIA VIVIDA DE LAS PERSONAS QUE PADECEN DIABETES: UN ESTUDIO FENOMENOLÓGICO

Patricia López Calderón, José Ignacio Lavín Cárcoba, Carlos Hernández Jiménez, Mercedes Carrera Escobedo

39 ESTUDIO SOBRE LA NECESIDAD PERCIBIDA DE FORMACIÓN SANITARIA DE LOS PROFESORES DE EDUCACIÓN PRIMARIA EN CANTABRIA

Mónica Campo Briz, Nuria Alonso Peña

47 NIVEL DE ADAPTACIÓN Y AFRONTAMIENTO EN LOS PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR TRAS VALORAR LAS RESPUESTAS HUMANAS APLICANDO EL MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY

Inmaculada Rodríguez Rodríguez

55 GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD DE PEDIATRÍA DEL HUMV DE CANTABRIA (ESPAÑA) SOBRE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LES ATIENDEN

Clara Morenza Núñez, Joana Arriaga Revilla, Diego Quijano Cuadrado, Paula Maza Rey

CARTAS AL DIRECTOR

60 LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA: UNA REALIDAD VISIBLE

Ana Rosa Alconero Camarero

COMENTARIO DE LIBRO

61 NANDA INTERNACIONAL: DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS. DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN 2012-2014

María H. Fuente Merino

FE DE ERRATAS: En el nº 9 de NUBEROS CIENTÍFICA figura M^a José Noriega Borge como coautora del trabajo de investigación *'Influencia de la obesidad y la estructura familiar sobre el rendimiento académico en adolescentes'*. Los datos profesionales que figuran son erróneos, siendo los correctos: Doctora en Ciencias Biológicas y profesora titular del Departamento de Fisiología y Farmacología de la Universidad de Cantabria

Investigar desde la subjetividad

La investigación en salud se puede abordar desde diferentes paradigmas científicos. Cada paradigma supone una determinada visión del mundo y unos presupuestos ontológicos, epistemológicos y metodológicos¹. Aunque el paradigma positivista es hegemónico, no siempre es idóneo para analizar los fenómenos que estudia la disciplina enfermera.

El paradigma positivista entiende que existe una sola realidad, que es independiente del investigador y que puede capturarse con un buen instrumento de medida. Todo el proceso de investigación está impregnado de objetividad, es decir, el investigador mantiene la distancia con el objeto de estudio evitando que sus percepciones y valores influyan en él¹. Así pues, la subjetividad es un elemento de distorsión que hay que eliminar.

Sin embargo, la disciplina enfermera trabaja con la globalidad del ser humano y, por tanto, con fenómenos complejos y dinámicos que escapan de los instrumentos numéricos. ¿Cómo medir las creencias, el bienestar o el sufrimiento? ¿Cómo interpretar la experiencia humana desde la objetividad? ¿Cómo aprehender la respuesta humana frente a la salud y la enfermedad?

A diferencia del positivismo, el paradigma naturalista parte de que la realidad es múltiple, subjetiva e inseparable del sujeto y su contexto. El proceso de investigación lleva necesariamente ligada la interacción

del investigador con los sujetos del estudio, sus valores y sus creencias. Por tanto, la subjetividad es esencial para adentrarse en una realidad construida intersubjetivamente, para captar los fenómenos en profundidad y, así, comprender el mundo desde el punto de vista de los sujetos^{1,2}.

Por otro lado el paradigma naturalista está en consonancia con la perspectiva holista que caracteriza a la enfermería. Nos obliga a considerar a las personas como un todo, sin reducirlas a meras variables. Además, nos permite encajar las distintas piezas del puzzle (sociales, culturales, biológicas, psicológicas) y evocar una imagen significativa de la realidad estudiada.

El positivismo y su neutralidad aséptica han funcionado como marco de referencia en la investigación en salud. Sin embargo, para capturar los fenómenos que atañen a la esfera independiente de la enfermería son necesarias metodologías que empleen la subjetividad. Esta nos dirige hacia la comprensión del mundo de las personas a las que cuidamos y a la interpretación de sus concepciones y prácticas en salud. Por tanto, la subjetividad se torna una herramienta imprescindible para la investigación enfermera.

Patricia López Calderón

Bibliografía

1. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª ed. México: Interamericana; 2000
2. Hammersley M., Atkinson P. Etnografía. Métodos de investigación. 2ª ed. Barcelona: Paidós; 1994.

RESUMEN DE CONTENIDOS

MONOGRAFÍA

La enfermedad de Alzheimer y el cuidador principal.— Monografía con una buena revisión bibliográfica que pretende actualizar conocimientos sobre la enfermedad, su importancia y trascendencia a las familias y especialmente cuidador principal y los beneficios de los posibles recursos socio sanitarios. Entre sus conclusiones, considera a este cuidador principal (generalmente cuidadora) como un paciente más al que las enfermeras deben prestar cuidados al mismo nivel que al propio paciente con Alzheimer.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Importancia de una comunidad educativa formada en técnicas de Reanimación Cardiopulmonar.— Esta revisión tiene como finalidad demostrar la necesidad de introducir la formación de técnicas de Reanimación Cardiopulmonar dentro de la comunidad educativa; donde se considera a la enfermería como parte responsable de la educación para la salud de la sociedad, su prevención y promoción con el fin de garantizar tales conocimientos.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Conocimientos y aptitudes de los profesionales enfermeros respecto a las úlceras de etiología venosa y su tratamiento.— En este proyecto de investigación se muestran los conocimientos del personal de enfermería sobre la patología y el tratamiento de las úlceras de origen vascular. Para ello, han elaborado un cuestionario de 23 preguntas que repartirán en unidades seleccionadas del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, donde la prevalencia de esta patología es mayor.

La experiencia vivida de las personas que padecen diabetes: un estudio fenomenológico.— Proyecto de investigación de diseño cualitativo, premiado con el Premio de Investigación 2013 del Colegio de Enfermería, elaborado con el rigor propio de la investigación cualitativa y que proyecta conocer las experiencias de vida de las

personas con diabetes tipo 2.

Los resultados, servirán, sin duda, para mejorar la atención de enfermería a las personas con esta enfermedad, de elevada prevalencia y que requiere atención en cuidados profesionales.

Estudio sobre la necesidad percibida de formación sanitaria de los profesores de Educación Primaria en Cantabria.— Este artículo recoge uno de los proyectos de investigación premiados con un accésit en la XI edición del Premio de Investigación del Colegio. Se trata de un estudio descriptivo transversal que persigue identificar las necesidades de formación de los profesores de Educación Primaria de Cantabria para poder responder a los problemas de salud de sus alumnos y, así, evaluar la demanda de programas formativos sanitarios.

Nivel de adaptación y afrontamiento en los pacientes con Accidente Cerebrovascular (ACV) tras valorar las respuestas humanas aplicando el Modelo de Adaptación de Callista Roy.— Los ACV son eventos que producen con frecuencia una serie de cambios sustanciales en el estado de salud de las personas, y por tanto en la cobertura de sus necesidades.

Este proyecto, que se desarrollará en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Sierrallana, evidenciará el nivel de adaptación de los pacientes a su patología, vinculando el ACV con el Modelo de Adaptación de Callista Roy, aplicando la perspectiva de género, e identificando las posibles diferencias entre los grupos de edad.

Grado de satisfacción de los usuarios de la Unidad de Pediatría del HUMV de Cantabria (España) sobre los profesionales de enfermería que les atienden.— Proyecto de investigación descriptivo que se realizará por profesionales con experiencia en las unidades pediátricas, por lo tanto con interés por el tema y del que no existen resultados específicos. Se trata de conocer la calidad asistencial percibida por las familias de los niños ingresados y prestada por enfermeras profesionales.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

MONOGRAFÍA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica



La enfermedad de Alzheimer y el cuidador principal

Autora:

María Lara Bielsa Antúnez^(*)

*Graduada en Enfermería. Residencia Geriátrica
La Caridad. Santander. Cantabria*

^(*)*Dirección para correspondencia:
mlarabielsa@hotmail.com*

Recibido: Septiembre 2013

Aceptado: Octubre 2013

RESUMEN

De los diferentes trastornos que originan el deterioro cognitivo en personas mayores, el Alzheimer es el responsable del 60-70%.

Dada su elevada incidencia, prevalencia y gran impacto económico, constituye un reto para el personal sanitario y el sistema de salud. Se trata de una patología degenerativa que es progresiva, de lenta evolución e irreversible que sólo puede afrontarse mediante cuidados de larga duración. Por tanto, desde el punto de vista de enfermería, se debe dirigir la práctica profesional hacia el binomio enfermo-familia con intervenciones que fomenten estrategias en el cuidado que eviten la sobrecarga y estimulen la satisfacción del cuidador en el desempeño de su rol para ofrecer unos cuidados de calidad al enfermo.

La metodología de la presente monografía se ha basado en realizar una revisión bibliográfica sobre la enfermedad de Alzheimer y el cuidador informal, con el objetivo de describir aspectos fundamentales como son el origen y evolución de la enfermedad y el abordaje de la sobrecarga del cuidador mediante estrategias preventivas y recursos socio-sanitarios disponibles, y crear así, un documento al que puedan acceder todos los profesionales sanitarios, con el fin de ampliar sus conocimientos sobre el tema en cuestión y poder dar respuesta a preguntas que se generan en la práctica clínica.

Palabras clave:

- Enfermedad de Alzheimer.
- Cuidadores.
- Atención de enfermería.
- Recursos en salud.

ABSTRACT

Alzheimer's disease plays 60-70% role within all different kind of cognitive impairment in elderly people

Due to its high prevalence and great economic impact it is a challenger for both the healthcare workforce and the health system. It is about a degenerative, progressive, irreversible and slow-progressing disease that it can only be addressed by means of long-term cares. Therefore, from the nursing point of view, professional practice should be addressed to patient-family binomial with interventions to encourage care strategies, whose aims are to avoid overwork and stimulate the patient's caregiver satisfaction in the discharge of their duties. In this way, So they offer high quality patient care .

The methodology of this monograph is based on literature review on about Alzheimer's disease and informal carer.

The aims are:

- To describe key aspects such as the origin and progression of the disease, the preventive strategies and the available social healthcare resources for addressing overworked caregiver.
- To create a document accesible to all health professionals, whose purposes are to further their knowledge on about the subject matter. and to be able to answer questions generated in clinical practice.

Keywords:

- Alzheimer disease.
- Caregivers.
- Nursing Care.
- Health resources.

1.- INTRODUCCIÓN. JUSTIFICACION. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y/O ESTADO ACTUAL DEL TEMA. MARCO TEÓRICO

De los diferentes trastornos que originan el deterioro cognitivo en personas mayores, el Alzheimer es el responsable del 60-70%¹.

El Alzheimer constituye un grave problema socio-sanitario debido al envejecimiento de la población en los países desarrollados y el descenso de la natalidad.

Se trata de una patología degenerativa que es progresiva, de lenta evolución e irreversible. Afecta al cerebro humano en su totalidad, siendo las áreas asociativas corticales y parte del sistema límbico donde se albergan las funciones cognitivas superiores, las más afectadas.

A lo largo del ciclo familiar se desencadenan cambios que pueden alterar la dinámica y estructura de éste ciclo. Estos cambios pueden llegar a generar crisis si no se tienen los conocimientos o capacidades necesarias para adaptarse a esos cambios.

Es en este punto donde comienza el rol fundamental de la Enfermería. El objetivo de ésta es mejorar la calidad de vida del enfermo de Alzheimer, ya que se trata de pacientes con proble-

mas para los que no existen fármacos ni cirugías que puedan paliarlos y que sólo pueden afrontarse mediante los cuidados de larga duración dados por profesionales de la enfermería y cuidadores informales². Por tanto, dentro de los cuidados al enfermo se debe incluir también a su familia, quien es, muchas veces, la gran olvidada y sobre la que la enfermedad tiene importantes repercusiones psicológicas, físicas y económicas.

Por lo tanto, esta monografía tiene como propósito hacer entender que los comportamientos de la persona enferma de Alzheimer son sólo un reflejo del proceso de la enfermedad.

2.- OBJETIVOS

- Actualizar conocimientos sobre la Enfermedad de Alzheimer: su origen y evolución en el tiempo hasta la actualidad.
- Identificar la figura del cuidador principal del enfermo de Alzheimer y sus necesidades, así como determinar las principales áreas de sobrecarga del mismo.
- Enumerar los recursos socio-sanitarios disponibles para el enfermo de Alzheimer y su cuidador principal.

3.- METODOLOGIA DE BÚSQUEDAS BIBLIOGRÁFICAS

Para la realización de esta monografía se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura publicada a nivel nacional e internacional en las principales bases de datos: PubMed, Cuiden y Dialnet, utilizando como palabras clave, entre otras: enfermedad de Alzheimer, cuidador principal, cuidados de Enfermería, síndrome del cuidador y recursos socio-sanitarios. Posteriormente se seleccionaron aquellas publicaciones que cumplieran los criterios de inclusión para el tema.

También se realizó una búsqueda en revistas científicas españolas para ampliar los contenidos que muchas veces son limitados en la búsqueda electrónica.

Los criterios de inclusión para la búsqueda de artículos fueron: artículos originales publicados en los últimos cinco años principalmente, escritos preferentemente en español, aunque también se revisaron artículos en inglés y aquellos que se centraban fundamentalmente en el enfermo de Alzheimer y el aprendizaje y formación de la familia para prestar los cuidados necesarios a este paciente.

4.- ANALISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

4.1.1. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La esperanza de vida desde los últimos decenios sufre un aumento continuado, y se calcula que vaya incrementándose con el paso de los años, sobre todo en países desarrollados, como consecuencia de las políticas de salud pública y el importante desarrollo socioeconómico (Tabla 1).

INCREMENTO DE LA POBLACION DE MAS DE 65 AÑOS POR PAISES				
PAISES	2000		2020	
	ABSOLUTO*	%	ABSOLUTO*	%
TOTAL UE-15	61.388,80	16,3	79.129,10	20,6
ALEMANIA	13.654,10	16,7	17.387,50	21,7
AUSTRIA	1.254,90	15,5	1.660,40	20
BELGICA	1.709,80	16,7	2.051,30	19,8
DINAMARCA	790,4	14,8	1.081,40	18,8
ESPAÑA	6.589,00	16,7	7.803,00	19,8
FINLANDIA	765,5	14,8	1.176,40	22,2
FRANCIA	9.413,40	16	12.010,30	19,6
GRECIA	1.819,20	17,3	2.297,00	21,3
IRLANDA	423,8	11,2	655,2	14,8
ITALIA	10.370,50	18	13.714,00	23,6
LUXEMBURGO	62,5	14,7	86,8	17,8
PAISES BAJOS	2.152,40	13,6	3.219,70	18,4
PORTUGAL	1.535,20	15,3	1.897,80	18
REINO UNIDO	9.311,00	15,6	12.038,00	19
SUECIA	10.536,90	17,3	2.050,40	22,2

Tabla 1. Incremento de la población de más de 65 años por países. Fuente: Laguna Pérez, Universidad de Valencia, 2009.

Este envejecimiento lleva consigo la aparición, de manera creciente, de un grupo de enfermedades crónicas y degenerativas, entre las que se encuentran las demencias³.

La demencia es un trastorno degenerativo del Sistema Nervioso Central. La enfermedad de Alzheimer (EA) es la causa más común de demencia y ocasiona una lenta destrucción y atrofia de la corteza cerebral.

Su comienzo es insidioso, progresivo e irreversible, a la vez que se caracteriza por la pérdida de capacidades intelectuales de la persona que alteran su comportamiento con: pérdida en hábitos de la higiene personal, deterioro en sus relaciones personales y sociales⁴.

4.1.2. EL ORIGEN DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Aún sin saber a ciencia cierta qué es lo que origina el proceso de la enfermedad de Alzheimer, el daño cerebral comienza entre 10 y 20 años antes de que algún problema sea evidente. Los ovillos (en color azul sobre la imagen, véase figura 1) comienzan a desarrollarse en la parte profunda del cerebro (corteza entorinal), mientras que las placas se forman en otras zonas. Conforme se van formando más placas y ovillos, las neuronas sanas funcionan cada vez con menos eficacia, y terminan perdiendo su capacidad de funcionar y comunicarse entre sí, hasta que finalmente mueren. Todo el proceso se propaga al hipocampo, una estructura cercana, que es esencial en la formación de los recuerdos⁵.



Figura 1. Evolución cerebral de la enfermedad de Alzheimer. Imagen extraída de: <http://www.alzheimer.com.es/fases-del-alzheimer.htm>

4.1.3. EL DIAGNOSTICO DE ALZHEIMER

La Asociación Internacional del Alzheimer, en el Informe Mundial publicado en 2010, estima que el número de afectados por demencia a nivel mundial está entorno a los 35,6 millones. Esta cifra, se calcula que se duplique cada 20 años, llegando hasta los 65,7 millones en 2030 y a los 115,4 millones en 2050⁶.

En numerosas ocasiones la falta de diagnóstico resulta de la falsa suposición de que la demencia es parte del envejecimiento natural.

Los signos de alarma de la enfermedad de Alzheimer, que pueden hacernos sospechar de dicha patología son⁷:

1. Pérdidas de memoria que afectan a las capacidades en el trabajo.
2. Dificultades para realizar las tareas familiares.
3. Problemas en el lenguaje.
4. Desorientación en el tiempo y espacio.
5. Pobreza de juicio.
6. Problemas en el pensamiento abstracto.
7. Pérdida de cosas o ubicación en lugares incorrectos.
8. Cambios en el humor y en la conducta.
9. Cambios en la personalidad.
10. Pérdida de iniciativa.

Si desde el campo de la enfermería se detecta alguno de estos signos, se pueden utilizar herramientas de índole multidisciplinar, como escalas o test, que ayuden a confirmar o descartar la sospecha inicial.

El Mini-examen Cognoscitivo (MEC)⁸, es un test bien conocido por todos y uno de los más utilizados en el cribaje de la detección precoz de un proceso neurodegenerativo como la de tipo Alzheimer, así como la evaluación del proceso evolutivo del mismo.

La versión del MEC de 35 puntos es la más utilizada actualmente y se trata de una escala sencilla y estructurada, que no requiere más de 5-10 minutos para su realización.

Sus ítems exploran cinco áreas cognitivas: Orientación, Fijación, Concentración y Cálculo, Memoria y Lenguaje.

La puntuación máxima es 35 y se considera que existe deterioro cognitivo si la puntuación final es inferior a 23.

Otras escalas que pueden llegar a ser útiles son: el índice de Barthel y el índice de Lawton- Brody.

El índice de Barthel⁹, es un instrumento esencial en la Enfermería para valoración de la funcionalidad. Éste índice asigna a cada persona una puntuación en función de su nivel de dependencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Evalúa diez actividades básicas y en función de la puntuación resultante se determina el nivel de dependencia. Esto quiere decir que a menor puntuación obtenida, mayor dependencia.

El índice de Lawton- Brody¹⁰ evalúa la capacidad de desarrollo de tareas que implican el manejo de utensilios habituales y actividades sociales del día a día, a través de 8 apartados. Dicho índice, a pesar de ser uno de los más utilizados, cuenta con una serie de limitaciones, ya que da mucha importancia a las tareas domésticas, lo que le hace más útil en mujeres.

Si los resultados de los test realizados confirman finalmente lo que en un principio se sospechaba, se debe iniciar el protocolo administrativo correspondiente para que el diagnóstico se realice de manera rápida y eficaz.

La certeza del diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer oscila alrededor del 85% y sólo puede ser confirmado por un examen post mortem. El diagnóstico requiere una combinación de pruebas psicológicas, de imagen y el descarte de otros trastornos neurológicos¹¹.

El diagnóstico precoz tiene importantes beneficios, ya que se puede iniciar el tratamiento en las fases iniciales de la enfermedad ayudando a aminorar los síntomas o disminuir el progreso.

Actualmente no existe cura alguna para el Alzheimer, por eso se hace hincapié en el diagnóstico de la enfermedad lo antes posible, para comenzar con cuidados y atención específicas que ayuden a retrasar, en la medida de lo posible, el progreso de la enfermedad.

4.1.4. LA EVOLUCIÓN DEL ALZHEIMER

Los rasgos clínicos de la enfermedad de Alzheimer se centran en tres grandes ámbitos¹² (véase Figura 2):

- Las alteraciones cognitivas. Son aquellas que afectan a la memoria, el lenguaje, el juicio, la planeación, la habilidad para prestar atención y otros procesos

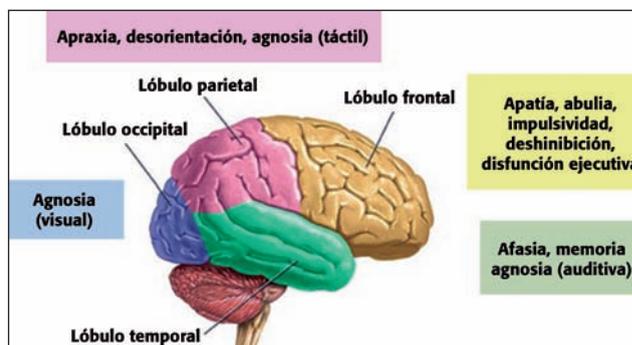


Figura 2. Lóbulos del cerebro y sus principales afecciones durante la Enfermedad de Alzheimer.

Imagen extraída de: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/esp_imagepages/9549.htm

del pensamiento.

- Las alteraciones funcionales. Son alteraciones de las capacidades necesarias en la vida diaria, que representan una pérdida progresiva de independencia.
- Las alteraciones psicológicas y del comportamiento. Síntomas como ansiedad, depresión, alucinaciones, agresividad, vagabundeo...

La evolución de la enfermedad depende de cada individuo. Ésta se divide en varias fases, aunque nunca se podrá delimitar en qué momento se pasa de una fase a otra ya que se trata de una evolución continua¹³. (Véase Tabla 2).

4.2. EL CUIDADOR PRINCIPAL

4.2.1. PERFIL DEL CUIDADOR PRINCIPAL

Las personas que padecen Alzheimer requieren más asistencia a medida que evoluciona la enfermedad, siendo prestado dicho cuidado por su familia en la mayoría de los casos. Por lo general, la tarea del cuidado suele recaer sobre una sola persona, generando cambios en la estructura y roles del conjunto familiar que puede provocar una desestabilidad en ella⁴.

La Fundación de Alzheimer de España, junto con otras cuatro asociaciones nacionales de Familiares de Enfermos de Alzheimer en Europa, realizaron una encuesta sobre 1.181 cuidadores/as, donde recogieron sus experiencias en el cuidado de su familiar y así poder establecer el perfil de los/las cuidadores de las personas enfermas de Alzheimer¹⁴. Los datos obtenidos revelaron que el perfil del cuidador principal es una hija de 45 a 55 años, que convive con el enfermo mayor de 65 años con un grado moderado a severo de demencia.

4.2.2. CUIDAR AL CUIDADOR

El curso progresivo de la enfermedad agravará las manifestaciones conductuales y emocionales, demandando así muchos más recursos de atención, cuidado y dedicación por parte de su familia y en especial de su cuidador principal. El cuidador principal es aquel sobre el que recae la mayor responsabilidad y que se hace cargo de manera cotidiana de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo o lo supervisa en su domicilio¹⁵.

FASES DEL ALZHEIMER			
	PRIMERA FASE 2-5 años MEC 14-19	SEGUNDA FASE 2-10 años MEC 5-14	TERCERA FASE Fase terminal MEC <5
CARACTERÍSTICAS:	Alteración memoria y lenguaje	Incapaz de realizar AVD sin supervisión	Agnosia extrema
	Pérdida de capacidad de concentración	Dificultad para comunicarse	Afasia
	Desorientación espacio-temporal	Desorientación espacial	Apraxia
	Cambios de personalidad	Dificultad para coordinación	Apatía
		Alteraciones en comportamiento	Pérdida referencia espacio-temporal
		Pasividad	
ESPECIAL ATENCION A:	Detección precoz	Adaptación a nuevas situaciones	Evaluar y planificar cómo organizarse
	Supervisión	Supervisión y ayuda	Informarse sobre cuidados básicos
	Planificar convivencia, economía y cuidado	Revisar planificación anterior	Adaptar la vivienda
	Revisiones médicas		Revisar medicación
	Trámites legales		Ayuda externa

Tabla 2. Cuadro comparativo de las tres fases del Alzheimer.

Por todo ello, la enfermedad de Alzheimer conlleva, en la mayoría de los casos, dos pacientes al mismo tiempo: el principal es aquel que presenta los síntomas de demencia, con trastornos de conducta y el que precisa los principales cuidados; y otro, el cuidador principal, que es el “paciente oculto” de la enfermedad y que precisa de igual manera atención, dedicación y consejo, para disminuir su carga física y psicológica¹⁶.

Los cuidadores principales corren el riesgo de padecer síntomas de ansiedad y depresión, de sufrir enfermedades y de consumir psicofármacos debido a la larga y dura tarea del cuidado. Algunas de las repercusiones más características son¹⁷:

- Alteración en las relaciones familiares. Desestructuración familiar cuando una persona se encarga del cuidado y el resto se desentiende.
- Cambio de roles. Es difícil asumir el cambio de papeles en la organización familiar.
- Disminución del rendimiento laboral. La persona encargada del cuidado del enfermo se ve en la necesidad de disminuir su jornada laboral debido al continuo cuidado que demanda su familiar.
- Disminución de la capacidad económica. El cuidado del enfermo supone una sobrecarga económica.
- Alteraciones físicas y psicológicas. La continua demanda de necesidades y el querer llegar a satisfacer todas y cada una de ellas, conlleva a una fatiga constante por parte del cuidador.

4.2.3. BURN-OUT O SINDROME DEL CUIDADOR QUEMADO

Este síndrome¹⁸, descrito en Estados Unidos en 1974, con-

siste en un desgaste, a grandes escalas, emocional y físico, que experimenta la persona que convive con el enfermo de Alzheimer y se encarga del cuidado principal. Una persona aquejada del síndrome del cuidador pasa por las siguientes fases derivadas del cuidado¹⁷:

1. Fase de estrés laboral:

Es la primera fase del síndrome del cuidador. El familiar encargado del cuidado vive por y para el paciente, sin tiempo para sí mismo, intentando demostrarse que puede con todo. Deniega todo tipo de ayudas, pero a la vez desarrolla un cansancio físico que repercute directamente en la calidad del cuidado, no siendo consciente de ello.

2. Fase de estrés afectivo:

Con el tiempo el cansancio comienza a aparecer. En esta fase, el cuidador se siente carente de afecto, de comprensión y percibe falta de apoyo por las personas que le rodean.

3. Fase de inadecuación personal:

Esta fase supone la aparición de consecuencias psicofísicas de una actuación desmedida y sin ayuda, alteraciones psicofisiológicas como:

- Patologías cardiovasculares (hipertensión, colesterol...)
- Trastornos gastrointestinales (úlceras, vómitos, dolores de estómago).
- Alteraciones del sistema inmunológico, fatiga...
- Problemas respiratorios (hiperventilaciones, cansancio)

4. Fase de vacío personal:

Fase en la que el enfermo fallece o ha ingresado en un centro institucionalizado. En este momento, el cuidador debe volver a aprender a vivir, a rellenar todo el espacio

de vida que antes era ocupado por el enfermo.

Llegado este momento, es importante determinar la sobrecarga del cuidador, para intervenir y finalmente evaluar los resultados. Para la evaluación de la sobrecarga, existen herramientas a nuestro alcance de gran utilidad como test o escalas, siendo una de las más conocidas la propuesta por Zarit en la década de los 80^{19,20} (Véase Anexo I).

En ésta escala las puntuaciones de la carga se correlacionan con los síntomas psicopatológicos en el cuidador, con el estado de ánimo y la salud física de éste, así como la calidad de la relación entre cuidador y enfermo.

La importancia que el síndrome de Burn-out del cuidador puede tener sobre las personas enfermas de Alzheimer, sobre todo si los riesgos propios de la situación se aumentan con la sobrecarga del cuidador, estiman necesario buscar unas estrategias de prevención que pueden entenderse como intervenciones de Enfermería en el contexto del diagnóstico enfermero de "Cansancio del rol del cuidado", tales como^{21,22}:

- Atención al enfermo: Análisis de las estrategias utilizadas por el cuidador principal para interactuar con el enfermo, buscando la forma de optimizar aquellas más favorables.
- Calidad de las relaciones familiares: Análisis de los tipos de relaciones que se establecen e identificar aquellas más aversivas, encontrando una forma de afrontamiento saludable.
- Sensación de bienestar: búsqueda de aquellas sensaciones de bienestar que estén presentes a lo largo del proceso de la enfermedad, fomentándolas.
- Formas de vivir la enfermedad: identificar la forma de vivir la enfermedad por parte de los cuidadores, buscando patrones que ayudaran a adaptarse a la situación.
- Forma de afrontar la muerte: Es la última etapa de la enfermedad, el duelo.
- Forma de disfrutar el tiempo libre: el cuidador suele ver reducido o eliminado su tiempo libre, por tanto se deben buscar estrategias que permitan ese disfrute.
- La enfermedad: Conocimiento exhaustivo de la enfermedad, pero evitando en todo momento los planteamientos fatalistas.
- Sentimientos de culpabilidad: luchar contra esos sentimientos.
- Habilidades sociales diversas: habilidades necesarias para el afrontamiento del problema.

Desde el campo de la Enfermería, no se puede intervenir en el proceso degenerativo, pero se puede ayudar a paliar las consecuencias afectivas de la enfermedad del Alzheimer en el entorno familiar, contribuyendo así al aumento de calidad de vida de los enfermos y sus familias, y a reducir la incidencia del síndrome de Burn-out.

4.3. RECURSOS SOCIO-SANITARIOS PARA FAMILIAS Y CUIDADORES

La comunidad ofrece numerosos recursos a las familias y enfermos de Alzheimer que, aunque no son muy solicita-

dos (la mayoría de las veces por falta de información), es labor de los profesionales de Enfermería poner en conocimiento de la familia la existencia de los mismos²³.

Dependiendo de la fase evolutiva de la enfermedad del Alzheimer, tanto el enfermo como el cuidador principal (y, por extensión, la familia) precisarán recursos específicos que les ayuden a reducir los efectos negativos que puedan surgir de ella²³:

- Fase inicial de la enfermedad: puede requerir la ayuda de una persona en la realización de las labores de la casa durante unas horas al día. Asimismo, una vez realizado el diagnóstico, puede ser interesante que el enfermo acuda a un Centro de Día donde a través de terapias no farmacológicas se ralentice, en la medida de lo posible, la evolución a la siguiente fase de la enfermedad. Por otra parte, el familiar, recibirá en el Centro de Día información que le ayude a familiarizarse con la enfermedad y a aprender las técnicas y habilidades necesarias para desempeñar su tarea como cuidador.
- Fase intermedia: los recursos más relevantes en esta etapa son el Servicio de Ayuda a Domicilio y los Centros de Día. El primero está orientado a ayudar al cuidador principal en el propio domicilio, no sólo en tareas domésticas, sino que engloba todo el cuidado al enfermo; el segundo va enfocado a la psicoestimulación. Sería conveniente que la Enfermería organizase grupos con personas cuidadoras que doten de técnicas y habilidades a éstas para desempeñar adecuadamente sus responsabilidades, así como sesiones de terapia que le conforten en su ámbito social, y sobre todo, como persona.
- Fase final: además del Servicio de Ayuda a Domicilio, el recurso que queda a disposición del enfermo en esta etapa es su institucionalización en un centro especializado, ya que en numerosas ocasiones, las alteraciones que presenta superan las capacidades del cuidador principal. No obstante, aunque todavía su número es reducido, existen centros de día que admiten enfermos en su fase final, lo que favorece que el enfermo pase sus últimos momentos en su entorno habitual y además prestan una importante ayuda a la familia.

Los Centros de Día es un recurso que sirve de gran ayuda para las familias que conviven con un enfermo de Alzheimer(16). Es un servicio diurno multidisciplinar. Su objetivo está centrado en cubrir las necesidades familiares de prevención, rehabilitación y atención asistencial y personal, con la filosofía de mantener a las personas dentro de su medio familiar. Estos centros permiten que los miembros del hogar realicen sus quehaceres diarios (trabajo, labores domésticas, etc) mientras su familiar está en un centro específico hasta la tarde.

Entre los servicios que ofrecen los Centros de Día:

- Cuidados generales de salud. Todos los centros de día deben ofrecer la posibilidad de control y administración de medicación, control de constantes, curas

de úlceras por presión, cuidados generales de enfermería, etc.

- Servicio de comedor. Incluyen al menos dos o tres comidas principales (desayuno, comida y merienda). Deben ofrecer diferentes tipos de dietas para adaptarse a las patologías del enfermo y se debe realizar una correcta valoración nutricional para adaptarse a las necesidades del mismo.

- Terapias de mantenimiento y psico-estimulación. Existen muchas terapias diferentes en función del personal y de la orientación del servicio. Entre ellas:

- Entrenamiento en actividades instrumentales cotidianas. Las personas con Alzheimer pierden progresivamente habilidades, por tanto es necesario potenciar las que aún se poseen e intentar preservarlas el mayor tiempo posible.

- Entrenamiento en auto-cuidados. Son técnicas dirigidas al mantenimiento de la autonomía funcional del paciente.

- Ejercicio físico. La mayoría de los centros de día realizan ejercicio físico de forma reglada o no.

- Terapia social. El entorno es una influencia muy importante para el paciente puesto que desarrollan sus habilidades sociales con los demás usuarios.

- Entrenamiento cognitivo. Son técnicas dirigidas a retardar el deterioro cognitivo, manteniendo las funciones residuales y estimulando el desarrollo de aquellas menos potenciadas.

- Logopedia. Uno de los déficits que aparece en el Alzheimer es la alteración del lenguaje, por eso la logopedia busca mejorar los déficits de comprensión o de ejecución del lenguaje, y con ello, retardar el aislamiento.

- Actividades generales. Aquellas que buscan un efecto beneficioso en el control de los trastornos conductuales, como actividades recreativas, musicoterapia, técnicas de relajación, etc.

- Terapia de apoyo. En las fases leves e incluso en algunas ocasiones en las moderadas, es necesario el asesoramiento y ayuda a resolver los conflictos que pueda presentar el usuario. El objetivo principal de esta función es disminuir los niveles de ansiedad.

- Programas de asesoramiento familiar. Un servicio imprescindible en todos los centros de día que consiste en informar a la familia sobre la evolución de la enfermedad y la aparición de problemas. También se fomenta la educación en la familia para afrontar los problemas más frecuentes y asesoramiento en las dudas que puedan tener.

Los objetivos que busca la unidad familiar con respecto al enfermo de Alzheimer al ingresar en uno de estos centros es que tenga:

- Una atención básica garantizada (higiene, alimentación...)

- Un centro seguro.

- El estimulado profesional para potenciar todas sus habilidades y mantenerlas el mayor tiempo posible.

- Control de las patologías concomitantes de manera adecuada

5.- DISCUSIÓN

Los cuidados del enfermo de Alzheimer lejos de ser reconocidos por la sociedad en sus quehaceres diarios, quedan en muchas ocasiones en el olvido de los profesionales de Enfermería, centrandolo los cuidados principales en el enfermo de Alzheimer y dejando de lado a la pieza clave del puzzle que es la familia.

La Enfermería debe ser consciente de la devastación que produce la enfermedad en la familia, la cual sufre dos pérdidas diferentes: la primera, la pérdida de identidad de su familiar y la segunda el fallecimiento del mismo.

Las actuaciones de enfermería deben estar dirigidas hacia el binomio enfermo-familia para mejorar la calidad de vida del enfermo y evitar situaciones de sobrecarga en la familia que impidan dar unos cuidados adecuados.

6.- CONCLUSIONES

En la actualidad la mayoría de los enfermos de Alzheimer son diagnosticados en su fase inicial, lo que es vital para comenzar cuanto antes con los programas de apoyo al entorno familiar y así prevenir la sobrecarga. La información a los cuidadores sobre la enfermedad y sobre los distintos recursos de ayuda puede considerarse estrategias sencillas de aplicar y son útiles desde el momento del diagnóstico.

El diagnóstico de Alzheimer, repercute directamente en el entorno familiar, quienes a partir de ahora tendrán que asumir una reorganización de roles para poder desempeñar correctamente el cuidado del enfermo. Estos cambios originan estados de estrés, conflictos familiares, desembolso económico y una gran preocupación por lograr una adecuada calidad de vida del enfermo y un equilibrio en la dinámica social y familiar.

El cuidador principal, habitualmente rechaza la posibilidad de ayuda y se embarca en un viaje de soledad y frustración que se afianza progresivamente con la gravedad progresiva del estado del enfermo, por tanto, la implicación familiar en los cuidados al enfermo de Alzheimer, es especialmente relevante porque el cuidador debe liberar su carga y utilizar los recursos que se le ofrecen para llevar a cabo unos cuidados de calidad.

7.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Martínez M, Pérez V, Carballo M, Varona G. Estudio clínico-epidemiológico del síndrome demencial. Revista Cubana Medicina General Integral 2005;21:3-4.
- 2.- Losada A, González M, Peñacoba C, Gallagher Thompson D, Knight B. Reflexiones entorno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinaria. Psicología Conductual ;15(1):57-76.
- 3.- Llibre J, Guerra M. Actualización sobre la enfermedad de Alzheimer. Revista Cubana de Medicina General 2002;18(4):20-04-2013.
- 4.- Donoso A. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Revista

Chilena Neuro-Psiquiatría 2003;41(2).

5.- Instituto Nacional sobre el Envejecimiento. La enfermedad de Alzheimer. 2008; Available at: <http://www.nia.nih.gov/espanol>. Accessed 04/20, 2013.

6.- Asociación Internacional de Alzheimer. Informe Mundial del Alzheimer 2010. Impacto Económico Mundial de la Demencia. EEUU; 2010.

7.- Asociación Americana de Alzheimer. Las 10 señales. 2012; Available at: http://www.alz.org/espanol/signs_and_symptoms/las_10_señales.asp. Accessed 03/07, 2013.

8.- Lobo A, Ezquerro J, Gómez F, Sala J, Seva A. El mini-examen cognoscitivo. Un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría 1979;7:189-201.

9.- Molina J, Iáñez M, Iález B. El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. Psicología y Salud 2005;15(1):33-43.

10.- Politis D, Rubinstein W. Heterogeneidad clínica de la demencia y severidad de la apraxia en pacientes con demencia tipo Alzheimer. SUMMA Psicológica 2008;5(2):41-52.

11.- Herrera Rivero M, Hernández Aguilar M, Manzo J, Aranda Abreu G. Enfermedad de Alzheimer: Inmunidad y diagnóstico. Neurología 2010;51(3):153-164.

12.- Peña Casanova J. Enfermedad de Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos. Barcelona: Fundación La Caixa; 1999.

13.- Cobo J, Cordon F, Guerrero C. Intervenciones enfermeras ante las alteraciones geriátricas. Alzheimer. La enfermedad del olvido. Cuida-

dos de enfermería.; 2009. p. 233-271.

14.- Fundación Alzheimer España. ¿Quién cuida? 2010; Available at: <http://estaestuoobra.es/fae/2010/08/05/quien-cuida/>. Accessed 04/20, 2013.

15.- Morón L, Vilorio A, Gil P. Los cuidados formales a un enfermo de Alzheimer. In: AFAL Contigo, editor. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias; 2006. p. 111-162.

16.- Méndez R, Molina E, Tena Dávila M, Yagüe A. Guía para familiares de enfermos de Alzheimer: "querer cuidar, saber hacerlo". Madrid: Ayuntamiento de Madrid.

17.- Nevado M. Los cuidados familiares a un enfermo de Alzheimer. El cuidador principal. El cuidador y la familia: AFAL Contigo; 2006. p. 75-125.

18.- García Piñá A. Burn out. Psicología 2004;54:42-5.

19.- Zarit, Reeve, Bach-Peterson. Escala de sobrecarga del cuidador. 1980th ed.

20.- Regueiro A, Pérez Vázquez A, Gómara S, Ferreiro M. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. Atención Primaria 2007;39(4):185-8.

21.- Peinado A, Garcés de los Fayos E. Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: El síndrome del asistente desasistido. Anales de Psicología 1998;14(1):83-93.

22.- Luis Rodrigo M. Los diagnósticos enfermeros. 7ª ed. España: Masson; 2006.

23.- Martínez M, Ramos P, Hernández G, Campos X, Linares C, Yanguas J. Modelo de Centro de Día para la atención a personas con enfermedad de Alzheimer. Madrid: CEFAA; 2008.

ANEXO I: ESCALA DE SOBRECARGA DE CUIDADOR DE ZARIT

ITEM	PREGUNTA A REALIZAR	PUNTOS
01	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
02	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo para Usted?	
03	¿Se siente tenso cuando debe cuidar a su familiar y atender, además, otras responsabilidades?	
04	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
05	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa la relación con amigos y familiares?	
06	¿Siente que su familiar depende de usted?	
08	¿Se siente agotado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
09	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
10	¿Siente que no tiene la vida privada que debería por causa de su familiar?	
11	¿Cree que sus relaciones sociales se han afectado por tener que cuidar de su familiar?	
12	¿Se siente incómodo para invitar amigos a su casa a causa de su familiar?	
13	¿Cree que su familiar espera que usted lo cuide como si fuese la única persona con la que puede contar?	
14	¿Cree que no dispone del dinero suficiente para cuidar de su familiar además de sus otros gastos?	
15	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho tiempo más?	
16	¿Siente que perdió el control de su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
17	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
18	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
19	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familia?	
20	¿Cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?	
21	En general, ¿se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

La Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit consta de 22 preguntas con 5 posibles respuestas (nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces, casi siempre) que puntúa cada una de 1 a 5.

La puntuación total oscila entre 22 a 110, estableciendo dife-

rentes grados de sobrecarga en función de la puntuación final:

- Ausencia de sobrecarga: <47
- Sobrecarga ligera: 47-55
- Sobrecarga intensa: > 55



Foto realizada respetando la Ley de Protección de Datos 15/1999

Importancia de una comunidad educativa formada en técnicas de Reanimación Cardiopulmonar

Autores:

Víctor Fradejas Sastre^(*)

Diplomado en Enfermería. Experto en Urgencias y Emergencias. Enfermero del servicio de Críticos Cardiológicos del HUMV. Santander. Cantabria.

Pablo Pérez Velasco

Graduado de Enfermería. Máster de Especialización en Cuidados de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Santander. Cantabria.

^(*)Dirección para correspondencia:
victorfradejas@gmail.com

Recibido: Julio 2013
Aceptado: Agosto 2013

RESUMEN

Con el paso de los años el pronóstico de la Parada Cardiorespiratoria no ha mejorado de forma significativa, constituyendo, por su incidencia y alta mortalidad, un problema de salud de gran importancia en los países desarrollados.

A pesar de la existencia de los servicios de emergencias sanitarias se ha demostrado que la Reanimación Cardiopulmonar realizada por parte de los testigos juega un papel importante, siendo una técnica de fácil aprendizaje y ejecución que consigue incrementar drásticamente las probabilidades de supervivencia.

La metodología del presente trabajo consiste en la realización de una revisión bibliográfica con la finalidad de demostrar la necesidad de introducir la formación en técnicas de Reanimación Cardiopulmonar dentro de la comunidad educativa.

Conociendo que la edad adecuada para aprender las técnicas básicas de reanimación es a partir de los 13 años, y no existiendo en la actualidad la formación en este ámbito dentro del programa educativo, la Enfermería, como parte responsable de la educación para la salud de la sociedad, su prevención y promoción, debe proponer y garantizar a la comunidad educativa este tipo de formación.

Palabras clave:

- Instituciones académicas.
- Enfermería.
- Resucitación Cardiopulmonar.
- Enseñanza.

ABSTRACT

Over the years, prognosis after Cardiorespiratory heart arrest has not improved significantly. It is an important health problem in the developed countries due to its incidence and high mortality.

Despite of the availability of emergency, it has been proved that the Cardiopulmonary resuscitation performed by witnesses plays an important role. Not only it is easy to learn and carry out this technique, but also it drastically increases the chances of survival.

The work's methodology consists of a literature review in order to demonstrate the need to introduce the Basic Life Support training to educational community.

It is known that 13 years of age is the right age to learn Basic Life Support. There isn't today a training program on Cardiopulmonary Resuscitation within educational community. Nursing, as a responsible party to the education, prevention and promotion the health in society, should suggest and ensure this kind of training programs to educational community.

Keywords:

- Schools.
- Nursing.
- Cardiopulmonary resuscitation.
- Teaching.

1.- INTRODUCCIÓN

A pesar de los adelantos científicos y técnicos de la medicina, el pronóstico de la "Parada cardiorrespiratoria" (PCR) no ha mejorado de forma significativa con el paso de los años, entendiéndose esta como, la interrupción brusca y potencialmente reversible de la respiración y la circulación. La parada cardiaca por Fibrilación Ventricular (forma de paro cardiaco con actividad desorganizada y errática) es la causa más frecuente de muerte súbita y principal responsable de la mortalidad en el infarto agudo de miocardio¹, constituyendo, por su incidencia y alta mortalidad, un problema de salud de gran importancia en los países desarrollados. La incidencia de muerte súbita de causa cardiaca en España es de al menos 60 casos anuales por cada 100.000 habitantes y la incidencia de PCR tratadas es de 24 por cada 100.000. Con estos números, se calcula que en España se producen más de 25.000 muertes anuales antes de que el paciente pueda recibir asistencia sanitaria².

Un elevado porcentaje de estas PCR (entre 40%) se producen en la vía pública¹. Algunos de estos casos, pueden ser reanimados con éxito si la reanimación cardiopulmonar básica¹ se inicia lo más pronto posible (1 a 4 minutos) y es seguida en el plazo de 10 minutos de una adecuada reanimación cardiopulmonar avanzada por personal sanitario. El pronóstico de supervivencia en los pacientes con PCR permanece pobre, entre el

4% y el 33%³, y depende principalmente de la organización de la cadena de supervivencia. Como hemos mencionado, sabemos que la supresión de la circulación sanguínea durante varios minutos causa daños irreversibles en el cerebro, reduciendo las posibilidades de supervivencia hasta en un 10-12%⁴ por cada minuto que transcurre sin asistencia, por lo que los primeros auxilios realizados por los testigos, juegan un papel importante en la medicina de emergencia, constatando en diversos estudios que si los testigos inician maniobras de RCP, las probabilidades de sobrevivir al evento podrían incrementarse hasta en 5 veces, sin embargo estas maniobras solo se inician en menos de la mitad de los casos⁵.

El eslabón más importante en la cadena de supervivencia de la 'comunidad' es la persona. Ante una PCR, el éxito de dicha cadena depende de la persona que entiende la importancia de la activación del sistema SEM (Servicio de Emergencias Médicas) y su voluntad y habilidad de iniciar una efectiva y pronta RCP. La eficacia de la reanimación es directamente proporcional al entrenamiento recibido por la persona que la realiza e inversamente proporcional al tiempo transcurrido entre el momento en que se produjo la PCR y el inicio de una reanimación, sabiendo que la mayoría de las veces, los primeros que atienden a la víctima son sus familiares, amigos, vecinos o profesores. Por ello, es necesario que la educación en RCP básica se dirija no solamente a personal sanitario, sino que también debe implicar a

la población general. Como señalan Safar y Bircher, “la enseñanza de algo de RCP a todas las personas probablemente salve más vidas que la perfección obtenida por unos pocos”⁶. Los ciudadanos que han sido entrenados mejoran su capacidad para actuar de manera correcta en situaciones de emergencia y, al iniciar las maniobras adecuadas de RCP, se convierten en el primer eslabón de la cadena de supervivencia.

En este sentido, aun disponiendo en la actualidad de excelentes servicios de emergencias (UVI móvil) que acuden al lugar donde se encuentran las víctimas en unos minutos, la eficacia de su intervención dependerá de si los testigos que presencien el suceso inician o no las maniobras de RCP en los primeros 4 minutos.

Indispensable describir el término ‘cadena de supervivencia’⁴. Se acudió a él para hacer insistencia en que la atención a la PCR precisa de todos sus eslabones y que el retraso de alguno de estos hace improbable la supervivencia.

descriptores.

Palabras clave: Escuelas, Enfermería, Reanimación Cardiopulmonar, Enseñanza

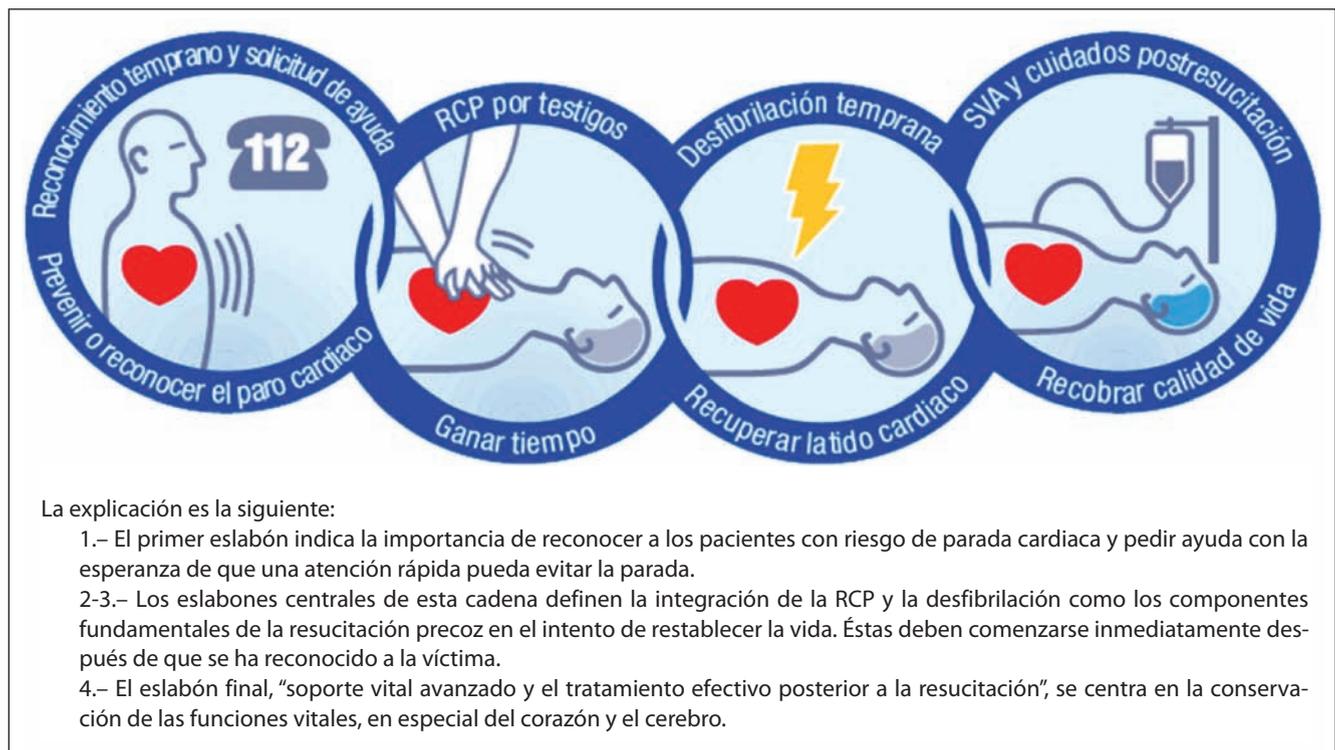
4.- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. Estado actual del tema.

Conocer las técnicas de resucitación cardiopulmonar (RCP) significa conocer cómo se pueden salvar vidas. Aprender RCP es fácil y sólo lleva unas pocas horas.

En la actualidad, y en base a esta línea de trabajo, algunos países como Canadá cuentan con programas nacionales que permiten la formación anual de miles de estudiantes de RCP básica¹¹.

En España, ha habido experiencias piloto de enseñanza de la RCP a niños^{1,2,5,7,8,12} unas publicadas y otras no. Estas, demuestran que los niños son capaces de aprender RCP Básica tan rápi-



2.- OBJETIVO

Revisar los estudios relacionados con la formación en técnicas de Reanimación Cardiopulmonar dentro de la comunidad educativa.

3.- METODOLOGÍA BÚSQUEDAS BIBLIOGRÁFICAS

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos ENFISPO, INDEX, Cuiden, Cuidatge, Google académico y Dialnet. La búsqueda se limitó a publicaciones en español y en inglés desde el 1 de enero de 2000 al 31 de Mayo de 2012.

Se buscaron las palabras clave en título, abstract y como

damente como los adultos. Los jóvenes son capaces no sólo de aprender, sino también de facilitar y multiplicar sus conocimientos entre sus propios familiares y amigos.

Durante los últimos años se ha desarrollado una creciente actividad investigadora encaminada a encontrar la mejor metodología para introducir la enseñanza de la RCP básica en el currículum de la enseñanza obligatoria a los estudiantes. Varios de esos estudios han demostrado que es a partir de los 13 años, con un peso medio de 50 kilos¹³, momento a partir del cual los niños se encuentran en condiciones físicas de aplicar técnicas de RCP, y por otro lado en condiciones de desarrollo cognitivo suficiente como para asimilar la importancia de la parada cardíaca¹⁴.

La persistencia de los conocimientos en RCP básica es otro

de los 'caballos de batalla' de las sociedades implícitas en su difusión¹⁵. Se ha demostrado que la retención de los conocimientos y de las habilidades para aplicarla desciende rápidamente, por lo que se hace necesario cursos de recuerdo y consolidación.

En este sentido, son numerosos estudios los que demuestran que la escuela en general y los estudiantes de secundaria en particular son la población diana para introducir esta formación². Los jóvenes aprenden fácilmente, se motivan con facilidad, retienen conocimientos y habilidades, están exentos de la presión social y en ocasiones necesitan sentirse como 'héroes' a quienes, con frecuencia, imitan. Estas razones avalan la importancia de su aprendizaje en las escuelas. En ellas, los estudiantes se forjan una buena base de conocimientos en estas técnicas, que permita en años posteriores, a través de un simple reciclaje, afianzar conocimientos e introducir los cambios novedosos en las últimas recomendaciones publicadas.

Parece pertinente incluso, por lo anteriormente argumentado, la elaboración de un Plan Nacional de Enseñanza de RCP. Esta formación es uno de los elementos claves para que los adultos del futuro dominen y practiquen las técnicas y sus conocimientos y reviertan en la protección de la salud del ciudadano. De este modo, se conseguiría introducir la enseñanza de la RCP básica en los institutos a alumnos de educación secundaria obligatoria (ESO), difundir el conocimiento de la RCP básica a la población, mejorar la supervivencia de la parada cardíaca y disminuir las secuelas en los supervivientes.

Con este Plan se conseguiría que dentro del seno de un gran número de familias hubiera un joven entrenado, un promotor de las técnicas entre los demás miembros de la familia.

Desde el año 2003, sociedades de reconocido prestigio en RCP como la American Heart Association (AHA) o el European Resuscitation Council (ERC) o el ILCOR (International Liaison Committee On Resuscitation) han recomendado de forma decidida que las habilidades para llevarla a cabo se enseñen en la escuela.

Conociendo que el 80% de las personas que fallecen súbitamente por una parada cardiorrespiratoria tienen un familiar o un amigo cerca¹⁵, justifica el que poco a poco la sociedad esté lo suficientemente concienciada de la importancia de la RCP. Será en el ambiente estudiantil donde se pueda conseguir un mayor grado de ilusión, altruismo y ganas de vivir y de salvar vidas.

4. 2. Justificación del aprendizaje de RCP por la población estudiantil.

La reanimación cardiopulmonar se inicia en los años sesenta con los avances en la ventilación y en la compresión torácica.

La RCP no es una técnica de hace pocos días, ya por 1958 Safar y Elan describieron la ventilación de rescate, mediante la técnica boca a boca, siendo ellos quienes presentaron en 1960 las maniobras de apertura de la vía aérea y la ventilación boca a boca⁷.

En el año 1960, Noruega inicia la enseñanza de la RCP a los niños en las escuelas. Posteriormente, el grupo de investigación de Peter Safar, (pionero en la introducción de las maniobras de RCP en la atención a la parada cardíaca) demostró (1978) la efectividad de la adquisición de habilidades en RCP básica en jóvenes de entre 15 y 16 años. Más tarde demostraron también

que los niños de entre 10 y 12 años eran capaces de realizar las maniobras correctamente en el 100% de los casos, utilizando la técnica de auto-entrenamiento con un maniquí infantil. Se puede concluir que la escuela constituye un marco ideal para iniciar a la población en el conocimiento y aprendizaje de la RCP.^{8,9}

En mayo de 1973, tuvo lugar en Washington DC⁸ (USA) una de las primeras conferencias nacionales sobre 'Estándares en RCP y cuidados cardiovasculares de emergencia (ECC)'. Entre sus conclusiones figuraba que todos los escolares deben empezar a recibir algún tipo de entrenamiento anual en emergencia, accidentes y RCP ya desde el quinto grado (10-12 años), siendo las autoridades quienes deben esforzarse para conseguir este objetivo en el menor tiempo posible.^{3,10}

En el año 1990 se reconoció la importancia de la enseñanza y la formación de la RCP en las escuelas. En 1998 la AHA (American Heart Association) comenzó una evaluación a gran escala de la RCP en las escuelas de Estados Unidos. Los expertos en la Conferencia para la Guía Internacional 2000 recomendaron que se desarrollara un programa de RCP para las escuelas, como una estrategia educacional para asegurar el aprendizaje de las técnicas, ya que un buen entrenamiento a nivel nacional, es necesario para incrementar las habilidades y realizar una correcta RCP, antes de que los profesionales de los equipos sanitarios acudan al lugar de la emergencia.⁷

AÑO	AUTOR / PAÍS	DEFINICIÓN / CONCLUSIONES
1958	Safar y Elan	Ventilación de rescate: Boca a boca.
1960	Safar y Elan	Maniobra apertura vía aérea y boca a boca.
1960	Noruega	RCP en las escuelas
1973	Washington DC (USA)	- Entrenamiento anual en RCP para escolares de 10-12 años. - Responsabilidad de las autoridades para conseguir el anterior objetivo.
1978	Peter Safar	Concluye: La escuela es un marco ideal para el conocimiento y aprendizaje de la RCP.
1990		Reconocimiento de la importancia de la enseñanza y formación de RCP en las escuelas
1998	AHA	Evaluación de la RCP en las escuelas de EEUU.
2000	Expertos Guía Internacional 2000	Recomiendan desarrollar un programa de RCP para las escuelas como estrategia educacional.

5.- CONCLUSIÓN

Como se ha mencionado a lo largo del artículo la parada cardiorrespiratoria sigue teniendo, a pesar de los avances tecnológicos, un mal pronóstico, reduciéndose las posibilidades de supervivencia un 10% cada minuto que pasa si la víctima no recibe soporte vital ya sea básico o avanzado. Esta cifra disminuye considerablemente si el testigo de la PCR inicia RCP, consiguiendo

do que la reducción de las probabilidades de supervivencia sea de 3-4% cada minuto⁴, por lo tanto sería ideal que todos los ciudadanos tuviesen conocimientos de RCP.

Tal y como nos indican numerosos estudios, los jóvenes son la población diana sobre la que actuar. Para alcanzar esta quimera, habría que introducir estos conocimientos de RCP básica, dentro la formación curricular de los alumnos en la comunidad educativa. No sería muy costosa esta medida, tanto que los recursos que consume como el tiempo de implantación no suponen una gran inversión⁵. Se ha demostrado que la instrucción clásica con maniquí es la idónea, consiguiendo que con talleres teórico-prácticos de pocas horas, los alumnos sepan cómo actuar en estas situaciones de urgencias, siendo necesario un recuerdo programado de las técnicas para reforzar y actualizar los conocimientos.

Las técnicas de RCP básica es una técnica fácil de aprender y realizar. Las instituciones deben conseguir que todos los ciudadanos y posibles testigos directos de una parada cardiaca sepan realizar estas maniobras. Especialmente los más jóvenes, ya que como muestran numerosos estudios desde los 13 años se pueden aprender estas técnicas, siendo quizás los jóvenes entre 15-16 años la población ideal para realizar esta formación.

Con todo lo desarrollado cabe esperar que las instituciones competentes en materia de educación trabajen para conseguir esta realidad, así pues mientras esta situación acontece, la Enfermería, como parte responsable de la educación para la salud de la sociedad, su prevención y promoción, debe proponer y garantizar a la comunidad educativa este tipo de formación, bien desde los distintos Servicios de Salud, colaborando con Instituciones, Fundaciones, Asociaciones,...

Por esta razón los profesionales de enfermería debemos dar un paso adelante y ante esta situación en la que no hay regulada una formación curricular en los centros educativos, realizar intervenciones de educación para la salud y llevar a cabo mediante la realización de talleres de RCP, la formación de la población joven de nuestra sociedad.

6.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Sancho Sánchez MJ, Loro Sancho N. Promoción de la salud. Curso de reanimación cardiopulmonar básica. *Enferm. Cardiol* [Internet]. 2000 [citado 23 Marzo 2013]; 7 (21): 36-40. Disponible en: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/res2105.htm>
- 2.- Miró O, Escalada X, Jiménez-Fábrega X, Díaz N, Sanclemente G, Gómez X, et al. Programa de reanimación cardiopulmonar orientado a centros de enseñanza secundaria (PROCES) conclusiones tras 5 años de experiencia. *Emergencias* [Internet]. 2008 [citado 21 Febrero 2013]; 20: 229-236. Disponible en: http://www.semes.org/revista/vol20_4/3.pdf
- 3.- Navalpotro Pascual JM, Fernández Pérez C, Navalpotro Pascual S. Supervivencia en las paradas cardiorrespiratorias en las que se realizó reanimación cardiopulmonar durante la asistencia extrahospitalaria. *Emergencias* [Internet]. 2007 [citado 21 Febrero 2013]; 19: 300-305. Disponible en: http://www.semes.org/revista/vol19_6/3.pdf
- 4.- López Messa JB, Herrero Ansola P, Pérez Vela J.L, Martín Hernández H. Novedades en soporte vital básico y desfibrilación externa semiautomática. *Med. Intensiva* [Internet]. 2011 Jun [citado 1 Marzo 2013]; 35 (5): 299-306. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912011000500007&lng=es
- 5.- Miró O, Díaz N, Sanchez M. Aprender reanimación cardiopulmonar desde la escuela. *Emergencias* [Internet]. 2012 [citado 21 febrero 2013]; 24: 423-425. Disponible en: http://www.semes.org/revista/vol24_6/2.pdf
- 6.- Safar P, Bircher NG. Reanimación cardiopulmonar y cerebral. 1ª edición. Madrid: Interamericana. McGraw Hill; 1988. p. 371-382.
- 7.- Peiró Andrés A, Sancho Sánchez MJ, Loro Sánchez N, Sancho Sánchez T, Folgado Roig J. Experiencia en la enseñanza de la reanimación cardiopulmonar en un grupo de adolescentes. *Enferm Cardiol* [Internet]. 2006 [citado 23 Marzo 2013]; 13 (37): 41-45. Disponible en: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/res3706.htm>
- 8.- Garcia Vega FJ, Montero Pérez FJ, Encinas Fuente RM. La comunidad escolar como objetivo de la formación en resucitación: la RCP en las escuelas. *Emergencias* [Internet]. 2008 [citado 3 Abril 2013]; 20: 223-225. Disponible en: http://www.semes.org/revista/vol20_4/1.pdf
- 9.- Holmberg M, Holmberg S, Herlitz J. Effect of bystander cardiopulmonary resuscitation in out-of-hospital cardiac arrest patients in Sweden. *Resuscitation* [Internet]. 2000 Sep [citado 5 Abril 2013]; 47 (1): 59-70. Disponible en: [http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(00\)00199-4/abstract](http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(00)00199-4/abstract).
- 10.- Carveth S. Standards for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care. *JAMA* [Internet]. 1974 Feb [citado 7 Abril 2013]; 227 (7):796. Disponible: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=352992>
- 11.- Liberman M, Golberg N, Mudlder D, Sampalis J. Teaching cardiopulmonary Resuscitation to CEGEP students in Québec. A pilot proyect. *Resuscitation* [Internet]. 2000 Dic [citado 22 Marzo 2013]; 47 (3): 249-257. Disponible: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300957200002367>
- 12.- Cerdá Mila M, Chanovas Borrás M, Espuny Vidal C, Escalada Roig X. Grupo de trabajo de SVB a Educació de Terres del Ebre. Plan piloto en la formación de SVB en las escuelas. *Formacion en espiral. Med Intensiva* [Internet]. 2012 [citado 1 Marzo 2013]; 36(2): 158-161. Disponible: [http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0210-5691\(11\)00319-6.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0210-5691(11)00319-6.pdf)
- 13.- López Messa JB, Martín Hernández H, Pérez Vela JL, Molina Latorre R, Herrero Ansola P. Novedades en métodos formativos en resucitación. *Med Intensiva* [Internet]. 2011 Oct [citado 1 Marzo 2013]; 35(7):433-441. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-56912011000700006&script=sci_arttext
- 14.- Jones I, Whifield R, Colquhaun M, Chamberlain D, Vetter N, Newcombe R. At what age can schoolchildren provide effective chest compressions? Na observational study from the heartstart UK schools training programme. *BMJ*. 2007; 334: 1201-1203.
- 15.- Jiménez Fábrega X, Escalada Roig X. Mejorar la enseñanza en reanimación cardiopulmonar... ¿no tiene precio? *Emergencias* [Internet]. 2007 [citado]; 19: 298-299. Disponible en: http://www.semes.org/revista/vol19_6/2.pdf
- 16.- Einspruch EL, Lynch B, Aufderheide TP, Nichol G, Becker L. Retention of CPR skills learned in a traditional AHA Heartsaver course versus 30-min video self-training: a controlled randomized study. *Resuscitation* [Internet]. 2007 Sep [citado 22 Marzo 2013]; 74 (3): 476-486. Disponible en: [http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(07\)00074-3/abstract](http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(07)00074-3/abstract)



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

PREMIO DE INVESTIGACIÓN

XI Edición del Premio de Investigación del Colegio de Enfermería de Cantabria



Se publican a continuación los Proyectos de Investigación premiados en la XI Edición del Premio de Investigación del Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria

1º PREMIO:

- **Conocimientos y actitudes de los profesionales de enfermería respecto a las úlceras de etiología venosa y su tratamiento.**

ACCÉSIT

- **La experiencia vivida de las personas que padecen diabetes: un estudio fenomenológico.**

ACCÉSIT

- **Estudio sobre la necesidad percibida de formación sanitaria de los profesionales de Educación Primaria de Cantabria.**



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica



Conocimientos y aptitudes de los profesionales enfermeros respecto a las úlceras de etiología venosa y su tratamiento

Autoras:

Raquel Pardo Vitorero^(*)
Ester González Fernández

*Graduadas en Enfermería.
Expertas y Máster en Gestión e Investigación
en el Cuidado de Heridas Crónicas.
Hospital U. M. Valdecilla.
Santander. Cantabria*

^(*)Dirección para correspondencia:
rachel_sm3@hotmail.com

Recibido: Mayo 2013
Aceptado: Septiembre 2013

RESUMEN

Introducción: Las úlceras de etiología venosa son lesiones que afectan de forma significativa a la calidad de vida de las personas que las padecen. Su elevada prevalencia, cronicidad, alta tasa de recurrencias y el gran impacto económico que producen, las convierten en un gran reto tanto para los profesionales sanitarios como para el Sistema Nacional de Salud.

Objetivos: Determinar el nivel actual de conocimientos de los profesionales enfermeros sobre las úlceras de etiología venosa y su tratamiento, e identificar la terapia que utilizan en el tratamiento de las mismas, describiendo si esta coincide con el Gold Standard.

Material y métodos: Se llevará a cabo un estudio observacional descriptivo transversal en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, en el periodo de un año. La población a estudio incluirá a los profesionales enfermeros que trabajen en unidades de hospitalización relacionadas con el cuidado de úlceras de la extremidad inferior, excluyéndose aquellos servicios con una baja o nula prevalencia de estas lesiones. La recogida de datos, se realizará mediante un cuestionario ad hoc, constituido por 23 preguntas cerradas que recogerán: variables sociodemográficas de los participantes, preguntas generales acerca de las úlceras de etiología venosa y su tratamiento, y la terapia utilizada por los enfermeros en el tratamiento de estas lesiones.

Palabras clave:

- Conocimiento.
- Enfermería.
- Úlcera varicosa.
- Vendajes de compresión.

ABSTRACT

Introduction: Venous ulcers are injuries that significantly affect the quality of life for people who suffer them. Their high prevalence, chronicity, recurrence rate and the great economic impact make them a great challenge for both the health professionals and the National Health System.

Objective:

- To determinate the current level of knowledge among the professional nurses about ulcer venous and treatment.
- To identify the treatment used for them and describe if it is matched the Gold Standard treatment.

Methods: An observational, descriptive, cross-sectional study will carry out at the University Hospital "Marqués de Valdecilla", during the period from September 2013 to September 2014.

The population under study will include professionals nurses working in inpatient units which are related to treatment venous leg ulcers.

Units with low or zero prevalence of venous ulcers will be excluded.

Data collection will be carried out ad hoc questionnaire with 23 closed questions, which collect: sociodemographic variables, general knowledge about venous ulcers, their treatment, and the therapy used in these wound by nurses.

Keywords:

- Knowledge.
- Nursing.
- Varicose ulcer.
- Compression bandages.

1.- INTRODUCCIÓN

1.1 HISTORIA

Las úlceras de etiología venosa (UV) no son un problema de salud reciente, sino que han acompañado al ser humano a lo largo de la historia.

Se cree que la aparición de éstas úlceras data de hace 900.000 años, cuando el hombre pasó de ser cuadrúpedo al ortostatismo, posición que posiblemente generó compresión en las venas ilíacas, originando hipertensión venosa en las extremidades inferiores por la ley de la gravedad¹. Para entonces, estas lesiones ya suponían un grave impedimento para el individuo que las padecía, pues al ser nómadas, los heridos o lisiados dificultaban los desplazamientos retrasando la marcha del grupo y poniendo en peligro la supervivencia del mismo.

La historia sobre la curación de las heridas deja ver la heterogeneidad en el manejo entre los distintos países y continentes, ya sea por la falta de comunicación entre ellos, las condiciones sociopolíticas de la época y por los distintos recursos naturales disponibles. Sin embargo, hoy en día, dicha heterogeneidad continúa siendo un fiel reflejo de sus antepasados.

En el papiro de Ebers (2000 a.C), los egipcios utilizaban ya

sustancias para el manejo de heridas como la mirra, la goma, el aceite caliente y las resinas de árboles en forma de emplastos, siendo en este lugar donde se establecieron los primeros principios básicos del manejo de las heridas: lavar, cubrir e inmovilizar².

En la India, se describe el uso de gusanos para desbridar el material necrótico de las UV, además de existir casos en los cuales los bordes de la lesión eran aproximados por medio de la mordedura de grandes hormigas, a las cuales se les seccionaba el cuerpo y se utilizaba la cabeza de las mismas a modo de las actuales grapas³.

En zonas como Grecia, se contempló el uso de hierros candentes como material de cura para provocar la cauterización de las heridas, usándose como principal antiséptico posteriormente el vino⁴, siendo en Grecia también, donde Hipócrates (460-377 a.C) estableció la primera referencia científica sobre las úlceras venosas, a través de su obra 'De Ulceribus', donde reconoce la relación existente entre las úlceras a nivel del tobillo y las venas varicosas. Además, fue el primero en proponer un vendaje compresivo a base de esponjas y otros materiales primitivos como tratamiento para la curación de estas lesiones¹.

El uso de la pólvora durante la guerra, dio lugar a que los médicos de la época se enfrentasen a un nuevo tipo de heridas.

Conocimientos y aptitudes de los profesionales enfermeros respecto a las úlceras de etiología venosa y su tratamiento

Ambroise Paré, padre de la cirugía, fue el primero en tratar las heridas por armas de fuego con vendajes limpios y cambios frecuentes de los mismos, desvirtuando el uso de aceite caliente o hierros candentes, medida que se habían tomado hasta entonces en algunos lugares para cauterizar dichas lesiones².

La Primera y Segunda Guerra Mundial, trajo consigo el uso de vendajes más preparados para los soldados. Dentro de su equipamiento se incluían vendajes de algodón impregnados con parafina, los cuales fueron ideados por el cirujano francés G. Lumière.

No fue hasta 1940, cuando los modernos apósitos que actualmente se utilizan sobre las heridas comenzaron su lento desarrollo. En 1962, George Winter⁵ desarrolló un nuevo método de cura, conocida como 'cura en ambiente húmedo', demostrando experimentalmente que las lesiones cutáneas cubiertas por una lámina de película impermeable, curaban dos veces más rápido que las expuestas al aire.

Desde entonces, y especialmente en los últimos 20 años, se ha despertado un especial interés sobre el manejo y cuidado de las úlceras de larga evolución, así como sobre el conocimiento de los mecanismos fisiológicos que las provocan, con el fin de buscar nuevas tecnologías de tratamiento y prevención.

1.2 DEFINICIÓN, EPIDEMIOLOGÍA, COSTES.

Las úlceras de la extremidad inferior son lesiones que afectan de forma significativa a la calidad de vida de las personas que las padecen. Suelen constituir una enfermedad crónica-recurrente, con una duración de los episodios que va desde semanas a más de 10 años⁶. Esta enfermedad representa un costo considerable, tanto para el paciente en términos de dolor, restricción de la movilidad y aislamiento social como para el servicio de salud en términos económicos⁶.

De todas las úlceras de la extremidad inferior, las UV son las más frecuentes, representando entre 75-80% del total de las mismas⁷.

Podemos definir la úlcera de etiología venosa como aquella lesión en la extremidad inferior, espontánea o accidental cuya etiología tiene como origen la insuficiencia venosa crónica (IVC) con su consecuente hipertensión venosa y que no cicatriza en el intervalo temporal esperado⁷.

Centrándonos en la dimensión epidemiológica de las UV, según datos de la CONUEI (Conferencia Nacional de Consenso sobre las úlceras de la extremidad inferior), éstas lesiones tienen una incidencia de 2-5 nuevos casos/1000 personas/año y una prevalencia de 0,5-0,8% de la población⁷. En Europa, se ha calculado que afecta entre el 0.15% y el 1% de la población y en Estados Unidos afecta a 2,5 millones de personas, por lo que globalmente se estima que este problema afecta aproximadamente a un 1-2% de la población en los países desarrollados¹.

Las UV son más frecuentes en mujeres, con una relación varón-mujer que oscila entre 1:5 a 1:101, aumentando su incidencia y prevalencia considerablemente a partir de los 65 años⁸, multiplicándose ambas por dos en este segmento de edad^{4,7}.

Según el Estudio DETECT-IVC, realizado en España por médicos de Atención Primaria, tras la realización de una encuesta epidemiológica sobre la prevalencia asistencial de la insuficiencia venosa crónica, se determinó que la edad, es el factor de riesgo más importante de padecer la enfermedad, con Odds ratios (OR) de 3,5; 9,1 y 14,1 en los intervalos de 25-40, 40-65 y

>65 años de edad, respectivamente.^{9,10}

En lo referente a términos económicos, en 1995, Freak¹¹ cifró el coste de tratar este tipo de úlceras en 2356 libras esterlinas, lo que equivale a 2694 euros. En Suecia, el coste anual calculado del tratamiento de una UV de menos de seis meses de evolución corresponde a 1827 euros, frente a los 2585 euros para una UV de más de seis meses de evolución. Según datos de la CONUEI⁷, en Europa, se considera que el conjunto de las úlceras de la extremidad inferior suponen entre el 1,5 y el 3% del presupuesto total de los sistemas nacionales de salud, representando las UV, un coste durante el periodo de cicatrización <12 semanas de 400 a 500 euros, y durante el periodo de cicatrización >12 semanas y <6 meses de 900 a 1.000 euros.

En cuanto a la duración de las UV, ésta puede ser muy variable. Algunos autores como Callam¹², refieren cifras que llegan a un 50% de úlceras abiertas hasta 9 meses, un 20% hasta los 24 meses y un 8% hasta los 60 meses. Como caso más extremo se encuentra una mujer de 85 años con una úlcera venosa no cicatrizada durante 62 años¹³. Por otro lado, Lindhom, en un estudio realizado en Suecia¹⁴ describe una duración media de úlceras sin cicatrizar de hasta 43 meses.

Su elevada prevalencia dentro del grupo de úlceras de la extremidad inferior, cronicidad, recurrencia, gran impacto económico y sus enormes repercusiones sociosanitarias, constituyen las principales características de las UV. A esto, hay que añadirle que al ser un proceso crónico, de larga duración, está relacionado de manera importante con el absentismo laboral, pérdidas de trabajo, repercusión sobre los ingresos familiares y sobre aspectos anímicos (ansiedad y depresión)¹⁵, lo que da lugar a que este proceso patológico deba ser considerado como un verdadero problema de salud.

Por todo ello, resulta necesario abordar su atención desde una perspectiva integral que contemple la prevención de los factores de riesgo, así como un tratamiento que tenga en cuenta un plan de cuidados que englobe a las personas que las padecen y a su familia, dado que de lo contrario, producirán una carga personal, familiar y social que repercutirá a la hora de consumir recursos sanitarios y sociales y disminuirá la calidad de vida de las personas que las padecen.

1.3 TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS DE ETIOLOGÍA VENOSA.

Para la mayoría de las úlceras de la pierna no existe un tratamiento estandarizado. Esto conlleva, a que los profesionales sanitarios sigan criterios diferentes, existiendo una gran variabilidad en los tratamientos aplicados según las características de la úlcera y la disponibilidad y acceso a los distintos tratamientos existentes.

Hoy en día, las evidencias clínicas nos sugieren que existen pocas medidas terapéuticas en la atención de salud con una efectividad similar al efecto de la terapia compresiva multicapa en el tratamiento de las UV¹⁶, considerándose actualmente a esta terapia como el tratamiento Gold Standard o tratamiento de referencia de las mismas.

El tratamiento de las UV, se fundamenta en la corrección de la hipertensión venosa mediante el uso de diversos sistemas de compresión, lo que permite por una parte, una mejora del retorno venoso, dando lugar a una disminución del reflujo sanguíneo y por otra, mejorar la sintomatología y el edema, retardando la evolución de la enfermedad^{4,13,14}. Según diversos trabajos de investigación^{17,18}, a estos beneficios, se le deben añadir

importantes mejoras en variables como la calidad de vida, el control del dolor, relación coste eficacia y aumento de las posibilidades de realizar las actividades de la vida diaria.

El primer estudio de prevalencia de las úlceras de la pierna realizado en España por el GNEAUPP en el año 2002¹³, evidenció una gran variabilidad en el tratamiento de este tipo de lesiones. Este estudio tuvo como objetivo calcular la prevalencia de las úlceras de la pierna en centros sociosanitarios, centros de Atención Primaria y unidades hospitalarias, para lo cual se envió mediante correo postal 2000 cuestionarios de prevalencia entre todos los miembros del GNEAUPP, y otros 2000 cuestionarios fueron repartidos por comerciales de Smith & Nephew, obteniéndose como tasa de respuesta un 8,82% (353 cuestionarios). El estudio, permitió obtener importantes resultados en cuanto al tratamiento de las UV se refiere, concluyendo que un 81,8% de los pacientes con úlceras venosas no utiliza la piedra angular del tratamiento, es decir, ningún sistema de compresión o sistemas de compresión no efectivos (media o calcetín elástico o venda de crepé) frente a un 18,2% que sí lo hace. Los sistemas utilizados habitualmente por los profesionales sanitarios en tratamiento de las UV son por orden de utilización: venda de crepé (58,6%), media o calcetín elástico (16,9%), sistema multicapa (11,6%), venda de compresión fuerte (10,5%), bota Unna (0,2%), y no consta el sistema en un 2,1% de los casos. Sin embargo, el 67,7% de las lesiones eran tratadas con apósitos de cura en ambiente húmedo.

En 2001, Cullum et al.¹⁹ en su revisión sobre la efectividad de la terapia de compresión en úlceras de piernas, concluye que:

- La terapia de compresión es más efectiva para la cicatrización de úlceras venosas que el tratamiento sin compresión.
- La compresión multicapa es más efectiva que la de una sola capa.
- La terapia con compresión alta es más efectiva que la compresión moderada en la prevención de la recurrencia de las úlceras.

El cumplimiento del tratamiento con vendaje compresivo es un factor clave para la resolución de las úlceras. Sin embargo, se ha observado que la tasa de cumplimiento con el protocolo de tratamiento puede ser tan sólo de uno de cada tres pacientes ambulatorios tratados con vendaje de compresión²⁰. A raíz de esta afirmación, surge la inquietud por esclarecer cuál es el motivo que justifica la baja tasa de cumplimiento del tratamiento de referencia, es decir de la terapia compresiva, pretendiendo determinar si el nivel de conocimientos de los profesionales sanitarios es una de las barreras que influye en este hecho.

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El personal de enfermería como miembro del equipo multidisciplinar de salud, resulta clave en la atención de los pacientes con UV, ya que es responsable de los cuidados a través de los que promueve, conserva y restablece su salud.

Por este motivo, resulta necesario que aquellos profesionales que se enfrentan a diario con pacientes que padecen esta patología, posean los conocimientos adecuados sobre la fisiopatología, el tratamiento y los cuidados específicos de las úlceras de etiología venosa, lo que contribuirá a mejorar tanto la calidad de vida de los pacientes, como la calidad de los cuidados prestados.

Pero, ¿Cuál es el nivel actual de conocimientos de los profesio-

sionales enfermeros sobre las UV y su tratamiento?

Existen numerosas investigaciones que han explorado el grado de conocimiento de los profesionales sanitarios sobre las recomendaciones acerca de las úlceras por presión (UPP), tanto en prevención como en tratamiento. Algunas de ellas son las desarrolladas en EE.UU^{21,22}, Holanda²³, Reino Unido²⁴ y Australia²⁵. En España, se han desarrollado investigaciones similares, como son las de Esperón y Vázquez²⁶, García Fernández et al.²⁷, Pancorbo Hidalgo²⁸, Zamora Sánchez²⁹ y Ramos et al.³⁰. Se trata en su mayoría de estudios descriptivos transversales, excepto la revisión sistemática elaborada por Pancorbo Hidalgo²⁸, en los que el número de participantes varía mucho de unos estudios a otros. Así, el estudio realizado en EE.UU por Beitz et al.²¹ incluyó a 74 sujetos, entre los que se encontraban enfermeros, auxiliares de enfermería y estudiantes, mientras que en el estudio realizado en Australia por Sharp et al.²⁵ incluyó exclusivamente a enfermeras del servicio de salud de Sídney, obteniendo una muestra de 2.213 sujetos. El índice o puntuación global de conocimientos sobre UPP del personal en los distintos estudios es variable, con un rango que oscila entre el 54% y el 81%, siendo los conocimientos sobre prevención algo más elevados que los conocimientos sobre el tratamiento. Casi todos los trabajos que analizan la influencia de la formación, indican que ésta influye en el índice de conocimiento de los profesionales, fundamentalmente si la han recibido en los tres últimos años, si la han recibido en el pre y postgrado o si han asistido a congresos y leen artículos científicos sobre el tema.

Sin embargo, se encuentra más discrepancia en cuanto a la experiencia profesional. Algunos autores como Esperón y Vázquez²⁶ encuentran que los conocimientos aumentan con la experiencia, mientras que otros como García Fernández et al.²⁷ afirman que los extremos, es decir, poca experiencia (<2 años) y mucha experiencia (>20 años), son los que menos conocimientos tienen.

En la literatura científica, tras la correspondiente búsqueda bibliográfica, no se han encontrado investigaciones que aborden específicamente el nivel de conocimientos de los profesionales enfermeros acerca de las UV y su tratamiento. Ante esta situación resulta interesante hacer un 'análisis diagnóstico' del conocimiento que tienen los profesionales sobre las UV y su tratamiento, y evaluar así la situación en la que se encuentra la enfermería en nuestro ámbito, estableciendo de esta manera, primero, el punto de partida, para después diseñar estrategias correctoras si proceden.

Por este motivo, el objetivo de este estudio, será determinar el nivel actual de conocimientos de los profesionales enfermeros del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla respecto a las UV y su tratamiento, e identificar la terapia que utilizan en el tratamiento de las mismas, describiendo si esta coincide con el Gold Standard del tratamiento.

2.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- González Consuegra RV. Calidad de vida y cicatrización en pacientes con úlcera de etiología venosa: Adaptación transcultural y validación del "Charing Cross venous ulcer questionnaire (CCVUQ)" y del Pressure ulcer scale for healing (PUSH)" [Tesis]. Alicante: Universidad de Alicante; 2011.

Conocimientos y aptitudes de los profesionales enfermeros respecto a las úlceras de etiología venosa y su tratamiento

- 2.- Jiménez CE. Curación avanzada en heridas. *Rev Colomb Cir.* 2008; 23: 146-155.
- 3.- Restrepo Medrano JC. Instrumentos de monitorización clínica y medida de la cicatrización en úlceras por presión (UPP) y úlceras de la extremidad inferior (UEI). Desarrollo y validación de un índice de medida [Tesis]. Alicante: Universidad de Alicante; 2010.
- 4.- Grossi GP. Manejo del paciente con úlcera venosa de miembros inferiores [Trabajo final de Posgrado]. Argentina: Universidad Nacional del Rosario; 2009.
- 5.- Winter GD. Formation of the Scab and the Rate of epithelization of Superficial Wounds in the Skin of the Young Domestic Pig. *Nature.* 1962; 193: 293-294.
- 6.- Susan O'Meara, Nicky A Cullum, E Andrea Nelson. Comprensión para las úlceras venosas de las piernas (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 1 Art no. CD000265. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 7.- Conferencia Nacional sobre el consenso de úlceras de la extremidad inferior (CONUEI). Documento de consenso. Madrid-Barcelona: EdiKaMed, S.L.; 2009.
- 8.- Rodríguez Vázquez, Carrasco Espinar R, López Larrubia F, Conde Crespillo L, Sáez Acosta A. Nuevas tendencias en el abordaje de úlceras venosas sistema de terapia compresiva "vendajes multicapas". *Hygia.* 2010; 73: 5-12.
- 9.- Gesto-Castromil R, García JJ. Encuesta epidemiológica realizada en España sobre la prevalencia asistencial de la insuficiencia venosa crónica en atención primaria. *Estudio DETECT-IVC.* *Angiología.* 2001; 53: 249-260.
- 10.- Rubio-Terrés C, Domínguez-Gil Hurlé A. Análisis coste-efectividad del tratamiento de pacientes con úlceras venosas debidas a la insuficiencia venosa crónica con fracción flevotonica purificada y micronizada y terapia compresiva o con terapia compresiva solamente. *Rev. Esp Econ Salud.* 2005; 4:87-94.
- 11.- Freak L, Simon D, Kinsella A, McCollum C, Walsh J, Lane C. Leg ulcer care: an audit of cost- effectiveness. *Health Trends.* 1995-1996; 27: 133-136.
- 12.- Callam MJ, Harper DR, Dale JL, Ruckley CV. Chronic ulcer of the leg: clinical history. *BMJ.* 1987; 294: 1389-1391.
- 13.- Rueda J, Torra JE, Martínez F, Verdú J, Soldevilla JJ, Roche E, et al. Primer estudio Nacional de prevalencia de úlceras de la pierna en España. Estudio GENEAU-PP- UIFC-Smith & Nephew 2002-2003. *Epidemiología de las úlceras venosas, arteriales, mixtas y de pie diabético.* *Gerokomos.* 2004; 15: 230-247.
- 14.- Lindholm C, Bjllerup M, Christensen OB, Zederfeldt B. A demographic survey of leg and ulcer patients in a defined population. *Acta Derm Venerol (Stockh).* 1992; 72: 227-230.
- 15.- Rodríguez-Piñero M. Epidemiología, repercusión sociosanitaria y etiopatogenia de las úlceras vasculares. *Angiología.* 2003; 55: 260-267.
- 16.- Comprendiendo la terapia compresiva. Documento de posicionamiento EWMA [Internet]. Londres: Medical Education Partnership. 2003. Disponible en: http://www.ulceras.net/mo-nograficos/posicionamiento_compresion.pdf
- 17.- Rueda J, Torra JE, Arboix M, Moffat C, Furtado K, Blanco J, et al. Úlceras venosas. Atención al paciente con úlceras venosas. In: Soldevilla JJ, Torra JE, editors. *Atención integral de las Heridas crónicas.* 1ª ed. Madrid: SPA; 2004. 273-303.
- 18.- Torra JE, Rueda J, Blanco J, Torres J, Toda Lloret L. Venous ulcers. Multilayer compression system or crepe bandage? Comparative study on effectiveness, cost and impact on quality of life. *Rev Enferm.* 2003; 26: 59-66.
- 19.- Cullum N, Nelson EA, Flemming K, Sheldon T. Systematic reviews of wound care management: (5) beds; (6) compression; (7) laser therapy, therapeutic ultrasound, electrotherapy and electromagnetic therapy. *Health Technol. Assess.* 2001; 5: 1-221.
- 20.- Serra, N.; Palomar, F.; Capillas, R.; Berenguer, M.; Aranda, J.; Sánchez et al. Efectividad del tratamiento de las úlceras venosas con vendaje compresivo multicapa asociado a protección de la piel con Cavilon (película barrera no irritante). *Gerokomos.* 2010; 21: 124-130.
- 21.- Beitz JM, Fey J, O'Brien D. Perceived need for education vs. actual knowledge of pressure ulcer care in a hospital nursing staff. *Medsurg Nurs.* 1998; 7: 293-301.
- 22.- Bostrom J, Kenneth H. Staff nurse knowledge and perceptions of pressure sores. *Dermatology Nursing.* 1992; 4: 365-367.
- 23.- Halfens R, Eggink M. Knowledge, beliefs and use of nursing methods in preventing pressure sores in Dutch hospitals. *International Journal of Nursing Studies.* 1995; 32: 16-26.
- 24.- Mockridge J, Anthony D. Nurses' knowledge about pressure sore treatment and healig. *Nurs Stand.* 1999; 13: 68-71.
- 25.- Sharp C, Burr G, Broadbent M, Cumminis M, Casey H, Merriman A. Pressure ulcer prevention and care: a survey of current practice. *Journal of Quality Practice.* 2000; 20: 150-157.
- 26.- Esperón-Güimil JA, Vázquez-Vizoso F. Los conocimientos de las enfermeras sobre úlceras por presión y sus determinantes. *Gerokomos.* 2004; 15: 107-116.
- 27.- García FP, Pancorbo P, López J, López I. Conocimiento y utilización de las directrices de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en centros de salud de Andalucía. *Gerokomos.* 2002; 13: 214-222.
- 28.- Pancorbo P, García F, López I. Pressure ulcer care in Spain: nurses knowledge and clinical practice. *Journal of Avanced Nursing.* 2007; 58:327-338.
- 29.- Zamora J. Conocimiento y uso de las directrices de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en un hospital de agudos. *Gerokomos.* 2006; 17: 100-110.
- 30.- Ramos R, López P, Verdú J. Conocimientos del equipo de enfermería sobre los aspectos relacionados con las úlceras por presión en un centro sociosanitario. *Invest & Cuid.* 2004; 2: 14-19.

3.- OBJETIVOS

PRINCIPAL:

- Determinar el nivel actual de conocimientos de los profesionales enfermeros del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla sobre las UV y su tratamiento.

SECUNDARIOS:

- Identificar la terapia que utilizan los profesionales enfermeros del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en el tratamiento de las UV, describiendo si esta coincide con el Gold Standard del tratamiento.
- Identificar la posible relación existente entre el nivel de conocimientos de los profesionales, la edad y la experiencia profesional.

4.- METODOLOGÍA

• DISEÑO DEL ESTUDIO:

Se realizará un estudio observacional descriptivo de corte transversal.

• EMPLAZAMIENTO:

El emplazamiento del estudio será el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, hospital de referencia de Cantabria, situado en la ciudad de Santander, y perteneciente al Servicio Cántabro de Salud.

Este hospital está constituido por tres edificios en los cuales se llevará a cabo el estudio: La Residencia Cantabria, el Edificio 2 de Noviembre y Lienres. La recogida de datos tendrá lugar en las unidades de hospitalización en las que la enfermería se enfrenta a diario al cuidado de úlceras de la extremidad inferior. Por ello y tras la revisión de la literatura, se ha decidido incluir a las unidades de hospitalización que se detallan a continuación: nefrología, cardiología, cirugía cardiovascular-cirugía plástica, digestivo, urología-neurocirugía, cirugía general, traumatología-cirugía torácica, hematología, neumología, medicina interna, geriatría, neurocirugía, cuidados intensivos generales y cuidados intensivos cardiológicos.

• DURACIÓN DEL ESTUDIO:

La duración del estudio será de un año tras su inicio. Éste se llevará a cabo en el periodo comprendido desde Septiembre de 2013 a Septiembre de 2014, según el cronograma que se detalla más adelante.

• POBLACIÓN A ESTUDIO:

La población a estudio está constituida por el personal de enfermería que desarrolle su labor en las unidades de hospitalización del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en las que se lleva a cabo el cuidado de úlceras de la extremidad inferior y que previamente han sido seleccionadas.

• MUESTRA:

Al tratarse de un estudio localizado en un único hospital de Cantabria que engloba específicamente al personal de enfermería, la población a estudio es reducida, por lo que se ha decidido seleccionar como muestra a toda la población a estudio, es decir, a todos los profesionales de enfermería que trabajan en las unidades de hospitalización seleccionadas, que cumplan con los criterios de inclusión.

De este modo la muestra estará compuesta por el número total de cuestionarios contestados por dichos profesionales enfermeros. Una vez obtenida ésta, se calcularán los índices de error del estudio y su representabilidad.

• CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Todos los profesionales enfermeros que estén trabajando en las unidades de hospitalización seleccionadas a fecha de 1 Octubre de 2013.

• CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Cualquier otro profesional distinto a los especificados anteriormente, el estudio se centrará exclusivamente en el

personal de enfermería.

- Se excluirán como participantes del estudio a aquellos profesionales enfermeros que trabajen en las unidades asistenciales de obstetricia, ginecología, salud mental y pediatría, debido a la baja o nula prevalencia de UV en estos servicios según la bibliografía consultada. Además la inclusión de este personal en el estudio podría suponer un sesgo, ya que es un personal tan especializado en el tipo de pacientes con el que trabajan y en su patología, que puede provocar que no tengan conocimientos sobre el problema en cuestión.

• SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

Para llevar a cabo la selección de la muestra, previamente al inicio del estudio el equipo investigador se pondrá en contacto con la dirección del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, solicitando un listado en el que aparezcan el número de enfermeras por unidad.

No será necesario realizar ningún tipo de muestreo, dado que será incluida como muestra toda la población a estudio.

• INSTRUMENTO PARA LA RECOGIDA DE DATOS:

La recogida de datos se realizará mediante el cuestionario diseñado 'Conocimientos y aptitudes sobre las UV' (Anexo I). Se trata de un cuestionario estructurado, que consta de 23 preguntas cerradas, con 4 opciones de respuesta, de las que solo una de ellas es válida.

Respecto a la elaboración del cuestionario, esta se ha basado en las recomendaciones de la literatura existente, en el primer estudio de prevalencia de úlceras de pierna en España elaborado por el GNEAUPP y en la CONUEI. Desglosando su contenido, la procedencia de las preguntas es la siguiente:

Preguntas 1-7: Variables sociodemográficas de los participantes, para su selección han sido tomados como referencia estudios similares realizados.

Pregunta 8: Ha sido extraída de la recomendación 2.a 'Sobre la epidemiología de la úlcera de etiología venosa' de la CONUEI, la cual posee un nivel de evidencia <1++> y un grado de recomendación A.

Preguntas 9: Ha sido extraída de la recomendación 2.b 'Sobre la fisiopatología de la úlcera de etiología venosa' de la CONUEI, la cual posee un nivel de evidencia <1+> y un grado de recomendación A.

Preguntas 10 y 11: Han sido extraídas de la recomendación 2.c "Sobre la clasificación de la insuficiencia venosa" de la CONUEI, la cual posee un nivel de evidencia <1++> y un grado de recomendación B.

Pregunta 12 y 13: Han sido extraídas de la recomendación 2.d 'Sobre el diagnóstico clínico de la úlcera de etiología venosa' de la CONUEI, la cual posee un nivel de evidencia <2++> y un grado de recomendación C.

Pregunta 14 y 15: Han sido extraídas de la recomendación 2.e 'Sobre el diagnóstico hemodinámico de la úlcera de etiología venosa' de la CONUEI, la cual posee un nivel de evidencia <la> y un grado de recomendación A.

Pregunta 16: Ha sido extraída de la recomendación 2.f 'Sobre el tratamiento farmacológico de la úlcera de etiología venosa' de la CONUEI, la cual posee un nivel de evidencia

Conocimientos y aptitudes de los profesionales enfermeros respecto a las úlceras de etiología venosa y su tratamiento

<1++> y un grado de recomendación A.

Pregunta 17: Ha sido extraída de la recomendación 2.e 'Sobre el diagnóstico hemodinámico de la úlcera de etiología venosa' de la CONUEI, la cual posee un nivel de evidencia <la> y un grado de recomendación A.

Pregunta 18, 19, 20 y 21, 22 y 23: Han sido extraídas de la recomendación 2.g 'Sobre el tratamiento de la úlcera de etiología venosa: terapéutica de compresión' de la CONUEI, la cual posee un nivel de evidencia <la> y un grado de recomendación A.

Al inicio del cuestionario, se detallan las recomendaciones sobre la forma de cumplimentación del mismo y su posterior entrega, entre las que se encuentran:

- Complimentación del cuestionario de forma individual y durante el turno de trabajo.
- Tiempo de cumplimentación aproximado de 10-15 minutos.
- Depositar el mismo en un buzón habilitado para tal fin.

Por otro lado, se solicitará la participación en el estudio de los enfermeros, para lo cual deberán firmar un consentimiento informado (Anexo II) que irá adjunto al cuestionario.

Respecto a la temática de las preguntas, estas se dividen en cuatro apartados:

Preguntas de 1-7: hacen referencia a datos sociodemográficos personales y profesionales de los participantes (edad, sexo, servicio en el que trabaja, edificio de Valdecilla en el que trabaja, experiencia profesional y formación en el ámbito de las heridas crónicas).

Preguntas de 8-15: hacen referencia a conceptos generales sobre las UV (prevalencia, causas, insuficiencia venosa y clasificación, localización, características más frecuentes y diagnóstico de las UV).

Preguntas de 16-21: interrogan acerca del tratamiento de las UV.

Preguntas de 22-23: interrogan sobre la terapia utilizada por cada enfermero en el tratamiento de las UV.

Por último, referente a la evaluación del cuestionario, ésta se realizará en base a las 16 preguntas relacionadas con los conocimientos de los profesionales enfermeros (preguntas de 8-23), sobre un total de 16 puntos, teniendo cada pregunta un valor de 1 punto. Para la evaluación final del cuestionario, se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- Nivel de conocimientos Bajo: Resultado del cuestionario entre 0-8 puntos.
- Nivel de conocimientos Medio: Resultado del cuestionario entre 9-12 puntos.
- Nivel de conocimientos Alto: Resultado del cuestionario entre 13-16 puntos.

• VARIABLES DE ESTUDIO:

Como se ha detallado en el apartado anterior, el instrumento de medida para recoger las variables a estudio es un cuestionario ad hoc, siendo las variables que se pretenden medir las que se citan a continuación:

- *Variables sociodemográficas:* En el cuestionario las preguntas de 1-7 están relacionadas con los datos personales y pro-

fesionales de los participantes. Las variables recogidas son:

- Edad (años): Variable cuantitativa continua.
- Sexo (mujer/hombre): Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Servicio en el que trabaja (especificar): Variable cualitativa nominal policotómica.
- Edificio de Valdecilla en el que trabaja (Edificio 2 de Noviembre/ Residencia Cantabria/Hospital Santa Cruz de Liencres): Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Experiencia profesional (En años desde la finalización de la carrera): Variable cuantitativa discreta.
- Formación relacionada con las heridas crónicas (Si/No): Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Tipo de formación en el ámbito de las heridas crónicas (Curso online, curso presencial, experto o Máster en Heridas Crónicas): Variable cualitativa nominal policotómica.

• *Conocimiento enfermero sobre las UV:* Nivel de conocimientos generales de los profesionales enfermeros respecto a las úlceras de etiología venosa. (Nivel de conocimientos bajo, medio, alto). Variable cualitativa ordinal policotómica.

Esta variable se medirá mediante las preguntas 8-15 del cuestionario.

• *Conocimiento enfermero sobre el tratamiento de las UV:* Nivel de conocimientos de los profesionales sobre el tratamiento de las úlceras de etiología venosa. (Nivel de conocimientos bajo, medio, alto). Variable cualitativa ordinal policotómica.

Esta variable se medirá mediante las preguntas 16-21 del cuestionario.

• *Terapia utilizada en el tratamiento de las UV:* Tipo de terapia utilizada por los profesionales del centro en el tratamiento de las úlceras venosas. (terapia compresiva multicausa u otras). Variable cualitativa ordinal dicotómica.

Esta variable se medirá mediante las preguntas 22-23 del cuestionario.

• PROCESO DE RECOGIDA DE DATOS:

Previamente a la entrega de los cuestionarios, se realizará un estudio piloto con una muestra de 10 enfermeras que posean las mismas características de la población a estudio a las cuales se les administrará el cuestionario, con el fin de evaluar la idoneidad del plan de obtención de datos y su comprensión. Una vez recogidos y analizados todos los datos del estudio piloto, se realizarán las mejoras necesarias para corregir los obstáculos o dificultades detectadas.

Del mismo modo, previamente a la entrega de los cuestionarios, el equipo investigador realizará una sesión informativa dirigida a todos los supervisores de las distintas unidades involucradas, se les informará del fin de la investigación.

Posteriormente se procederá a la entrega de los mismos en las distintas unidades.

También se les entregará un documento en el que se especificarán las normas de cumplimentación del cuestionario explicando pregunta por pregunta, así como el teléfono de contacto del investigador principal, de modo que los encuestados puedan visualizar dicho documento y contactar con el equipo

investigador en cualquier momento si fuese preciso. Con el fin de evitar sesgos y posibles consultas de las preguntas en diferentes medios (internet, libros, manuales...) por parte de los participantes, los cuestionarios deberán ser cumplimentados en el turno de trabajo en el momento que las cargas asistenciales así lo permitan, y ser depositados en un buzón habilitado para tal fin en cada unidad, acordándose la recogida de los mismos en un mes tras su entrega, para su posterior análisis por parte del equipo investigador.

• LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

- Entrega de las encuestas de manera incompleta, en este caso las encuestas serán invalidadas.
- Al tratarse de un estudio localizado en un solo hospital de la región (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla), la relación obtenida entre las variables estudiadas debe de ser tomada con cautela.
- El estudio valorará la práctica clínica mediante el uso de cuestionarios, por lo que los datos obtenidos son de práctica declarada en lugar de observada, pudiendo existir diferencias con la realidad asistencial.

• ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

El análisis de los datos será de carácter cuantitativo, realizándose un análisis descriptivo de cada una de las variables a estudio. Para las variables cualitativas se utilizarán frecuencias y porcentajes, y para las variables cuantitativas se utilizarán medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar) de acuerdo con el tipo de variable estudiada.

Para estudiar la relación entre variables cualitativas se usará la prueba Chi² y para variables cuantitativas y cualitativas se usará la prueba T-Student y ANOVA.

Se empleará también dentro de la estadística inferencial el coeficiente de correlación de Pearson para analizar la relación entre las variables de conocimiento sobre las úlceras venosas y su tratamiento, con la edad y los años de experiencia profesional.

Los datos obtenidos serán codificados y analizados con el paquete estadístico SPSS versión 11.0 para Windows. Se aceptará significación estadística cuando $p < 0,05$ con un Intervalo de confianza (IC) del 95%.

Por otro lado, se realizarán tablas de frecuencia y diagramas de barras para la mejor comprensión de los resultados.

5.– ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Para la realización del estudio se solicitará permiso a la Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, y se solicitará la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética de Investigación Clínica de Cantabria (Anexo III).

El tratamiento de los datos será confidencial y de forma que quede garantizado el cumplimiento de la ley orgánica 15/99 de protección de datos.

Del mismo modo, se explicará a los participantes, el carácter anónimo y voluntario de los cuestionarios, siendo necesaria la firma del consentimiento informado que irá adjunto. Los participantes tendrán la libertad de abandonar el estudio en cual-

quier momento, sin representar esto ningún perjuicio para los mismos.

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

Los artículos revisados y la práctica diaria como profesionales de enfermería demuestran que las úlceras venosas tienen grandes repercusiones tanto para las personas que las padecen como para sus familiares.

A todo esto se le debe de añadir su significativa prevalencia. Como hemos comentado con anterioridad, de todas las úlceras de la extremidad inferior las UV son las más frecuentes, representando entre 75-80% del total de las mismas⁷.

Suponen grandes costes sanitarios tanto en material de curas, por sus complicaciones y cronicidad, así como también en tiempo enfermero para la realización de los cuidados.

Por otro lado, también suponen grandes costes sociales debido sobre todo al absentismo laboral de la persona afectada.

Todos estos aspectos que catalogan a las úlceras venosas como un problema de salud, son motivos suficientes para llevar a cabo el estudio planteado, determinando así el nivel actual de conocimientos de los profesionales enfermeros sobre las úlceras venosas y su tratamiento, y si no fueran los correctos, comenzar a instaurar medidas formativas, de las que tanto los profesionales como los pacientes serán beneficiados.

La formación continua es una actitud y una estrategia que permite dar una respuesta profesional y de calidad a las diferentes situaciones de la práctica.

7.– PLAN DE TRABAJO

El plan de trabajo se organiza en cuatro fases, las cuales se especifican detalladamente en el cronograma (Tabla 1):

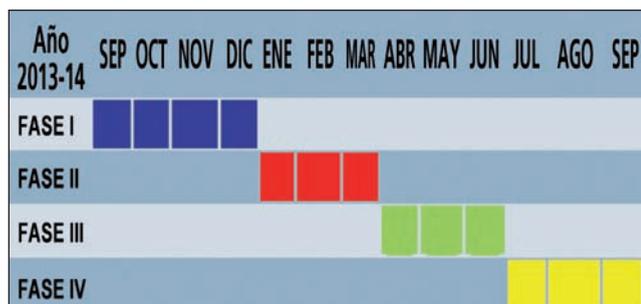
- *Fase I:* Presentación del presente proyecto a la Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Tras su aceptación, se solicitará a la Dirección un listado con el número de enfermos por unidad. En esta fase, se llevará también a cabo la prueba piloto con 10 enfermeros, para comprobar la idoneidad del método de recogida de datos y su comprensión, realizando las modificaciones oportunas del mismo si proceden.

Posteriormente, el equipo investigador se pondrá en contacto con los supervisores de cada unidad, explicándoles los objetivos del estudio y su papel en el mismo, y se procederá a la entrega de los cuestionarios, pactándose su recogida en el mes posterior al que fueron entregados. Una vez pasado el mes, el equipo investigador procederá a la recogida definitiva de los cuestionarios. Esta fase se desarrollará durante los meses de Septiembre de 2013 a Diciembre de 2013.

- *Fase II:* Introducción de los datos obtenidos en las bases de datos. Se realizará el proceso estadístico propiamente dicho, tabulación y análisis de los resultados. Esta etapa se llevará a cabo entre los meses de Enero a Marzo de 2014.

Conocimientos y aptitudes de los profesionales enfermeros respecto a las úlceras de etiología venosa y su tratamiento

- *Fase III:* Evaluación de los resultados y conclusiones obtenidas en el estudio. Esta fase se desarrollará de Abril a Junio de 2014.
- *Fase IV:* Redacción de un informe final y divulgación del mismo a través de trípticos por las unidades participantes en el estudio, para la propuesta de medidas preventivas si procede. Del mismo modo el equipo investigador divulgará los resultados a través de revistas, comunicaciones en reuniones científicas en formato oral o póster, jornadas y congresos que considere oportunos. Esta fase se desarrollará en los meses de Julio a Septiembre de 2014.



8.- EXPERIENCIA EQUIPO INVESTIGADOR

El equipo investigador del presente proyecto está integrado por dos Graduadas en Enfermería, Expertas y Máster en el Cuidado e Investigación en heridas crónicas por la Universidad de Cantabria.

En lo referente a la formación y experiencia en el campo de la investigación:

- Máster en Gestión e Investigación en el Cuidado de Heridas Crónicas. Universidad de Cantabria. 2012
- Curso de iniciación a la investigación en enfermería. Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria. 2011.
- Publicación del Proyecto de investigación "Análisis del balance hídrico en enfermos con hepatopatías y restricción hídrica". Nuberos Científica 2011; 1(4): 34-40.
- Publicación del artículo: "Consentimiento informado y práctica profesional". Nuber Cientif. 2012; 1(7): 15-21.
- Publicación del artículo: "Manejo del paciente con úlcera de etiología venosa en miembros inferiores". Nuber Cientif. 2013; 2(9):12-20.

9.- MEDIOS Y RECURSOS DISPONIBLES PARA REALIZAR EL PROYECTO

Para la realización del proyecto de investigación se dispone en la Institución donde trabaja el equipo investigador de equipamiento informático (ordenador de sobre mesa con conexión a internet) así como del programa estadístico para el almacenamiento y análisis de los datos SPSS versión 11.0 para Windows. Por último, también se cuenta con los recursos documentales de la Biblioteca del Hospital "Marquesa de Pelayo".

El presupuesto solicitado y su justificación se detallan a continuación:

CONCEPTOS	PRESUPUESTO SOLICITADO
Equipamiento inventariable: <ul style="list-style-type: none"> - Ordenador portátil - Impresora - USB 	<ul style="list-style-type: none"> - PC portátil para recogida de datos en los lugares donde se haga el estudio (500 €). - Impresora: para imprimir los cuestionarios diseñados. (100 €). - USB 8 GB para almacenaje del proyecto durante su elaboración, por si existiese algún fallo en el equipo informático (10 €). <p>PRECIO: 610 euros.</p>
Material Fungible: <p>Material ofimático:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Folios - Tinta Impresora - CDs regrabables 	<ul style="list-style-type: none"> - Folios para la impresión de encuestas y trípticos. 4 paquetes de 500 unidades. (20 €). - Tinta impresora (120 €) - CDs regrabables. Para guardar el proyecto (10 €). <p>PRECIO: 150 euros.</p>
Material Bibliográfico: <p>Libros, revistas y artículos</p>	<p>Recuperación de libros, revistas y artículos seleccionados en las bases de datos bibliográficas, que no esté disponible a través de la biblioteca del centro. El gasto se genera por las tarifas existentes por el servicio de acceso al documento.</p> <p>PRECIO: Según tarifas actuales.</p>
Viajes y Dietas: <p>Viaje a Sevilla al X Simposio Nacional de Úlceras y heridas crónicas.</p>	<p>X Simposio Nacional 'Úlceras por Presión y Heridas Crónicas'. 2013. Pendiente fecha y lugar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inscripción: 460 €. - Vuelo ida y vuelta: 260 €. - Estancia: 140 €. - Dietas: 80 €. <p>PRECIO: 940 euros.</p>
Formación y difusión de resultados: <p>- Elaboración de Trípticos</p>	<p>El referente a la elaboración de los trípticos que se entregarán a los profesionales enfermeros con las conclusiones obtenidas en el estudio y con las recomendaciones para mejorar el tratamiento si fuese necesario.</p> <p>300 trípticos/0.80 euros unidad.</p> <p>PRECIO: 240 Euros</p>
Contratación servicios externos y arrendamiento equipamiento de inversión:	<p>Asesoría técnica para traducción del informe final, para la revisión en inglés de alto nivel con objeto de la publicación del resultado de la investigación en una revista de máxima difusión Internacional. 25 h/40 €/h. (1.000 €).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personal de apoyo estadístico 30 h. x 30 €/h. (900 €). <p>PRECIO: 1.900 Euros</p>
TOTAL	3.840 Euros

ANEXO I

CONOCIMIENTOS Y APTITUDES SOBRE LAS UV Y SU TRATAMIENTO

Antes de contestar el cuestionario, lea atentamente las preguntas, reflexione las respuestas que se le ofrecen e identifique las opciones que más se aproximen a sus preferencias. Recuerde que el cuestionario es voluntario y totalmente anónimo.

Se trata de 23 preguntas con una única respuesta válida que deberá marcar con una X. Como instrucciones de cumplimentación, deberá responder de manera individual, durante el turno de trabajo, en un tiempo aproximado de 10-15 minutos y una vez cumplimentado deberá entregarlo al supervisor/a de su unidad.

Gracias por su colaboración.

Datos profesionales

1. Sexo: 0 Hombre 0Mujer
2. Edad (Especifique su edad en años):
3. Especifique el servicio de HUMV en el que trabaja:
4. Seleccione el edificio en el que trabaja:
 - Edificio 2 Noviembre
 - Residencia Cantabria
 - Hospital Santa Cruz Liencres
5. Especifique cuál es su experiencia profesional en años desde que finalizó la carrera de enfermería:
 - Menos de un año
 - De 1 a 5 años
 - De 6 a 10 años
 - De 11 a 15 años
 - Más de 15 años
5. ¿Ha recibido algún tipo de formación relacionada con las heridas crónicas?
 - Sí No
7. Si ha respondido que sí en la pregunta anterior. ¿Qué tipo de formación ha recibido?
 - Curso online
 - Curso presencial
 - Experto Universitario
 - Máster Universitario

Preguntas generales relacionadas con las úlceras venosas

A continuación se exponen una serie de preguntas relacionadas con las úlceras de etiología venosa. Por favor, no marque las respuestas al azar, en caso de desconocer la respuesta marque la opción 0 No sabe/No contesta.

8. ¿Sabe cuáles son las úlceras de la extremidad inferior más frecuentes?
 - Úlceras arteriales.
 - Úlceras etiología venosa.
 - Úlceras neuropáticas.
 - No sabe/No contesta.
9. ¿Cuál es la principal causa de las úlceras de etiología venosa?
 - Los Traumatismos.
 - La hipertensión venosa.
 - Causas desconocidas.
 - No sabe/No contesta.

10. ¿Qué es la insuficiencia venosa crónica (IVC)?
 - Estado en el que el retorno venoso se haya dificultado, especialmente en bipedestación y en el que la sangre venosa fluye en sentido opuesto a la normalidad.
 - Alteración funcional del sistema venoso secundaria a una incompetencia valvular.
 - Ambas respuestas son correctas.
 - No sabe/No contesta.
11. ¿Cuál es el principal sistema de clasificación de la insuficiencia venosa crónica (IVC)?
 - Clasificación de la Fontaine.
 - Clasificación de Wagner.
 - Clasificación CEAP.
 - No sabe/No contesta.
12. ¿Cuál es la localización más frecuente de las úlceras de etiología venosa?
 - Área de polaina o región lateral interna del tercio inferior de la pierna.
 - Sobre prominencias óseas, cabezas de metatarsianos o dedos.
 - Sobre zonas de roce o apoyo metatarsal u otras prominencias óseas como juanetes.
 - No sabe/No contesta.
13. ¿Cuáles son las principales características de la úlcera de etiología venosa?
 - Sensibilidad intacta, superficiales, bordes irregulares y excavados, fondo granulomatoso, sangrantes, pulsos presentes, exudado abundante, poco dolorosas.
 - Sensibilidad intacta, profundas, bordes planos, fondo atrófico, no suelen sangrar, pulsos ausentes, exudado escaso, dolor importante.
 - Sensibilidad afectada, lecho con tejido de granulación, piel perilesional hiperqueratósica, pulsos presentes, no dolorosas.
 - No sabe/No contesta.
14. El diagnóstico de la úlcera de etiología venosa se realiza en base a:
 - Criterios clínicos: Localización, morfología, bordes, presencia o no de pulsos, dolor.
 - Criterios clínicos que deben confirmarse con estudios hemodinámicos.
 - Estudios angiográficos únicamente.
 - No sabe/No contesta.
15. Además de los signos y síntomas, ¿Con que valor del Índice Tobillo brazo (ITB) estableceremos el diagnóstico de úlcera venosa?
 - Con un valor del ITB >0.75
 - Entre 0,5-0,75.
 - Menor a 0,5.
 - No sabe/No contesta.

ANEXO I (continuación)

CONOCIMIENTOS Y APTITUDES SOBRE LAS UV Y SU TRATAMIENTO

Preguntas relacionadas con el tratamiento de las úlceras venosas:

16. Indique cuál es el tratamiento farmacológico más efectivo en la cicatrización de la úlcera de etiología venosa.

- Prostaglandina E1 (PGE1) Intravenosa en dosis de 40 nanog/12 h, cada 15-21 días.
- Pentoxifilina oral 600 mg/24 h y fracción flavonoica purificada y micronizada de la diosmina (MPFF) en dosis de 1000 mg/24 h.
- Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.
- No sabe/No contesta.

17. Imagine que en la planta en la que trabaja se dirige a curar por primera vez a un paciente que presenta una úlcera en la extremidad inferior izquierda. La lesión presenta características clínicas similares a las de una úlcera de etiología venosa, pero los pulsos están ausentes. ¿Qué haría en dicha situación?

- Curaría la úlcera mediante una cura en ambiente húmedo y realizaría un vendaje compresivo ya que se trata de una úlcera de etiología venosa.
- Previamente a la cura realizaría un índice tobillo-brazo, para descartar que la úlcera tenga un componente arterial.
- Sería necesario realizarle una plestiosmografía.
- No sabe/No contesta.

18. ¿Considera que la aplicación de vendas o medias de compresión ayuda a la cicatrización de las úlceras venosas?

- No, ya que la compresión empeora el proceso de cicatrización
- Si, ya que mejoran el retorno venoso, favoreciendo el proceso de cicatrización.
- El vendaje compresivo mejora el proceso de cicatrización, pero no las medias de compresión.
- No sabe/No contesta.

19. Ante una lesión, antes de considerar un tratamiento compresivo, deberemos de realizar una prueba con el Doppler portátil para determinar si existe una alteración arterial que contraindique dicha terapia.

- Verdadero
- Falso
- Falso, ya que el vendaje compresivo se puede aplicar ante alteraciones arteriales.
- No sabe/No contesta.

20. Imagine que el paciente al que está curando una úlcera en la extremidad inferior tiene un índice tobillo-brazo de 0,5 ¿Podré aplicarle un vendaje compresivo como terapia?

- Si siempre se puede aplicar un vendaje compresivo.
- No, ya que el valor es bajo, lo que nos indica isquemia.
- Si, ya que con ese valor del índice tobillo-brazo nos indica que se trata de una úlcera venosa.
- No sabe/No contesta.

21. ¿Qué sistema de compresión es el más efectivo en el tratamiento de las úlceras de etiología venosa?

- Vendaje de algodón más venda elástica o de crepé.
- Vendaje elástico multicapa.
- Vendaje elástico adhesivo.
- No sabe/No contesta.

Pregunta para determinar la terapia aplicada en las úlceras venosas:

22. ¿Qué tratamiento aplicaría Ud. una vez confirmado el diagnóstico de úlcera de etiología venosa?

- Tratamiento local mediante cura en ambiente húmedo. (CAH)
- Cura seca junto a vendaje compresivo
- Tratamiento local con cura en ambiente húmedo junto con terapia compresiva.
- No sabe/No contesta.

23. Respecto a la terapia compresiva utilizada, ¿Qué sistema de compresión utilizaría?

- Vendaje multicapa
- Venda de algodón más venda crepé.
- Venda crepé.
- No sabe/No contesta.

ANEXO II HOJA DE INFORMACIÓN AL ENFERMERO PARTICIPANTE

TÍTULO DEL ESTUDIO: "Conocimientos y aptitudes de los profesionales enfermeros respecto a las úlceras de etiología venosa y su tratamiento".

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Raquel Pardo Vitorero.

CENTRO: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

INTRODUCCIÓN: Le invitamos a participar en un estudio de investigación. Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica correspondiente y respeta la normativa actualmente vigente.

Nuestra intención es proporcionarle información adecuada y suficiente para que pueda evaluar si quiere o no participar en el estudio. Tras leer esta hoja informativa puede preguntar cualquier duda que le surja y contactar con el investigador principal del estudio.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:

Su participación en el estudio es totalmente libre y voluntaria, la información obtenida a través del mismo, será mantenida bajo estricta confidencialidad, no usándose para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Usted tiene el derecho a retirarse de la investigación en cualquier momento, sin que esto le suponga ningún perjuicio.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

Objetivos:

Principal: Determinar el nivel actual de conocimientos de los profesionales enfermeros del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla sobre las UV y su tratamiento.

Secundarios:

- Identificar la terapia que utilizan los profesionales enfermeros del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en el tratamiento de las UV, describiendo si esta coincide con el Gold Standard del tratamiento.
- Identificar la posible relación existente entre el nivel de conocimientos de los profesionales, la edad y la experiencia profesional.

Metodología:

Su participación en el estudio implica responder a un sencillo cuestionario de 23 preguntas cerradas acerca de las úlceras venosas y su tratamiento, que le será entregado por el supervisor/a de su unidad. La duración estimada de su cumplimentación es de 10-15 minutos, la cual deberá realizarse durante el turno de trabajo. Una vez cumplimentado deberá depositarlo en un buzón disponible en la unidad para tal fin.

Beneficios y riesgos:

El estudio no conlleva ninguna consecuencia para usted, ya que la encuesta es anónima y como beneficio ayudará a diagnosticar cual es el nivel actual de conocimientos de las enfermeras del Hospital Valdecilla sobre el tema en cuestión, lo que permitirá establecer posteriormente estrategias sobre las áreas de mayor desconocimiento y establecer medidas correctoras si procede.

Divulgación de los resultados:

Una vez finalizado el estudio, los resultados grupales serán divulgados mediante trípticos por todas las unidades asistenciales participantes, destacando los principales resultados así como las recomendaciones sobre el tratamiento de las úlceras venosas si fuese preciso.

Gracias por su colaboración. Atentamente el equipo investigador.

He leído el procedimiento descrito arriba. Se me ha explicado el estudio y se han contestado a mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de Raquel Pardo Vitorero para *determinar el nivel actual de conocimientos de los profesionales enfermeros sobre las úlceras venosas y su tratamiento.*

He recibido copia de este procedimiento.

Nombre y apellidos. Firma:

ANEXO III CARTA DE PRESENTACIÓN DEL PROYECTO AL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE CANTABRIA

Raquel Pardo Vitorero cómo investigadora principal expone que:

Se interesa por llevar a cabo el trabajo de investigación "Conocimientos y aptitudes de los profesionales enfermeros respecto a las UV y su tratamiento" en el Hospital Marqués de Valdecilla (se adjunta proyecto completo).

Solicita: autorización al Comité de Ética de Investigación Clínica de Cantabria para realizar dicho estudio.

Atentamente,

El equipo investigador

En Santander ade.....de 2013



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica



FOTO: SIMÓN GONZÁLEZ MUÑOZ

La experiencia vivida de las personas que padecen diabetes: un estudio fenomenológico

Autores:

Patricia López Calderón^(*)

Diplomada en Enfermería. Licenciada en Antropología Social y Cultural. Cantabria

José Ignacio Lavín Cárcoba

Diplomado en Enfermería. Licenciado en Antropología Social y Cultural. Centro de Salud de Medio Cudeyo. Cantabria

Carlos Hernández Jiménez

Graduado en Enfermería. Licenciado en Psicología. Centro de Salud de Meruelo. Cantabria

Mercedes Carrera Escobedo

Diplomada en Enfermería. Centro de Salud de Medio Cudeyo. Cantabria

^(*)Dirección para correspondencia:
patrilopezcalderon@hotmail.com

Recibido: Mayo 2013

Aceptado: Septiembre 2013

RESUMEN

La perspectiva biomédica centra el abordaje de la diabetes tipo II en reducir los niveles de glucosa en sangre mediante tratamiento farmacológico y cambios en el estilo de vida. Sin embargo, la práctica diaria en el programa de enfermería del Paciente Crónico en Atención Primaria muestra la dificultad del seguimiento de las recomendaciones por parte de los usuarios, así como los obstáculos que se producen en la relación terapéutica como consecuencia de las distintas visiones de la enfermedad.

Investigaciones previas concluyen que el significado otorgado a la enfermedad por parte del paciente influye en su salud y en la adecuada adherencia al tratamiento. Por ello se plantea un estudio cualitativo fenomenológico que explore la experiencia vivida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II para comprender el impacto que tiene la enfermedad en su mundo cotidiano, y así mejorar la comunicación en la relación terapéutica.

A través de entrevistas en profundidad y grupo focales se pretende captar la experiencia compleja, dinámica y multidimensional de la enfermedad y, así, ayudar a proporcionar un cuidado holístico.

Palabras clave:

- Fenomenología.
- Enfermería.
- Experiencia.
- Significado.
- Diabetes Mellitus tipo 2.

ABSTRACT

The biomedical perspective focuses the approach of type 2 diabetes mellitus on reducing glucose levels using lifestyle changes and pharmacological treatment. However, the program of daily nursing practice of the chronic patient in primary care shows the troubles of following recommendations as well as the hurdles which are created in the therapeutic relationship due to the different points of view of patients and nurses regarding the disease.

Previous research concludes that the meaning which patient gives to the disease influences his/her perception of health and the proper adherence to treatment. Therefore a phenomenological qualitative research is proposed to explore the experiences of the patients with type 2 diabetes mellitus in order to understand the impact that the disease has on his/her usual life and to improve the communication in the therapeutic relationship.

Using in-depth individual and group interviews it is expected to capture the multidimensional and complex experience of the disease, and, in this way, to help to provide a holistic care

Keywords:

- Phenomenology.
- Nursing.
- Experience.
- Meaning.
- Diabetes Mellitus type 2.

1.- INTRODUCCIÓN. ANTECEDENTES, ESTADO ACTUAL DEL TEMA Y MARCO CONCEPTUAL. INTERÉS CIENTÍFICO E IMPLICACIONES DEL ESTUDIO

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica que se manifiesta por niveles de glucosa en sangre aumentados. Aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. Se identifican dos tipos: la diabetes tipo I y la diabetes tipo II. El primer tipo, también denominado insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia, se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. La DM tipo II, también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta, se caracteriza por un déficit de secreción de insulina y por una resistencia a la acción de la hormona en los tejidos periféricos. Este último tipo representa el 90 % de los casos mundiales y se relaciona con estilo de vida sedentario¹.

La diabetes tipo II supone un importante problema de salud pública debido a su alta prevalencia y al coste social y sanitario. En el mundo 347 millones de personas padecen diabetes

y se prevé que en 2030 se convierta en la séptima causa mundial de muerte. En España, la prevalencia de la DM tipo II está en torno al 6.5 % en la población entre 30 y 65 años².

La Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud³ plantea mejorar el abordaje integral de la DM pero, paradójicamente, sólo presta atención a la enfermedad como una disfunción biológica considerando secundarios el contexto social e histórico de la enfermedad, así como la experiencia de los afectados.

Para que las personas diabéticas modifiquen sus hábitos y adquieran estilos de vida más saludables, es fundamental un abordaje holístico y la construcción de una relación bidireccional y simétrica entre profesionales y pacientes. Los modelos de educación para la salud deben partir de la comprensión de los significados y prácticas de las realidades locales para lograr la participación y corresponsabilización del individuo en los mismos⁴. Así pues, nos parece insuficiente el planteamiento biológico, y consideramos que se incrementaría la eficacia y eficiencia del abordaje de la DM desde una visión de la enfermedad como fenómeno sociocultural.

A partir de una amplia revisión bibliográfica en las principales bases de datos (PubMed, IME, JSTOR, Dialnet, Academic

Search Premier, ISOC Humanidades y Ciencias Sociales) hemos construido una estrategia coherente para afrontar el fenómeno de la DM desde una perspectiva subjetiva (fenomenológica). El grueso de la revisión se ha centrado en la búsqueda de estudios de corte cualitativo, es decir, aquellos que contemplasen una visión de la enfermedad en consonancia con el objetivo perseguido de la investigación.

En España son escasas las aproximaciones cualitativas a la DM. No obstante, cabe destacar la investigación de Ruiz Moral que confronta las distintas visiones que tienen los pacientes diabéticos y los profesionales que los atienden. Por un lado, se encontró que ambos grupos demandaban una atención más humana e integral, información adaptada a los enfermos y una continuidad en los cuidados. Por otro, se infiere que la incapacidad de los médicos para captar los verdaderos intereses de los enfermos provoca falta de control e ineficacia en el tratamiento de la enfermedad crónica y, como consecuencia, sentimientos de frustración en los profesionales.⁵

En este mismo sentido, Bolaños destaca la importancia de la relación humana con el profesional, de la atención centrada en el paciente, y de que éste tenga un papel activo y participativo en su cuidado.⁶

Por el contrario, en el contexto internacional abundan las investigaciones fenomenológicas sobre la DM. Campbell et al. realizaron una revisión sistemática de estudios cualitativos sobre la experiencia de los pacientes diabéticos y su cuidado. Concluyeron que existían seis conceptos clave para lograr un autocuidado eficaz en las personas diabéticas: el tiempo y la experiencia para controlar el propio cuerpo, la confianza en las propias intervenciones, los conocimientos sobre la enfermedad, la percepción de la gravedad, el apoyo efectivo de los profesionales y una aproximación menos sumisa hacia estos. Además, incidían en la relevancia de la categoría "control" ya que los diabéticos perciben que deben controlar la enfermedad si no quieren que la enfermedad les controle a ellos.^{7,8}

El padecimiento de enfermedades crónicas como la DM implica un proceso de integración de la enfermedad en la vida cotidiana y supone unos cambios inesperados e indeseables. Significa abandonar antiguos hábitos e iniciar nuevas rutinas en la vida diaria, lo cual recuerda constantemente el impacto de la enfermedad. Mantener en el tiempo esas modificaciones de estilos de vida implica una lucha difícil y permanente que interfiere en la identidad de la persona.^{9,10,11}

Para ello, tienen que aprender a vivir con DM, es decir, identificar las respuestas del cuerpo, aceptar la enfermedad y desarrollar estrategias para integrar la enfermedad en la vida cotidiana⁹ (luchar con la dieta, solventar situaciones incómodas en reuniones sociales, realizar ejercicio, etc.). Por tanto, los pacientes son sujetos activos que utilizan estrategias para organizar y responder a su enfermedad.^{12,13,14,15}

Padecer DM es una experiencia transformadora, una forma especial de transición desde un modo de ser a otro que sea más adecuado para vivir con la enfermedad crónica. Este proceso de transformación no es siempre vivido como una carga sino que puede ser percibido como un 'regalo', es decir, una oportunidad para crecer y aprender¹⁶.

Esta evolución conlleva una reestructuración de la identidad y de la relación con el cuerpo. El nuevo 'yo' diferencia el

cuerpo y la enfermedad. Esto permite objetivizar el cuerpo para manejarlo más fácilmente y asumir que la diabetes no conforma la totalidad de su identidad, que sólo es una pequeña parte de sus vidas.¹⁶

En todo el proceso, se sucede una montaña rusa de emociones que caracteriza la experiencia de vivir con una enfermedad crónica: frustración cuando no pueden realizar las actividades que hacían en el pasado, culpa porque su entorno familiar les tiene que cuidar, enfado, miedo a la dependencia o a la falta de control, depresión, resignación, desesperanza.^{11,17}

Además, el significado de la enfermedad se ve influenciado por el entorno social más cercano de la persona con DM. Los pacientes describen el significado de la diabetes en un sentido relacional, es decir, la diabetes en relación con todo lo demás de su vida^{18,19} por ejemplo, la vivencia de los familiares o personas cercanas al sujeto que padece diabetes.

Por otra parte, la DM es una enfermedad considerada 'invisible' puesto que existe pero no se ve corporalmente. A pesar de que es reconocida por los sanitarios y la sociedad, es deslegitimada en cuanto a su experiencia. Esto compromete la identidad individual y social y causa estigma, rechazo social y desatención en los cuidados.²⁰

Algunos autores emplean los "modelos explicativos" de Kleinman para acercarse a los marcos organizativos que imponen una estructura sobre el continuum de la experiencia de la enfermedad y que son significativos en un determinado contexto socio-cultural. Comprender los modelos explicativos es fundamental para dirigir los programas de educación en la DM. Mientras que los pacientes enfatizan los problemas en la esfera social, los profesionales se centran en los aspectos fisiológicos y el impacto en los cuerpos.^{6,13,21,22} La incomprensión de los modelos explicativos que los pacientes utilizan para exponer el origen de la diabetes (disgusto, depresión)^{23,24}, sus consecuencias, los síntomas, así como los conocimientos sobre cómo controlar la enfermedad, pueden provocar problemas en la comunicación y la construcción de la relación terapéutica.

Otros investigadores han advertido que los sujetos utilizan la diabetes como lenguaje de aflicción, es decir, como herramienta para expresar el sufrimiento con respecto a sus universos sociales. Las narrativas en torno a la enfermedad permiten construir identidades coherentes, negociar discontinuidades en sus vidas provocadas por una enfermedad crónica y funcionan como estrategia de empoderamiento en el contexto social.²⁴

Schoenberg explica que la adherencia al tratamiento depende de las experiencias de vida, los conocimientos acumulados así como de las circunstancias sociales, económicas y de salud. Así pues, las narrativas sobre el padecimiento, las causas y los momentos significativos de su vida, posibilitan acercarse a los motivos de falta de adherencia.²⁵

Ante la escasez en España de estudios fenomenológicos sobre la experiencia de vivir con DM, nos parece imprescindible iniciar una línea de investigación al respecto. En concreto, el estudio que planteamos es de corte cualitativo fenomenológico. La fenomenología permite la descripción de la experiencia, el espacio, el tiempo y el mundo tal y como las personas los vivencian.²⁶ Se trata, en palabras de Husserl, de una vuelta "a las cosas mismas", un enfoque crítico de la concepción de la

ciencia sobre el sujeto, su mundo social y su búsqueda de objetividad y causalidad.²⁷

En relación al marco teórico, la investigación se apoya en tres pilares teórico metodológicos principales: el mundo vital de Husserl, la corporalidad de Merleau-Ponty y el mundo cotidiano de Schütz.

1. Mundo vital o 'lebenswelt' (Husserl).

Se refiere al mundo de las experiencias vividas, intersubjetivas e inmediatas. Este mundo vital no sólo se compone de formas de experiencias sino que es un mundo sociocultural, que se construye entre todos y que comporta objetivos, formas simbólicas y prácticas sociales.²⁸ Además se da por supuesto y no se cuestiona.

Svaneus ilumina el análisis de la salud con la metáfora "estar en el mundo como en casa". La salud también es una manera de 'estar en el mundo' y la enfermedad representa una ruptura fundamental de experimentarla. Implica una falta de ritmo, de equilibrio y de sintonía con el mundo, que lleva a "no sentirse como en casa".²⁸

2. Cuerpo (Merleau-Ponty).

Merleau-Ponty diferencia entre el 'cuerpo objetivo', cosificado y utilizado por la ciencia, y el 'cuerpo fenomenológico', es decir, el 'propio cuerpo', que percibo constantemente, a diferencia de las cosas a las que puedo desatender en un momento dado.²⁹ El cuerpo no es un simple objeto dentro del mundo. Es a la vez objeto y sujeto en la medida que permite la comunicación entre nosotros y el mundo, entre nosotros y los otros.³⁰ El cuerpo es una herramienta para la experiencia y para entender el mundo y a uno mismo.¹⁰

3. Mundo cotidiano (Schütz).

Schütz toma el concepto husserliano de mundo vital y lo reformula como mundo cotidiano. Según este filósofo, tenemos consciencia de que existen diversos objetos que pertenecen a diferentes esferas de realidad como el mundo de los sueños, del pensamiento teórico, del juego, etc. En este mundo conformado por múltiples realidades, una de ellas emerge como la más 'real' de todas: la realidad del mundo cotidiano. Esta se impone por sí misma como un estado natural, cercano, inmediato, que no requiere verificaciones.

La vida cotidiana se organiza principalmente alrededor de proyectos personales y rutinas. Si la continuidad de esas rutinas se ve afectada por un problema, la realidad de la vida cotidiana se esfuerza por integrar el sector problemático dentro de lo que no es problemático.³¹

Se trata de un mundo intersubjetivo que compartimos, vivimos y experimentamos con los que nos rodean. Sabemos que la perspectiva de los otros no es idéntica a la nuestra pero que existe cierta correspondencia entre mis significados y los de los demás, dando lugar al sentido común presente en las rutinas de la vida diaria

La vida cotidiana es continua y limitada, y organiza toda la existencia de la persona. Es intersubjetiva, lo que permite que nos sintamos 'en sintonía' con los demás. Sin embargo, también es coercitiva ya que la biología y la sociedad imponen un ritmo rígido al tiempo del mundo interior y de los proyectos de vida.

Ahora bien, esta realidad ordenada y coherente se puede ver alterada por la aparición de un problema de salud. Good afirma que una enfermedad crónica puede deconstruir el mundo cotidiano de la persona²⁸. Una subversión de la cotidianidad que se ve reflejada en varios aspectos:

- En la relación del 'yo' y del cuerpo. En el mundo cotidiano esta dicotomía se presenta como una unidad indivisible. El cuerpo es el agente de nuestras acciones, a través del que conocemos, comprendemos y actuamos en el mundo. Sin embargo, la enfermedad puede provocar que el cuerpo se convierta en un objeto alienado con respecto al 'yo' que lo experimenta e, incluso, se perciba como un enemigo. El cuerpo adquiere una especial relevancia y visibilidad, se hace consciente en toda actividad rutinaria y amenaza con deshacer la vida cotidiana.
- En la intersubjetividad propia del mundo cotidiano. Las personas con padecimientos crónicos experimentan su mundo como si fuera una esfera que los demás no pueden comprender. Miran el tiempo de manera distinta, con impaciencia y vulnerabilidad; parece que la estructura temporal haya perdido su capacidad organizadora. En palabras de Merleau-Ponty, "la enfermedad somete al hombre a los ritmos vitales de su cuerpo".
- Se sienten excluidos de las actividades sociales y laborales cotidianas, del mundo de la productividad y la eficiencia. No pueden dedicar la atención total característica del mundo cotidiano ya que el dolor y la enfermedad cansan y distraen. A veces, perciben que las actividades médicas modelan sus vidas y les abstraen de sus relaciones sociales y proyectos vitales. El mundo médico se convierte en su realidad principal en detrimento de su mundo social.³³

En los últimos años, el conocimiento enfermero se está viendo enriquecido por investigaciones de corte cualitativo, sobre todo, por estudios fenomenológicos que buscan las experiencias vividas, significaciones y representaciones sociales desde el punto de vista del sujeto. Estos análisis están abriendo nuevas vías para la mejora de los procesos de cuidados en enfermería en una profesión que fundamenta su actividad en la capacidad por parte de los profesionales de conocer, identificar y tomar decisiones ante las necesidades surgidas alrededor del individuo como respuesta al proceso de salud-enfermedad-atención.³⁴

La integración de una enfermedad crónica en la vida cotidiana supone una experiencia compleja, dinámica y multidimensional y, por tanto, precisa una aproximación holística por parte de la enfermería. Una enfermedad crónica supone mucho más que una adaptación psicológica, ya que repercute en otras esferas como la social, cultural o espiritual. La comprensión de la experiencia vivida puede facilitar los cambios en los estilos de vida y ayudar a afrontar las situaciones que se les presenta en la vida diaria.³²

2.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Organización Mundial de la Salud [sede web]. OMS; septiembre 2012 [acceso 10 de abril de 2012]. Centro de Prensa Diabetes.

Nota descriptiva no 312; [aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>.

- 2.- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. [Monografía en Internet]. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA No 2006/08. [acceso 10 de abril de 2013] Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_429_Diabetes_2_Osteba_compl.pdf.
- 3.- Artola S. Estrategia en diabetes del Sistema Nacional de Salud Actualización. [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [acceso 12 de abril de 2013]. Disponible en: http://www.sediabetes.org/Estrategia_en_diabetes_del_SNS_Accesible.pdf.
- 4.- Martínez-Hernández A. Antropología Médica: Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. 1ª ed. Barcelona: Anthropos; 2008.
- 5.- Ruiz R, Rodríguez J, Pérula L, Fernández I, Martínez J, Fernández MJ, et al. Problemas y soluciones en la atención sanitaria de enfermedades crónicas. Un estudio cualitativo con pacientes y médicos. *Aten Primaria*. 2006;38(9):483-489.
- 6.- Bolaños E, Sarría-Santamera A. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. *Atención Primaria*. 2003;32(4):195-200.
- 7.- Campbell R, Pound P, Pope C, Britten N, Pill R, Morgan M, et al. Evaluating meta-ethnography: a synthesis of qualitative research on lay experiences of diabetes and diabetes care. *Social Science & Medicine*. 2003;56:671-684.
- 8.- Naemiratch B, Manderson L. "Normal, but . . .": living with type 2 diabetes in Bangkok, Thailand. *Chronic Illness*. 2008;4:188-198.
- 9.- Lin CC, Anderson RM, Hagerty BM, Bih-O Lee. Diabetes self-management experience: a focus group study of Taiwanese patients with type 2 diabetes. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness in association with Journal of Clinical Nursing*. 2008;17:34-42.
- 10.- Kneck A, Klang B, Fagerberg I. Learning to live with diabetes: integrating an illness or objectifying a disease. *Journal of Advanced Nursing*. 2012.
- 11.- Michael SR. Inquiry integrating chronic illness into one's life : a phenomenological. *J Holist Nurs*. 1996;14(3):251-267.
- 12.- Davis R, Magilvy JK. Quiet Pride: The experience of chronic illness by rural older adults. *Journal of Nursing Scholarship*. 2000;32(4):385-390.
- 13.- Loewe R, Freeman J. Interpreting diabetes mellitus: differences between patient and provider models of disease and their implications for clinical practice. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 2000;24:379-401.
- 14.- Mercado-Martínez FJ, Robles L, Ramos IM, Moreno N, Alcántara E. La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 1999;15(1):179-86.
- 15.- Stone MS. In search of patient agency in the rhetoric of diabetes care. *Technical Communication Quarterly*. 1997;6(2):201.
- 16.- Paterson B, Thorne S, Crawford J, Tarko M. Living with diabetes as a transformational experience. *Qual Health Res*. 1999;9:786.
- 17.- Hartrick GA. The Meaning of diabetes. *Journal of Holistic Nursing*. 1998;16(1):76-87.
- 18.- Stödberg R, Sunvisson H, Ahlström G. Lived experience of significant others of persons with diabetes. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness in association with Journal of Clinical Nursing*. 2007;(7b):215-222.
- 19.- Trief PM, Sandberg J, Greemberg RP, Graff K, Castronova N, Miyoung Yoon, et al. Describing support a qualitative study of couples living with diabetes. *Fam Sys & Health*. 2003;21:57-67.
- 20.- Masana L. Invisible chronic illnesses inside apparently healthy bodies. Of bodies and symptoms anthropological perspectives on their social and medical treatment. Sylvie Fainzang and Claudie Haxaire. Tarragona: URV; 2011. p. 127-151.
- 21.- Johansson K, Ekebergh M, Dahlberg K. A lifeworld phenomenological study of the experience of falling ill with diabetes. *International Journal of Nursing Studies*. 2009;46:197-203.
- 22.- Coronado GD, Thompson B, Tejada S, Godina R. Attitudes and beliefs among mexican americans about type 2 diabetes. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2004;15:576-588.
- 23.- Mercado-Martínez FJ, Ramos-Herrera IM. Diabetes: The lay-person's theories of causality. *Qualitative Health Research*. 2002;12:792.
- 24.- Mendenhall E, Seligman RA, Fernandez A, Jacobs EA. Speaking through diabetes: rethinking the significance of lay discourses on diabetes. *Medical Anthropology Quarterly*. 24(2):220-239.
- 25.- Schoenberg NE, Amey CH, Coward RT. Stories of meaning: lay perspectives on the origin and management of noninsulin dependent diabetes mellitus among older women in the united states. *Soc. Sci. Med*. 1998;47(12):2113-2125.
- 26.- Good BJ. Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica. 1ª ed. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2003.
- 27.- Paredes M del C. Merleau-Ponty y la fenomenología. *Revista de Filosofía*. 2008;44:31.
- 28.- Ahlén R. Illness as unhomelike being-in-the-world? Phenomenology and medical practice. *Med Health Care and Philos*. 2011;14:323-331.
- 29.- Espinal-Perez CE. El cuerpo: un modo de existencia ambiguo. Aproximación a la filosofía del cuerpo en la fenomenología de Merleau-Ponty. *Revista Co-herencia*. 2011;8:191.
- 30.- Pérez-Riobello A. Merleau-Ponty: percepción, corporalidad y mundo. *Eikasía. Revista de Filosofía*. 2008;20:197- 219.
- 31.- Berger PL, Luckmann T. La construcción social de la realidad. 1a ed. en castellano, 23a reimp. Buenos Aires: Amorrortu; 2012.
- 32.- Campos P, Aparecida M, Fernandes G. El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*. 2011;(29):9-15.
- 33.- Valles MS. Entrevistas cualitativas. Colección «Cuadernos Metodológicos», núm 32. 1th ed. Madrid: Centro de Investigaciones sociológicas; 2002.
- 34.- Glasser BG, Strauss A. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Chicago: Aldine; 1967.
- 35.- Conde F. Análisis sociológico del sistema de discursos. Cuadernos Metodológicos no 43. 1th diciembre. Madrid: Centro de

Patricia López Calderón, José Ignacio Lavín Cárcoba,
Carlos Hernández Jiménez, Mercedes Carrera Escobedo

Investigaciones sociológicas; 2009.

36.- Martín-Rojo L. Análisis crítico del discurso. Fronteras y exclusión social en los discursos racistas. Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales. Barcelona: EDIUOC; 2003. p. 157-88.

3.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Explorar la experiencia vivida de las personas que padecen diabetes mellitus tipo II de la zona básica de salud de Medio Cudeyo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Comprender el impacto de la diabetes en el mundo cotidiano de las personas que la padecen.
2. Explorar los significados que los sujetos atribuyen a la diabetes.
3. Profundizar en las estrategias desarrolladas por la persona para hacer frente al padecimiento.

4.- METODOLOGÍA

La población de estudio son las personas diagnosticadas de diabetes mellitus tipo II del Centro de Salud de Medio Cudeyo.

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico de diabetes mellitus tipo II registrado en el sistema informático OMI a fecha de 15 de julio de 2013.
- Estar inscrito en el Centro de Salud de Medio Cudeyo a fecha de 15 de julio de 2013.
- Voluntariedad de participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Deterioro cognitivo
- Negativa a participar en la investigación
- No poder realizar la entrevista en castellano.

Para elaborar la muestra se realizará un muestreo no probabilístico de tipo estratégico, que no busca una representación estadística sino una representación socioestructural que permita comprender el fenómeno en toda su complejidad.

Se atenderá a criterios de heterogeneidad y polarización³³ para abarcar toda la gama de perspectivas de los sujetos y de discursos sociales. Para ello, se considerarán siete variables que son significativas para el análisis del objeto de estudio según la bibliografía consultada: edad, tiempo desde el diagnóstico de DM, género, clase social, vivir solo/con familia, pareja, amigos, ocupación laboral y origen rural o urbano.

A partir de los perfiles sociológicos resultantes, se seleccionarán a 20 sujetos concretos en base a las cuatro 'preguntas criterio' enunciadas por Gorden³³:

1. ¿Quiénes tienen la información relevante?
2. ¿Quiénes son más accesibles física y socialmente? (entre los informados).
3. ¿Quiénes están más dispuestos a informar? (entre los informados y accesibles)
4. ¿Quiénes son más capaces de comunicar la información con precisión? (entre los informados, accesibles y dispuestos).

El procedimiento de selección muestral permanecerá abierto durante la investigación siguiendo los criterios de flexibilidad y continuidad característicos del diseño cualitativo. Este se dará por concluido al alcanzar el punto de 'saturación teórica', es decir, cuando los discursos no aporten nuevos datos sino que reiteren los anteriores.³⁴

La recogida de datos se realizará a través de entrevistas en profundidad y grupos focales. Estas técnicas de investigación son complementarias y permiten explorar la visión de los hechos, cómo se viven y cómo se relatan³⁵. Por un lado, la entrevista abierta e individual es idónea para profundizar en cuestiones que pertenecen a la esfera privada e íntima de la persona como la experiencia vivida y la construcción narrativa de la enfermedad. Por otro, el grupo focal permite la objetivación de los discursos contruidos desde la posición que ocupan los informantes en el campo social y así comprender los diferentes modos de percibir y clasificar el mundo.

Los investigadores contactarán telefónicamente con los sujetos para verificar que cumplen los criterios de inclusión, explicar los objetivos de la investigación, solicitar su participación e incidir en el carácter voluntario y anónimo de la misma.

Si acceden a participar deberán firmar el Consentimiento Informado (anexos I y II) y se les solicitará un número de teléfono de contacto o dirección electrónica para poder recordarles la cita 48 horas antes.

Las entrevistas se producirán en el momento y lugar que prefieran, intentando evitar el contexto sanitario por su carga simbólica y por constituir una parte del objeto de estudio. El grupo focal reunirá a 8 o 10 personas y su composición seguirá criterios de heterogeneidad para que estén representados diversamente los diferentes grupos sociales.

Todas las sesiones serán grabadas en audio tras haber solicitado permiso a los informantes y posteriormente transcritas por el equipo investigador. Además, se elaborará un diario de campo donde se reflejen percepciones, sensaciones, gestos... que no queden registrados en la cinta.

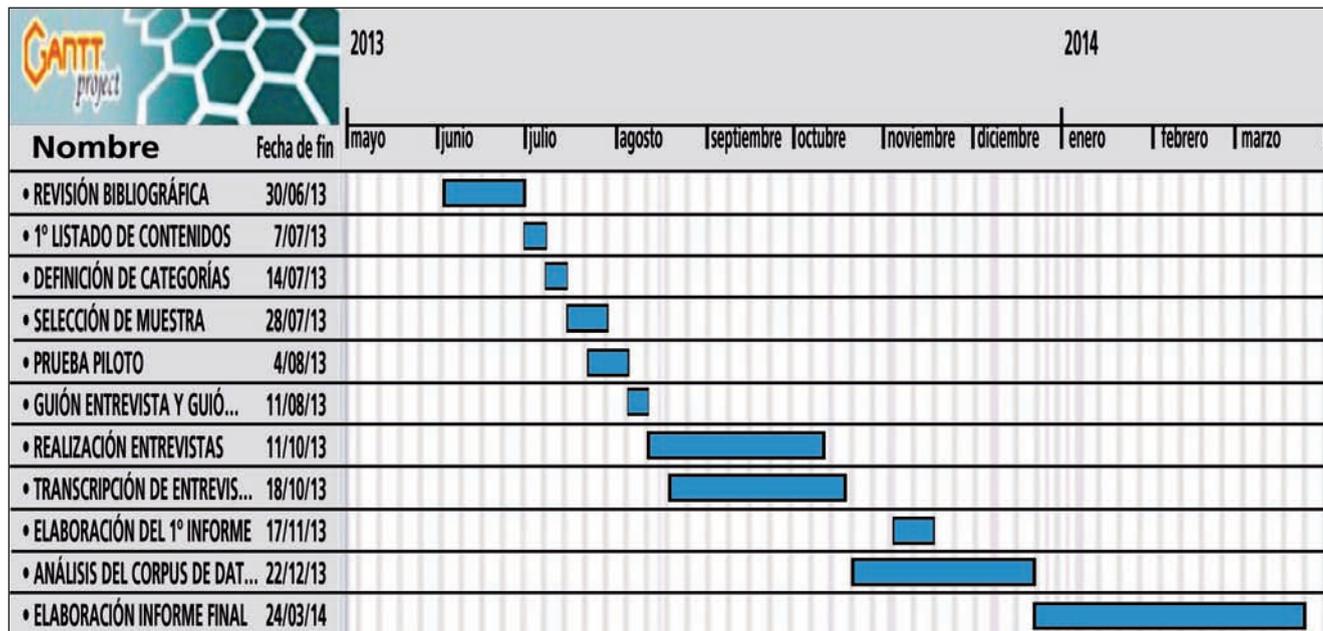
Los textos recogidos serán procesados con ayuda de software Nvivo[®] y analizados mediante la técnica de análisis sociológico del sistema de discursos propuesta por Conde. Esta se fundamenta en el discurso como una producción y práctica sociales que representa a los diferentes sectores de la sociedad, más allá del individuo³⁵. Este no sólo expresa los hechos, sino que los constituye, a través de la construcción de prácticas, actores y relaciones.³⁶

Por último, se intentará devolver el informe final a los informantes con un doble objetivo: minimizar la apropiación de los investigadores de los discursos que pertenecen a los informantes y triangular los resultados con los propios protagonistas permitiendo que muestren su acuerdo o disconformidad.

En cuanto a las limitaciones del estudio destacamos la escasa validez externa, como toda investigación cualitativa, que dificulta la generalización de los resultados a otros contextos. Además, el hecho de que los investigadores sean profesionales sanitarios y que algunos ejerzan su actividad en el centro de salud donde se captarán a los sujetos, puede introducir un sesgo. En cualquier caso, se intentará minimizar el impacto en los resultados a través de la vigilancia epistemológica de las premisas de partida y evitando que los profesionales realicen labores de investigación con pacientes de su propio cupo.

5.- PLAN DE TRABAJO

La duración total de la investigación es de 10 meses y se distribuye en el tiempo de la siguiente manera:



6.- EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR

Se trata de un equipo interdisciplinar que consta de 4 miembros con la siguiente experiencia:

Investigadora principal: Patricia López Calderón.

Diplomada en Enfermería por la Universidad de Cantabria. Licenciada en Antropología Social y Cultural por la UNED. Experta en cuidados, atención y cura de heridas crónicas por la UC. Máster en Antropología de Orientación Pública por la Universidad Autónoma de Madrid. Investigadora colaboradora en el proyecto de investigación CENES de la Universidad de Alcalá. Formación en metodología de investigación cualitativa y enfermería basada en la evidencia.

Investigador colaborador 1: José Ignacio Lavín Cárcoba.

Diplomado en Enfermería por la Universidad de Cantabria. Licenciado en Antropología Social y Cultural por la UNED. Experto Universitario en enfermería de urgencias y emergencias.

Investigador colaborador 2: Carlos Hernández Jiménez.

Graduado en enfermería por la Universidad de Cantabria. Licenciado en Psicología por la UNED. Máster en investigación de cuidados por la Universidad Complutense. Profesor asociado en la Universidad de Cantabria en la asignatura Educación y Promoción de la Salud, de la cual es responsable. Formación en metodología de la investigación, bioestadística, técnicas de meta-análisis y enfermería basada en la evidencia.

Investigadora colaboradora 3: Mercedes Carrera Escobedo.

Diplomada en Enfermería por la Universidad de Cantabria. DUE de Empresa. Certificado de Aptitud Pedagógica para pro-

fesores de Enseñanza Secundaria (CAP) por la Facultad de Educación de la UC. Experta en gobierno y gestión de los servicios sanitarios: visión autonómica. Colaboradora de la Comisión Evaluadora de Actividades de Formación Continuada de Profesiones Sanitarias.

7.- MEDIOS DISPONIBLES Y NECESARIOS PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO

MEDIOS DISPONIBLES: 1 ordenador	0 €
MEDIOS NECESARIOS: 2 grabadoras de audio (Digital Olympus WS-811)	200 €
Licencia de software NVivo [®] para análisis cualitativo	1.645 €
Traducción de un artículo internacional para la difusión de los resultados	350 €
TOTAL	2.195 €

8.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

A todos los sujetos del estudio se les entregará una hoja de información junto con un consentimiento que deberán firmar para participar en la investigación. El tratamiento de los datos de carácter personal se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre.

El proyecto cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica de Cantabria y con el permiso del Director Gerente de Atención Primaria.

ANEXO I HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

TÍTULO DEL ESTUDIO:

La experiencia vivida de las personas que padecen diabetes tipo II: Un estudio fenomenológico.

INVESTIGADORA PRINCIPAL:

Patricia López Calderón. Enfermera y antropóloga. Teléfono de contacto:

CENTRO DE REFERENCIA:

Centro de Salud de Medio Cudeyo.

INTRODUCCIÓN:

Me dirijo a usted para informarle sobre el estudio de investigación al que le he invitado a participar.

Este documento le presenta la información necesaria para que evalúe y juzgue si quiere participar o no en la investigación. Por favor, léalo con atención y le aclararé las dudas que puedan surgir. Además, puede consultar la decisión con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:

Su participación en el estudio es voluntaria. Puede decidir no participar, cambiar de decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento. En ningún caso, su decisión alterará la relación con los profesionales sanitarios, el tratamiento o los cuidados.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO Y SU PROCEDIMIENTO:

Este estudio de investigación pretende conocer la experiencia y los significados que supone vivir con diabetes. Se le preguntará la relación que tiene con la enfermedad desde del diagnóstico de la misma, así como la experiencia de vivir con diabetes el día a día, tanto en el entorno familiar como laboral.

Para ello le invito a participar en entrevistas de tipo abierto las cuales se producirán el día y el lugar que usted escoja. Además nos gustaría congregarse a grupos de personas que estén pasando por su misma situación con respecto a la diabetes para mantener una conversación. El objetivo es obtener información valiosa para utilizar en el cuidado de otros pacientes. Si lo permite nos gustaría grabar las entrevistas, así como los grupos en los que participará con otras personas y así no olvidar los relatos surgidos. Después del estudio se eliminará la grabación, se omitirá su nombre y cualquier otro que pudiera aparecer, de modo que el estudio será totalmente anónimo.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO :

No obtendrá ningún beneficio directo ni riesgo con la participación en la investigación.

El interés de este estudio es profundizar en la experiencia de vivir con diabetes. Es posible que los resultados de la investigación sean publicados en revistas científicas o congresos, ayudando a visibilizar los problemas.

CONFIDENCIALIDAD:

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a la investigadora principal del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo los investigadores podrán relacionar dichos datos con usted.

ANEXO II CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

TÍTULO DEL ESTUDIO: La experiencia vivida de las personas que padecen diabetes tipo II: Un estudio fenomenológico.

INVESTIGADORA PRINCIPAL: Patricia López Calderón. Enfermera y antropóloga. Teléfono de contacto:

Yo (nombre y apellidos)

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con Patricia López Calderón.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que, si doy el consentimiento expreso, las sesiones en las que participe podrán ser grabadas en audio.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - 1º Cuando quiera
 - 2º Sin tener que dar explicaciones.
 - 3º Sin que esto repercuta en mis cuidados.

Por consiguiente:

- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma del paciente:

Firma de la investigadora:

Nombre:

Nombre:

Patricia López Calderón

Fecha:

Fecha:



Estudio sobre la necesidad percibida de formación sanitaria de los profesores de Educación Primaria en Cantabria

Autoras:

Mónica Campo Briz^(*)

Graduada en Enfermería. Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud. Cantabria.

Nuria Alonso Peña

Graduada en Enfermería. Área Quirúrgica, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria

()Dirección para correspondencia:
moni_nika89@hotmail.com*

Recibido: Mayo 2013

Aceptado: Septiembre 2013

RESUMEN

La Educación de la población infantil y la salud pediátrica son dos temas de actualidad en nuestra sociedad, sin embargo la figura del profesional sanitario, concretamente de la enfermera en los centros escolares, no se encuentra implantada en nuestro país. Los escolares pasan aproximadamente el 30% de su tiempo diario en los centros educativos y la atención sanitaria durante este periodo recae sobre la figura del maestro, por este motivo, el trabajo se centrará en el análisis de las necesidades de formación de los profesores de Educación Primaria.

El trabajo se basará en la recogida de datos a través de un cuestionario que cumplimentará una muestra representativa de los profesores de Educación Primaria de Cantabria, a través del cual se analizará su necesidad percibida de formación y apoyo en materia de salud.

De las conclusiones que se extraigan de este proyecto se elaborará un programa de intervención comunitario dirigido a los profesores de Educación Primaria, basado en las necesidades formativas que se objetiven.

Palabras clave:

- Docentes.
- Servicios de enfermería escolar.
- Salud escolar.
- Salud del niño.
- Cuidadores.

ABSTRACT

The children education and pediatric health are two current issues in our society. However the health professional's figure, particularly nurses in schools is not established in our country. Students spend about 30% of their daily time in school, so their health care during this period lies on teacher. They provide the initial response to the student's health needs, because of that reason, the research work will focus on analyze the training needs from primary school teachers.

This work will be based on data collected through a questionnaire filled in by a representative sample from Cantabria's primary school teachers, through which will analyze their perceived need for training and support on health.

From the project conclusions drawn will develop a program for community intervention aimed to primary school teachers, based on their training needs that will be appreciate.

Keywords:

- Faculty.
- School nursing.
- School health.
- Child health.
- Caregivers.

1.- INTRODUCCIÓN. ANTECEDENTES, ESTADO ACTUAL DEL TEMA Y MARCO CONCEPTUAL. INTERÉS CIENTÍFICO E IMPLICACIONES DEL ESTUDIO PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA, O LA UTILIDAD DE LOS RESULTADOS PARA LA COMUNIDAD CIENTÍFICA, PARA LA PROFESIÓN O PARA LA SOCIEDAD

En la actualidad la población española está compuesta por 46.116.779 de personas, de las cuales el 8,11 % son niños y niñas entre 5-12 años¹. El estado de salud en la edad infantil ha experimentado una evolución favorable en las últimas décadas en nuestro país. Esta positividad numérica se ve reflejada en informes del Observatorio de la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Sin embargo se ve influenciada negativamente por los accidentes infantiles, estos son la primera causa de muerte en edad pediátrica. Actualmente en la sociedad se realiza un abordaje importante en el manejo de los mismos², puesto que sin ir más lejos, un 3,23% de los escolares de Cantabria sufren accidentes escolares, produciéndose en su mayoría en el gimnasio (el 63%), (lugar donde se desarrolla la asignatura de Educación Física)³.

En la última década han sido muchos los estudios e informes emitidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como sociedades científicas de pediatría, medicina familiar y comunitaria, que muestran el deber de prevenir y evitar los accidentes ya que estos no son fortuitos.

Del mismo modo que en los últimos años los accidentes se han convertido en la primera causa de muerte infantil, no se han de olvidar todas las enfermedades que quedan en un segundo plano, y no por ello son menos importantes. Se trata de muchas enfermedades crónicas que afectan a adultos pero que debutan en la infancia. Estos problemas que van desde los accidentes diarios hasta las enfermedades permanentes y se extienden durante años, competen tanto a padres como a profesores.

Hoy en día existen decenas de programas de salud y abordajes educativos en los centros de salud que se imparten en cientos de colegios españoles. Su fin no es otro que una buena prevención en los alumnos, ya que la escuela no es solo un lugar de enseñanza sino una etapa de la población infantil donde se adquieren los pilares que les llevarán hacia unos hábitos de vida saludable⁴.

Un ejemplo de programa es el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud, de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, desde el año 1988 viene emitiendo recomendaciones preventivas con el fin de que sean implantadas en los centros de salud².

Del mismo modo que a nivel nacional se realizan programas de salud, las comunidades, concretamente Cantabria aboga por acuerdos entre organismos para realizar un abordaje y una buena prevención en su población pediátrica. Dicha prevención da comienzo en la vida de un niño tras su nacimiento, incorporándose en el programa de atención al niño sano, por ejemplo mediante la entrega de guías de salud orientadas al abordaje de los proble-

mas de salud y accidentes en cada una de las revisiones según la edad. Otro ejemplo claro en la prevención son los programas educativos para la salud puestos en marcha por la Fundación de la Enfermería de Cantabria (FECAN), en colaboración con el Colegio de Enfermería de Cantabria, dirigidos a los alumnos.

De este modo, hasta los 3 años, un niño pasa la mayor parte de su tiempo diario con un familiar. Pasado este periodo comienzan la edad escolar y pasan aproximadamente un 30 % de su tiempo (6-8 horas diarias) en centros educativos, y muchas veces este porcentaje se ve incrementado por las actividades extraescolares, así como la necesidad de quedarse en el comedor del centro escolar⁵. Por este motivo, "tradicionalmente, la escuela se ha tenido muy en cuenta porque es una gran oportunidad de espacio, de tiempo y de actitud de los educandos, dada la idoneidad del marco escolar para crear actitudes y hábitos propios de un comportamiento saludable"⁶.

Es en este momento cuando se cae en la cuenta de que a partir de los 3 años la figura del profesional sanitario aún no se encuentra implantada en los centros educativos españoles, excepto en algunas ciudades, situándose nuestro sistema a años luz de otros países como EE.UU, Francia y Reino Unido entre otros, donde la figura de la enfermera escolar se considera tan indispensable en los colegios como la profesora misma.⁴

Actualmente, la implantación de esta figura está siendo bastante debatida. Por un lado están los que abogan por la enfermería comunitaria como responsable de las tareas en el entorno escolar⁷, y por el otro lado hay una corriente que defiende la consolidación y expansión de la enfermería especializada en el ámbito escolar a tiempo completo, para atender los complejos cuidados en el entorno escolar⁸. La consecuencia directa de la ausencia de esta figura no es otra que, la importancia de la figura del docente, no sólo como educador, sino como la persona encargada de velar por la salud y seguridad de los niños atendiendo también todos sus aspectos sanitarios.

El sector sanitario y el sector educativo tienen intereses comunes con la educación y promoción de la salud. La enfermera aquí desempeña un interesante papel como agente de la salud que, ya sea desde la atención primaria o desde el propio centro escolar, tiene plena responsabilidad y un potencial de conocimientos y capacidades en el desarrollo de la educación y promoción de la salud en la comunidad escolar⁶. Es aquí donde se debe plantear si los profesores se sienten lo suficientemente formados para abordar desde el más mínimo corte, hasta una pérdida de consciencia, pasando por una complicación de una enfermedad de base padecida por un alumno. Del mismo modo se ha de valorar la necesidad sentida de apoyo al profesorado por parte del profesional sanitario.

Con dichos, hechos y actitudes no se trata obviamente de evaluar ni de juzgar, sino de hacer de esta sociedad algo más constructivo. Se trata de, en la medida de lo posible, ayudarles en las necesidades percibidas por ellos mismos, para que transmitan seguridad a padres y a alumnos resolviendo lo que esté en su mano, o abordando los accidentes o brotes agudos de enfermedades crónicas que les surjan en su día a día, y lo que no por último menos importante, se sientan seguros de sí mismos en el desempeño de su trabajo, que como bien hemos explicado, engloba entre otras muchas la esfera de salud.

Utilidad práctica de los resultados:

El proyecto de futuro que parte de este estudio, y que ha

sido la fuente de inspiración para la elaboración de este proyecto es la creación de un Programa de Formación en Salud dirigido a los profesores. Actualmente en nuestro país, a diferencia de otros como EEUU, Francia⁴...no se ha instaurado la figura de la Enfermera Escolar, y por tanto son los profesores quienes se enfrentan en primer lugar a las contrariedades de tipo sanitario que acontecen durante la actividad escolar diaria de los alumnos.

Por este motivo se ha considerado importante y útil cuando menos, explorar cuáles son las necesidades de los docentes, tanto en la formación en problemas de salud y accidentes escolares, como en el apoyo por parte de profesionales de Enfermería.

2.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Estimación de la Población actual en España a 1 de Octubre de 2012. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. 2012 Oct [Recuperado 4 Abril 2013]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiBD/tabla.do?per=01&type=db&divi=EPOB&idtab=2>
- 2.- López A, Delsors E, Hukelová H, Esparza MJ. Estudio sobre accidentes infantiles atendidos en los centros de salud. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Fundación Mapfre [Internet]. 2010 May [Recuperado 20 Marzo 2013]. Disponible en: http://www.conmayorcuidado.com/cuidadosos/descargas/FUNDACIONMAPFRE_Estudio_Accidentes_infantiles.pdf
- 3.- Gautier MC, Martínez V. Accidentes y lesiones más frecuentes en edad escolar en colegios de Santander y Cantabria. Revista Nuberos [Internet]. 2009 [Recuperado 15 Abril 2013]. Disponible en: http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/NUBEROS_N__54.pdf
- 4.- Nasser Laaoula AO. La Enfermería Escolar: una necesidad sentida. Máster en Ciencias de la Enfermería. Repositorio Institucional Universidad de Almería [Internet]. 2011 Dic [Recuperado 25 Marzo 2013]. Disponible en: <http://repositorio.ual.es/jspui/handle/10835/466#.UVyMoFGbvIU>
- 5.- Korta J, Pérez-Yarza EG, Pértega Díaz S, Aldasoro A, Sardón O, López-Silvarrey A, et al. Impacto de una intervención educativa sobre asma en los profesores. An Pediatr. 2012; 77(4): 236-246.
- 6.- Fontanet G. Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, versió 1 [Internet]. 2007 Mar [Recuperado 23 Marzo 2013]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/65048959/La-Enfermera-en-La-Escuela>.
- 7.- Martínez JR. Intervención comunitaria en la escuela. Estado de la cuestión. Rev. ROL Enf. 2011; 34 (1): 42-49.
- 8.- Arancón C. Enfermera escolar <<dextra>> enfermera comunitaria. Rev. ROL Enf. 2010; 33 (1): 29-29.
- 9.- Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero de 2012. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. 2013 Ene [Recuperado 30 Marzo 2013]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
- 10.- Consejo Escolar de Cantabria. Informe: Estado y situación sistema educativo Cantabria. Curso 2009-2010. Consejería de Educación, Cultura y Deporte. Gobierno de Cantabria [Internet]. [Recuperado 22 Marzo de 2013]. Disponible en: http://www.consejoescolardecantabria.es/PDF/2_INFORME0910.pdf

3.– HIPÓTESIS

Los profesores de Educación Primaria consideran que necesitan formación y apoyo de profesionales de Enfermería para abordar los problemas de salud y accidentes escolares que sufren sus alumnos.

4.– OBJETIVOS

4.1 Objetivo General:

Identificar la necesidad percibida de formación y apoyo profesional de los profesores de Educación Primaria para responder a los principales problemas de salud y accidentes escolares de sus alumnos, y así determinar la demanda de programas formativos sanitarios de los profesores.

4.2 Objetivos Específicos:

1. Analizar la necesidad percibida de los profesores de Educación Primaria de formación para afrontar los principales problemas de salud y accidentes escolares.
2. Analizar la necesidad percibida de los profesores de Educación Primaria de entrenamiento para resolver los principales problemas de salud y accidentes escolares.
3. Identificar la demanda de los profesores de Educación Primaria de apoyo profesional mediante la incorporación de la figura del profesional sanitario escolar.

5.– METODOLOGÍA

Estudio transversal descriptivo realizado mediante la recogida de datos a partir de cuestionarios autocumplimentados por profesorado de Educación Primaria, de forma anónima y voluntaria. El estudio se llevará a cabo durante 11 meses.

Selección de la población:

La población diana, que en este caso coincide con la población de estudio, serán los profesores de Educación Primaria de Cantabria, de los cuáles se seleccionará una muestra mediante el sistema de muestreo aleatorio estratificado y por conglomerados. Se considera oportuno dividir la población en dos estratos, rural y urbano, puesto que se intuye que puedan encontrarse diferencias en los resultados de estos subgrupos. Establecer la división entre lo rural y lo urbano es ciertamente complejo, pues se trata de una progresión gradual que dificulta la limitación geográfica de estos dos conceptos. Se pueden utilizar numerosos indicadores para definir lo rural y lo urbano, en este caso se considerarán rurales los municipios de menos de 50000 habitantes, y como urbanos los de más de 50000 habitantes. De esta manera, la muestra seleccionada contendrá el mismo porcentaje de profesores de Educación Primaria en el medio rural y urbano, que la población diana. Según esta clasificación, se considerarán como urbanos los centros educativos que se encuentren en los municipios de Santander y Torrelavega, y se consideraran como rurales los centros situados en el resto de municipios de Cantabria.⁸

Por otro lado, los centros escolares serán los conglomerados que facilitarán el acceso a los profesores (sujetos de

estudio), y se seleccionarán de forma aleatoria simple. Siguiendo este mismo proceso de selección, se contemplará la reposición de un centro de 'reserva' por cada centro seleccionado, en previsión de los problemas que puedan surgir a la hora de acceder a los sujetos de estudio, y con la finalidad de conservar el 100% del tamaño muestral estimado, y por tanto la suficiencia de la muestra.

Criterios de inclusión:

Se incluirán en el estudio los profesores de Educación Primaria de los centros seleccionados que quieran participar en el estudio rellenando la encuesta elaborada que se les facilitará.

Criterios de exclusión:

Quedarán excluidos del estudio los profesores de los centros seleccionados que no impartan docencia en Educación Primaria.

Tamaño muestral:

Aceptando un riesgo alfa de 0,95 para una precisión de +/- 0,05 unidades en un contraste bilateral para una proporción estimada de 0,3, se precisa una muestra aleatoria poblacional de 301 sujetos, asumiendo que la población es de 4.285 sujetos.⁹

Variables:

Independientes:

- Tipo de población en la que se integra el Centro Educativo: Rural o Urbano.

Dependientes:

- Necesidad percibida de formación en salud y accidentes escolares.
- Necesidad percibida de entrenamiento en problemas de salud y accidentes escolares.
- Necesidad percibida de apoyo por profesionales sanitarios.

Recogida de datos:

El procedimiento de recogida de datos consistirá en la entrega de los cuestionarios diseñados para el estudio en los Centros Educativos seleccionados mediante proceso de muestreo.

El cuestionario elaborado (Anexo I), se trata de un cuestionario mixto, con una primera parte que contiene preguntas abiertas, y una segunda parte con preguntas cerradas cuyas respuestas se determinan en función de una escala tipo Likert.

Se entregarán los cuestionarios en el centro para que sean distribuidos y se dejará un recipiente cerrado para que sean introducidos en él, dicho recipiente permanecerá un mes en cada centro, plazo que se considera suficiente para que rellenen y entreguen el cuestionario todos los sujetos de estudio que quieran participar en él.

De forma previa a la impresión definitiva del cuestionario que se utilizará para este estudio y con objeto de validar el mismo, se realizará una prueba piloto del cuestionario elaborado (anexo I), que se desarrollará en un centro educativo seleccionado por conveniencia en el cuál se dispone de seis sujetos para realizar la prueba. De esta forma, se comprobará su validez y se realizarán las modificaciones que se estimen oportunas.

Análisis de los datos y tratamiento:

Los datos se recogerán en una hoja de cálculo Excel y para su tratamiento estadístico se utilizará el programa SPSS.

En este caso, todas las variables son cualitativas, por lo que se empleará para su descripción el cálculo de frecuencias absolutas y porcentajes con el intervalo de confianza del 95%. Para el test de hipótesis se utilizará el test de Chi cuadrado.

6.- PLAN DE TRABAJO

La duración del estudio será de once meses, cuya planificación se expone en el anexo II. Todas las actividades planificadas serán desarrolladas por las dos autoras.

7.- EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR

Investigador Principal:

Formación Académica Básica:

- Diplomado en Enfermería (Universidad de Cantabria 2007-2010)
- Curso de Adaptación al Grado en Enfermería (Universidad de Cantabria junio-2011)
- Máster universitario de condicionantes genéticos, nutricionales y ambientales del crecimiento y el desarrollo (Universidad de Cantabria 2010-2012)

Formación continuada:

- Curso 'Formador de formadores' Colegio de Enfermería de Cantabria.
- Curso 'Presentaciones Eficaces' Colegio de Enfermería de Cantabria.
- Curso 'Iniciación a la investigación para enfermería' Colegio de Enfermería de Cantabria.
- Curso 'Atención de enfermería en el medio escolar' Colegio de Enfermería de Cantabria.

Actividad asistencial:

- En Atención Primaria en los Centros de Salud de Vargas y Los Castros en Santander (junio 2010 a septiembre 2010).
- En una Mutua de (diciembre 2010 a noviembre 2012).

Publicaciones:

- 'Hábitos alimentarios de la población adolescente autóctona e inmigrante en España'. Trabajo fin de master. Diciembre 2011. Publicado en UCrea, Repositorio abierto de la Universidad de Cantabria.
- 'Hábitos alimentarios de la población inmigrante en España'. Trabajo fin de Grado. Junio 2011. Publicado en UCrea, Repositorio abierto de la Universidad de Cantabria.

Co-Investigador:

Formación Académica Básica:

- Diplomado en enfermería (Universidad de Cantabria 2003-2006)
- Curso de Adaptación al Grado en Enfermería (Universidad de Cantabria Junio 2011)

Formación continuada:

- Curso 'Generalidades en patología pediátrica para Enfer-

mería' Logoss.

- Curso 'Emergencias pediátricas y maltrato infantil' Logoss
- Curso 'Obesidad y Ortopedia Infantil para Enfermería' Logoss
- Curso 'Alteraciones pediátricas neuromusculares, cardiológicas, y nefropáticas para Enfermería' Logoss
- Curso 'Alteraciones pediátricas digestivas, endocrinas y respiratorias para Enfermería' Logoss
- Curso de 'Actualización en Enfermería Familiar y Atención Comunitaria'
- Curso 'Iniciación a la investigación para enfermería' Colegio de Enfermería de Cantabria.

Actividad asistencial:

- En el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla desde Junio de 2006 hasta la actualidad.

Publicaciones:

- 'Equidad de género: nuevas perspectivas sobre la salud'. Junio 2012. Nuberos Científica.

8.- MEDIOS DISPONIBLES Y NECESARIOS PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO:

MEDIOS DISPONIBLES	
Inventariable	- Ordenador de sobremesa con programa estadístico SPSS para análisis de los datos.
	- Ordenador portátil para recogida de datos.
	- Impresora para impresión de cuestionarios y cartas a los centros.
No inventariable	- Disponibilidad de dos Enfermeras Graduadas en Enfermería cuatro horas tres días a la semana durante el periodo de estudio
MEDIOS NECESARIOS	
Fungible	- Papel para impresión de cuestionarios y cartas 15€
	- Tóner para impresora 100€
Difusión	- Presentación del trabajo por las dos investigadoras en Congreso Nacional de Enfermería Comunitaria o Escolar (por determinar) 1200€
Dietas	- Desplazamientos a centros escolares del medio rural 3200€
	Esta partida se calcula partiendo de una estimación de 40€ por enfermera, estimando que se requieran aproximadamente 40 centros, la mitad sean del medio rural, y a cada centro se realicen dos visitas
TOTAL	4515€

9.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

No se considera necesario el requerimiento de un consentimiento informado de cada sujeto de estudio, puesto que al utilizar un cuestionario autocumplimentado se entenderá tácitamente otorgado dicho consentimiento.

Se solicitará el consentimiento del Director de cada centro seleccionado para desarrollar el estudio, que se otorgará o no de forma verbal en reunión concertada previamente, tras el envío de la correspondiente carta informativa (Anexo III).

ANEXO I: Estudio sobre la necesidad percibida de formación sanitaria de los profesores de Educación Primaria

El siguiente cuestionario es la herramienta elaborada para desarrollar el citado estudio. Es absolutamente anónimo y voluntario.

El estudio está dirigido únicamente a profesores que impartan docencia en EDUCACIÓN PRIMARIA cuyos alumnos tengan edades comprendidas entre los 5 y 12 años de edad, por lo que rogamos sea cumplimentado solamente por los docen-

tes de este grupo, pues para otros grupos este cuestionario no sería aplicable.

Te agradecemos tu participación.

Antes de empezar queremos recordarte que, en la segunda parte del cuestionario, debes marcar con una X tus respuestas, y que solo es posible una respuesta para cada cuestión.

CUESTIONARIO

PRIMERA PARTE

MUNICIPIO CENTRO EDUCATIVO:

Indica en la siguiente tabla los incidentes que se producen de mayor a menor prioridad desde tu punto de vista en el medio escolar, y en cuáles consideras necesario recibir formación:

	Accidentes	Problemas de salud	En cuales necesitas formación
Mayor Prioridad			
↑			
↓			
Menor Prioridad			

SEGUNDA PARTE

Califica tu nivel de conocimientos en relación con los problemas de salud de tus alumnos (5-12 años) que se relacionan a continuación en función de la relación del cuadro siguiente:

1) Nulo 2) Insuficiente 3) Término Medio 4) Suficiente 5) Excelente

	1	2	3	4	5
1. Alergias	<input type="checkbox"/>				
2. Asma	<input type="checkbox"/>				
3. Epilepsia	<input type="checkbox"/>				
4. Diabetes	<input type="checkbox"/>				
5. Enfermedad Celiaca	<input type="checkbox"/>				
6. Principales problemas oftalmológicos (miopía, hipermetropía, astigmatismo)	<input type="checkbox"/>				
7. Problemas auditivos	<input type="checkbox"/>				
8. Enfermedades Infecciosas Respiratorias	<input type="checkbox"/>				
9. Enfermedades Infecciosas Gastrointestinales	<input type="checkbox"/>				
10. Otras Enfermedades Infecciosas (Meningitis, Sepsis...)	<input type="checkbox"/>				
11. Obesidad Infantil	<input type="checkbox"/>				

Califica tu nivel de conocimientos en relación con los accidentes escolares de tus alumnos (5-12 años) que se relacionan a continuación en función de la relación del cuadro siguiente:

1) Nulo 2) Insuficiente 3) Término Medio 4) Suficiente 5) Excelente

	1	2	3	4	5
1. Traumatismos o lesiones en miembros	<input type="checkbox"/>				
2. Traumatismos o lesiones craneales	<input type="checkbox"/>				
3. Traumatismos o lesiones en abdomen y tórax	<input type="checkbox"/>				
4. Quemaduras por agentes térmicos	<input type="checkbox"/>				
5. Quemaduras por agentes químicos	<input type="checkbox"/>				
6. Quemaduras por agentes eléctricos	<input type="checkbox"/>				
7. Heridas pequeñas con separación de bordes	<input type="checkbox"/>				
8. Heridas complicadas (con cuerpos extraños, infectada o mordeduras)	<input type="checkbox"/>				
9. Hemorragia (nariz, oído u otras)	<input type="checkbox"/>				
10. Asfixia por cuerpos extraños	<input type="checkbox"/>				
11. Intoxicaciones	<input type="checkbox"/>				

Determina la frecuencia temporal, en función de la relación contenida en el siguiente cuadro, con la que sabrías actuar en las situaciones que se exponen a continuación. Recuerda que se refiere a la salud de tus alumnos (5-12 años).

1) Nulo 2) Insuficiente 3) Término Medio 4) Suficiente 5) Excelente

	1	2	3	4	5
1. ¿Sabrías cómo actuar ante una crisis alérgica?	<input type="checkbox"/>				
2. ¿Sabrías cómo actuar ante una crisis asmática?	<input type="checkbox"/>				
3. ¿Sabes qué tipo de actividades puede realizar un alumno asmático?	<input type="checkbox"/>				
4. ¿Sabrías cómo actuar ante una crisis epiléptica?	<input type="checkbox"/>				
5. ¿Sabrías reconocer y resolver una hipo/hiperglucemia en un alumno diabético?	<input type="checkbox"/>				
6. ¿Sabrías actuar ante un desmayo?	<input type="checkbox"/>				
7. ¿Podrías identificar los alimentos permitidos para un alumno celiaco?	<input type="checkbox"/>				
8. ¿Reconocerías un déficit visual?	<input type="checkbox"/>				
9. ¿Reconocerías un déficit auditivo?	<input type="checkbox"/>				
10. ¿Sabrías abordar inicialmente las E. Infecciosas más comunes?	<input type="checkbox"/>				
11. ¿Sabrías qué dieta debe seguir un alumno con gastroenteritis?	<input type="checkbox"/>				
12. ¿Sabrías actuar ante traumatismos o lesiones craneoencefálicas?	<input type="checkbox"/>				
13. ¿Sabrías actuar ante traumatismos o lesiones en miembros?	<input type="checkbox"/>				
14. ¿Sabrías actuar ante traumatismos o lesiones en abdomen y tórax?	<input type="checkbox"/>				
15. ¿Sabrías actuar ante una quemadura por agente térmico?	<input type="checkbox"/>				
16. ¿Sabrías actuar ante una quemadura por agente químico?	<input type="checkbox"/>				
17. ¿Sabrías actuar ante una quemadura por agente eléctrico?	<input type="checkbox"/>				
18. ¿Sabrías qué hacer ante una herida pequeña?	<input type="checkbox"/>				
19. ¿Y ante una herida grande?	<input type="checkbox"/>				
20. ¿Sabrías actuar ante una hemorragia nasal?	<input type="checkbox"/>				
21. ¿Sabrías resolver otros tipos de hemorragias?	<input type="checkbox"/>				
22. ¿Sabrías qué maniobras realizar ante un atragantamiento?	<input type="checkbox"/>				
23. ¿Sabrías actuar ante una intoxicación?	<input type="checkbox"/>				
24. ¿Sabrías realizar las maniobras de Resucitación en caso de Parada cardiorrespiratoria?	<input type="checkbox"/>				
25. ¿Consideras necesaria la incorporación de un Profesional de Enfermería en tu Centro Educativo?	<input type="checkbox"/>				
26. ¿Consideras necesaria la instauración de programas formativos sanitarios dirigidos a los docentes?	<input type="checkbox"/>				

Sugerencias:

ANEXO II: Plan de trabajo y cronograma

ACTIVIDADES	Junio 2013	Julio 2013	Agosto 2013	Septiembre 2013	Octubre 2013	Noviembre 2013	Diciembre 2013	Enero 2014	Febrero 2014	Marzo 2014	Abril 2014
Validación del Cuestionario	x										
Recogida de datos para muestreo		x									
Desarrollo del sistema de muestreo aleatorio y Selección de centros educativos			x								
Presentación del programa y solicitud autorización y colaboración en los Centros seleccionados				x							
Distribución de cuestionarios					x						
Cumplimentación de cuestionarios						x					
Recogida de cuestionarios							x				
Procesamiento de datos								x			
Análisis estadístico de datos									x		
Interpretación y representación de los datos										x	
Elaboración de resultados y conclusiones											x

ANEXO III: Carta dirigida al Director del Centro Educativo

Dirección

Santander, a 2 de Septiembre de 2013.

Al Sr./a. Director/a del Centro Educativo

Estimado Sr./a,

Nos ponemos en contacto con usted con el objeto de solicitarle su colaboración para participar en el Trabajo de Investigación titulado "Estudio sobre la necesidad percibida de formación sanitaria de los profesores de Educación Primaria".

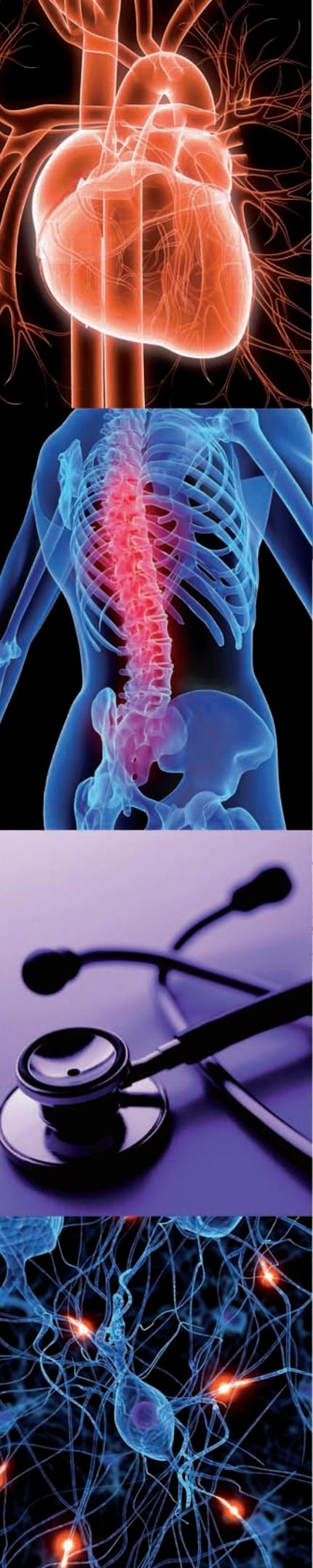
Dicho estudio tiene por objeto identificar áreas de conocimiento en salud que los profesores de Educación Primaria consideren que necesitan reforzar, y en función de los resultados que se obtengan, desarrollar posteriormente un programa de formación y entrenamiento en problemas de salud y accidentes escolares.

La colaboración solicitada consiste en proporcionarles unos cuestionarios para que sean cumplimentados por los profesores de Educación Primaria, de forma voluntaria y anónima.

En el plazo de cinco días nos pondremos en contacto con usted para concertar una cita a fin de ampliar información sobre el estudio.

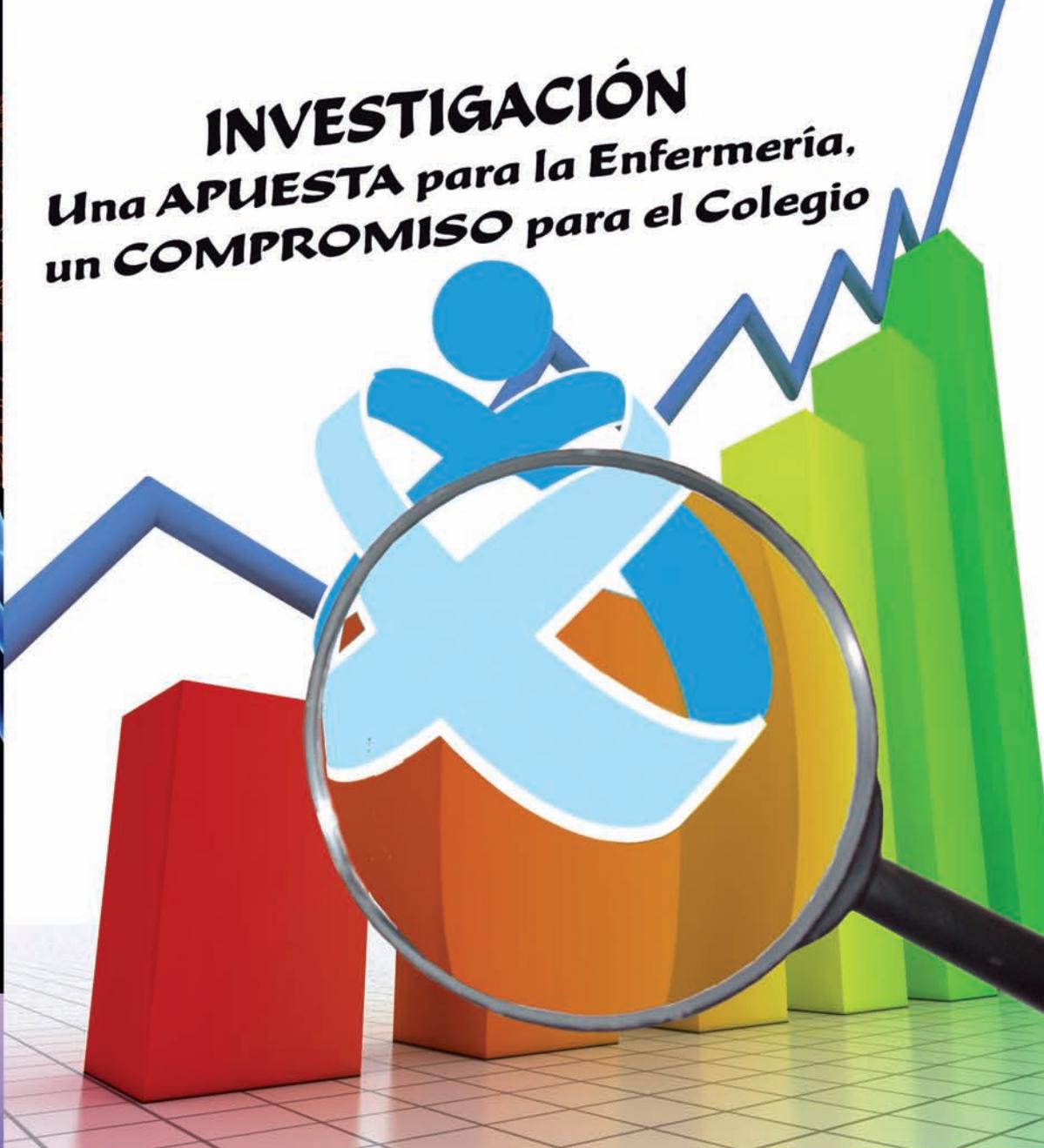
Agradeciendo su atención,

Las autoras del Estudio.



INVESTIGACIÓN

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



AULA DE INVESTIGACION EN CUIDADOS

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



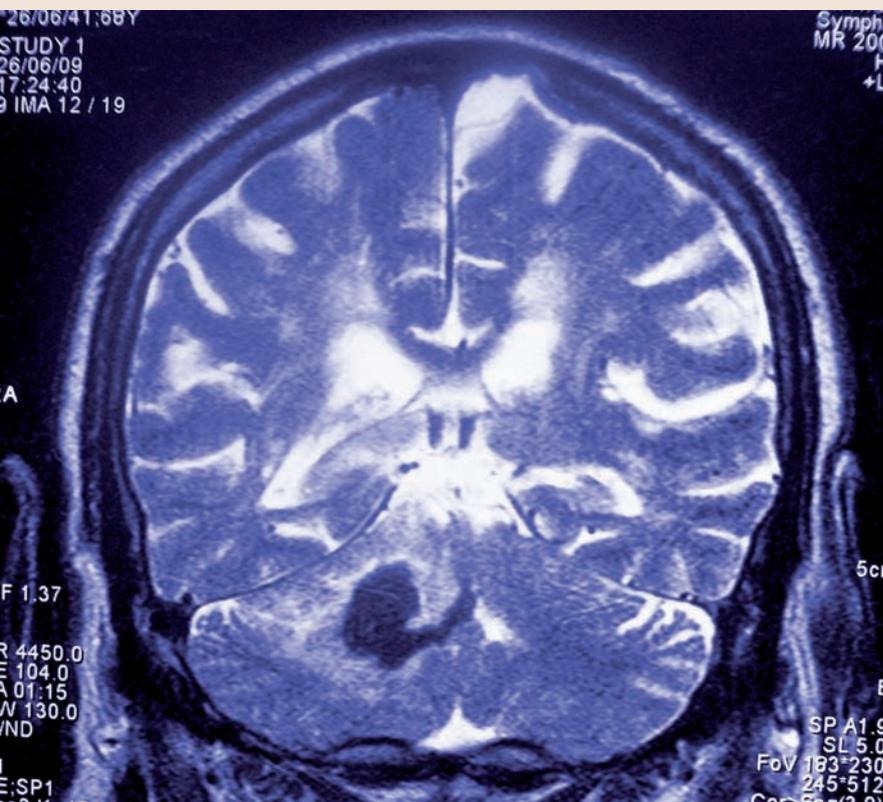
FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Nivel de adaptación y afrontamiento en los pacientes con Accidente Cerebro Vascular, tras valorar las respuestas humanas aplicando el Modelo de Adaptación de Callista Roy



Autora:
Inmaculada Rodríguez
Rodríguez^(*)

*Diplomada en Enfermería. Servicio de Medicina
Interna. Hospital Sierrallana.
Cantabria*

() Dirección para correspondencia:
irodriguezro@yahoo.com*

Recibido: Julio 2013
Aceptado: Septiembre 2013

RESUMEN

El Accidente Cerebrovascular (ACV) constituye una enfermedad paradigmática en el estudio de la adaptación humana ante las nuevas necesidades de salud que surgen como consecuencia de este evento. Por este motivo se considera oportuno desarrollar la aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en este tipo de pacientes desde la fase más aguda, identificando las conductas y estímulos relacionados con sus respuestas adaptativas, contribuyendo a la planificación de las intervenciones requeridas para manejar los estímulos, y así lograr una adaptación eficaz a su salud y entorno.

El objetivo de este proyecto es analizar el nivel de afrontamiento y adaptación de los pacientes diagnosticados de ACV en la fase aguda durante su estancia hospitalaria.

El diseño del estudio es descriptivo transversal. Será necesario incluir en este estudio una muestra de 156 pacientes (IC 95%, precisión 0.05), que cumplan los criterios de inclusión y otorguen su consentimiento.

La recogida de datos se efectuará mediante la versión en español de la escala 'Coping Adaptation Processing Scale' (CAPS) elaborada por Callista Roy, que aplicará la Enfermera del servicio de Medicina Interna del Hospital Sierrallana. Para el análisis estadístico se realizará una descripción de todas las variables y se aplicará el test Chi-cuadrado.

Palabras clave:

- Accidente cerebro vascular.
- Modelos de enfermería.
- Adaptación.

ABSTRACT

Stroke is considered a paradigm illness in the study of human adaptation to the new health needs which arise as a result of this event. Because of this, it is considered appropriate to develop the implementation of Callista Roy's Adaptation Model in this kind of patients from the acute phase, in order to: identify behaviours and stimulus related to their adaptive responses, contribute the planning of the required interventions in order to handle stimulus, and thus to achieve an efficient adaptation to their health and environment.

The aim of this project is to analyze the levels of coping strategies and adaptation of patients diagnosed with stroke in the acute phase during their hospital stays.

It is a cross-sectional descriptive study. It will be necessary to include in this study a sample of 156 patients (95%, precision 0.05), who meet the inclusion criteria and grant their consent.

Data collection was carried out through the Spanish version of "Coping Adaptation Processing Scale" (CAPS) developed by Callista Roy. Nurses who work in Internal Medicine service of Sierrallana Hospital will be who fill in the form. The statistical analysis will be a description of all variables and the Chi-square test.

Keywords:

- Stroke
- Models, nursing.
- Adaptation.

1.- INTRODUCCIÓN

La disciplina de Enfermería se encuentra fundamentada en las teorías y modelos conceptuales que sirven de base en la práctica como estrategia para fortalecer la autonomía de las enfermeras, para mejorar la calidad del cuidado que se presta a las personas y grupos de la comunidad, guiando la intervención enfermera a las respuestas humanas en el proceso Salud-Enfermedad y para para afianzar la metodología del trabajo enfermero en el desarrollo cotidiano de la profesión^{1,2}.

El ictus es interpretado como una situación adversa puntual en la salud y no como una enfermedad. La adaptación al entorno supone enfrentarse a sus secuelas como problemas físicos, disfagia, disfunción vesical o intestinal, pérdida de movilidad, fuerza o sensibilidad, problemas para comunicarse, cambios en la vista, problemas para pensar y recordar, cambios en el comportamiento, percepciones y emociones, lo que influirá directamente en la manera de percibir, construir y organizar la vida utilizando diferentes estrategias de afrontamiento donde haya avances y retrocesos³.

El impacto social del ACV es importante por tratarse de una

situación incapacitante, causando dependencia tanto física como cognitiva⁴, constituyendo gran carga social, sanitaria y económica, generando del mismo modo una importante demanda de cuidados de larga duración, repercutiendo sobre la calidad de vida del paciente y sus cuidadores^{5,6}.

Por todo ello, el ACV constituye un paradigma para el estudio de la adaptación humana ante las nuevas necesidades de salud, especialmente apropiada para el estudio del afrontamiento⁷. Callista Roy, en el 2004, desarrolló una teoría sobre el 'Proceso de Afrontamiento y Adaptación', en la cual "describe las estrategias que utiliza la persona para responder a las influencias y cambios ambientales para crear una integración humana ambiental"⁸.

Esta teoría establece que los seres humanos son seres adaptativos, con capacidad para adaptarse y crear cambios en el ambiente, y cuyas respuestas están determinadas por los estímulos entrantes y el nivel de adaptación de la persona, definiendo adaptación como "el proceso y resultado por los que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno"⁹.

Nivel de adaptación y afrontamiento en los pacientes con Accidente Cerebro Vascular, tras valorar las respuestas humanas aplicando el Modelo de Adaptación de Callista Roy

De tal manera se considera que las entradas son estímulos que pueden llegar desde el entorno o desde el interior de la persona, y pueden ser focales (estímulo interno o externo más inmediato al que se enfrenta el ser humano), contextuales (factores del entorno que se le presentan a la persona, estímulos que están presentes) y residuales (aquellos que la persona ha experimentado en el pasado)¹⁰. Los procesos son mecanismos de control que una persona utiliza como sistema de adaptación, y las salidas son respuestas o conductas producto de los estímulos y del nivel de adaptación de la persona¹¹.

Cuando el sujeto no puede adaptarse a los estímulos que llegan de su entorno, se produce en él una crisis, es decir surge una necesidad y un problema. Esta necesidad y problema pone en marcha un mecanismo de respuesta consciente o inconsciente en el sujeto, conocida como respuesta humana¹².

Es necesario valorar las respuestas humanas del paciente diagnosticado de ACV en el medio hospitalario, para poder hacer una intervención enfermera inmediata y que su nivel de adaptación y afrontamiento sea lo más favorable posible, para él y su familia, cuando este sea dado de alta a su domicilio, donde surgirán nuevas necesidades derivadas del ACV que deberán solucionarse.

Roy postulaba en su modelo que el ser humano es un ser bio-psico-social en interacción constante con el entorno¹³, que considera cambiante y que trata de adaptarse a los cuatro aspectos de la vida, las necesidades fisiológicas básicas, la autoimagen, el dominio de un rol o papel, y la interdependencia. Esto crea relaciones de interdependencia que pueden ser modificadas por los cambios del entorno^{14,15}.

El objetivo de la enfermería según Roy consiste en ayudar a las personas a adaptarse a los cambios que se producen en sus necesidades durante la salud y la enfermedad, desempeñando un papel único como facilitadora de la adaptación, valorando la conducta de cada uno de estos cuatro modos adaptativos e interviniendo en la manipulación de los estímulos, brindando la capacidad a los profesionales de esta disciplina de prestar cuidados a los receptores del mismo^{16,17}.

Este proyecto tiene como objetivo identificar, siguiendo el proceso de atención de enfermería del Modelo de Adaptación de Roy¹⁸, el nivel de adaptación y afrontamiento de los pacientes con ACV en el medio hospitalario. Estos serán medidos a través de la escala CAPS¹⁹, diseñada por Callista Roy en el año 2004, con el fin de identificar las estrategias de afrontamiento y adaptación utilizadas por las personas para hacer frente a situaciones difíciles o críticas^{19,20}. Dicha escala tiene validez y confiabilidad en la versión española: "Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptado de Callista Roy"^{10,20,21}.

Conocer el nivel de adaptación y afrontamiento de los pacientes con ACV a través del Modelo de Callista Roy, permite a las enfermeras avanzar en el desarrollo de la práctica disciplinar para poder valorar, responder e intervenir en las necesidades de estos pacientes y poner en marcha planes individualizados para proveerles a ellos y a su familia la suficiente formación e información de los cuidados previos al alta hospitalaria y mitigar así las consecuencias que interfieren negativamente en el proceso de rehabilitación, en la realización de las actividades de la vida diaria, en la participación del individuo en la sociedad y, por consiguiente, en su calidad de vida.

2.- OBJETIVOS

GENERAL:

Analizar el nivel de afrontamiento y adaptación de los pacientes diagnosticados de ACV en la fase aguda durante su estancia hospitalaria.

ESPECIFICOS:

- Identificar las diferencias en el nivel de afrontamiento y adaptación entre hombres y mujeres diagnosticados de ACV.
- Determinar las diferencias en el nivel de afrontamiento y adaptación de estos pacientes en función de los diferentes grupos de edad.

3.- METODOLOGÍA

Diseño:

Estudio descriptivo transversal a realizar en el servicio de hospitalización de Medicina Interna del Hospital Sierrallana.

Sujetos a estudio:

Población de referencia: Pacientes que ingresen en la unidad de hospitalización de Medicina Interna con diagnóstico de accidente cerebro vascular, que vivan en el Área de Salud Torrelavega-Reinosa, según la tarjeta sanitaria de 167.000 habitantes.

Población a estudio: Pacientes que ingresen en la unidad de hospitalización de Medicina Interna con diagnóstico de Accidente Cerebro Vascular que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayor o igual a 45 años.
- Pacientes diagnosticados por primera vez de ACV.
- Paciente hospitalizado en el servicio de Medicina Interna.

Criterios de exclusión:

- Pacientes en fase agónica.
- Pacientes con los que no podamos comunicarnos tanto de forma verbal como no verbal.
- Pacientes que no quieran colaborar en el estudio.

Tamaño de la muestra:

Con un intervalo de confianza al 95% y una precisión de 0,05 y dado que el total de pacientes ingresados por accidente cerebro vascular es de 254 pacientes al año, necesitaríamos incluir en nuestro estudio una muestra de 156 pacientes.

Reclutamiento:

La enfermera del servicio de hospitalización de Medicina Interna, captará a los pacientes que ingresen con el diagnóstico de accidente cerebro vascular.

Recogida de Información:

La información la obtendremos aplicándole la 'Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy 2004 (CAPS)', cuya estructura se expone en el Anexo I.

La enfermera del servicio de hospitalización de Medicina Interna será quien aplique la escala de manera individual al tercer día del ingreso.

Estructura de la escala CAPS (Anexo I):

La escala está conformado con 47 ítems agrupados en cinco factores y un formato basado en una escala tipo Likert con cuatro criterios nunca, casi nunca, casi siempre, siempre; cada ítem es una frase corta acerca de cómo una persona responde cuando experimenta una crisis o un evento difícil²¹.

Con respecto a los cinco factores, los tres primeros miden los comportamientos, las reacciones y los recursos de afrontamiento, que utilizan las personas, y los dos últimos miden las estrategias empleadas para sobrellevar la situación.

Estos son:

Factor 1: Recursivo y centrado (10 ítems). Refleja los comportamientos personales y los recursos para expandir las entradas, ser creativo y buscar resultados.

Factor 2: Reacciones físicas y enfocadas (14 ítems). Resalta las reacciones físicas y fase de entrada para el manejo de situaciones.

Factor 3: Proceso de alerta (9 ítems). Representa los comportamientos del yo personal y físico, y se enfoca en los tres niveles de procesamiento de la información: entradas, procesos centrales y salidas.

Factor 4: Procesamiento sistemático (6 ítems). Describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente.

Factor 5: Conocer y relacionar (8 ítems). Describe las estrategias.

Variables de estudio:

Variables independientes:

- Edad.
- Sexo.

Variable dependiente:

- Nivel de adaptación según escala CAPS.

Recogida y análisis de los datos:

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

El análisis de las variables cualitativas se calculará con frecuencias relativas en forma de porcentajes y comparándose con el test Chi-cuadrado.

Limitaciones del estudio:

Rechazo a la participación en el estudio por el propio paciente y problemas de comunicación en cuanto al idioma, o que al paciente lo deriven a una unidad de cuidados intensivos por la agudización de su enfermedad; se estima que todo esto sea de un 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 será 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 realizar el proyecto se solicitará permiso al Gerente del Hospital Sierrallana y al Jefe del Servicio de Medicina Interna, mediante notificación por carta (anexo III).

5.- UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

Debido a las grandes repercusiones que tiene el ACV para la vida y calidad de vida del paciente, es de vital importancia conocer cada una de las respuestas humanas durante su estancia hospitalaria para valorar el nivel de afrontamiento y adaptación del mismo y para poder poner en marcha planes individualizados con el objetivo de que el paciente (principalmente) y su familia puedan atenuar las dificultades planteadas y afronten con menor duelo dicha situación cuando sea dado de alta.

Los resultados obtenidos podrán ser comunicados en congresos y publicados en revistas científicas del ámbito de Enfermería de Medicina Interna y Neurología.

6.- PLAN DE TRABAJO

Duración de 1 año.

ETAPAS	DESARROLLO DE CADA ETAPA	TIEMPO
1ª	Captación muestra piloto y puesta en marcha de dicha muestra.	Marzo 2014 (1 mes)
2ª	Captación de la muestra a estudio. Trabajo de campo, realizar la escala de valoración de CAPS. Creación de la base de datos. Procesado de los datos.	Marzo 2014 (8 meses)
3ª	Análisis de los datos. Discusión de los resultados. Difusión de los datos.	Marzo 2014 (3 meses)

7.- EXPERIENCIA DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

- Formación en investigación cuantitativa en diversos cursos.
- Formación mediante cursos acreditados de Médico Quirúrgico.
- Experiencia asistencial en el servicio de hospitalización de Medicina Interna.

8.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Moreno Fergusson ME. Importancia de los modelos conceptuales y

Nivel de adaptación y afrontamiento en los pacientes con Accidente Cerebro Vascular, tras valorar las respuestas humanas aplicando el Modelo de Adaptación de Callista Roy

teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. Aquichán. 2005; 5(1):44-55.

2.- Moreno Fergusson ME, Alvarado García M. Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. Aquichán. 2009; 9(1):62-72.

3.- García Moriche N, Rodríguez Gonzalo A, Muñoz Lobo MJ, Parra-Cordero S, Fernández De Pablos A. Calidad de vida en pacientes con ictus. Un estudio fenomenológico. *Enferm Clin*. 2010; 20(2):80-87.

4.- Hervás A, Cabasés J, Forcén T. Cost of informal care for stroke victims in a non-institutionalized general population. *Gac Sanit*. 2007; 21(6): 444-451.

5.- Henao AS, Pirela CT, Álvarez Escobar A, Londoño Luján M, Alonso LM. Calidad de vida en pacientes post evento cerebrovascular isquémico en dos hospitales de la ciudad de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte. Barranquilla*. 2009; 25(1): 73-79.

6.- Panella M, Marchisio S, Barbierilla A, Vanhaecht K, Di Stanislao F. A cluster randomized trial to assess the effect of clinical pathways for patients with stroke: results of the clinical pathways for effective and appropriate care study. *BMC Med* [Internet]. 2012 [Recuperado Enero 2013]; 10 (71): [aprox 12 p]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/10/71>

7.- Leyva Pescador Y, Solano Arellano G, Labrador Ortega L, Gallegos Alvarado M Ochoa Estrada MC. Level of adaptation and facing the women with breast cancer. *Rev Cuid*. 2011; 2(2):96-104.

8.- Roy C. Coping and Adaptation Processing Scale: Development and Testing. En prensa; 2004.

9.- Marriner A, Raile M. Sor Callista Roy: Modelo de adaptación. Teorías y Modelos de Enfermería. Barcelona: Elsevier; 2010. p. 353-384.

10.- Bonfill Accensi E, Lleixa Fortuño M, Sáez Vay F, Romaguera, Genís S. Estrés en los cuidados: una mirada desde el modelo de Roy. *Index Enferm*. 2010; 19(4): 1132-1296.

11.- Lazcano Ortiz M, Salazar González BC, Gómez Meza MV. Validación del instrumento: afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en

paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Aquichan*. 2008; 8(1): 116-125.

12.- Mulens Ramos I. Análisis de los cuidados de enfermería ante las respuestas humanas en el Aborto espontáneo. *Rev Habande Cienc Méd* [Internet]. 2009 [Recuperado Enero 2013]; 3(8): [aprox 6 p]. Disponible en: <http://WWW.redalyc.org/articulo.oa?id=180414043019>.

13.- Cavalcante de Oliveira T, Martins da Silva V, Venícios de Oliveira Lopes M, Leite de Araujo T. Análisis evolutivo del concepto de persona en la teoría de adaptación de Roy. *Cultura de los cuidados*. 2007; 11(22): 64-69.

14.- Ordin YS, Karayurt O, Wellard S. Investigation of adaptation after liver transplantation using Roy's Adaptation Model. *Nurs Health*. 2013; 15(1): 31-38.

15.- Vilani M, Leite T, Venícios M. Grupo como estrategia de cuidar a la luz del modelo de Adaptación de Roy. *Enfría Ingral*. 2006; (76): 33-37.

16.- Martins da Silva V, Leite de Araujo T, Gimeniz-Galvão MT, Marcos Venícios de Oliveira Lopes M. El proceso de enfermería propuesto por Roy aplicado a un niño con cardiopatía congénita. *Enferm en Cardiol*. 2006; 13(37): 23-28.

17.- Roy C. Extending the Roy adaptation model to meet changing global needs. *Nurs SciQ*. 2001; 24(4): 345-351.

18.- Fawcett J. The Roy adaptation model and content analysis. *Aquichan*. 2006; 6(1): 34-37.

19.- Gutiérrez López C, Veloza Gómez MM, Moreno Fergusson M.E, Durán de Villalobos M.M, López de Mesa C, Crespo O. Validity and Confidence Level of the Spanish Version Instrument of Callista Roy Coping Adaptation Processing Scale. *Aquichán*. 2007; (1): 54-63.

20.- Ramos Martínez MC, Cano Asuar M. Intervenciones de la enfermera de Salud Mental para mejorar la calidad de vida de los padres que están en lista de espera para adoptar. *Biblioteca Lascasas*. 2010; 6(2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0539.php>.

21.- Pía Molina CH, Doris H. Estrategias de afrontamiento del Equipo de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Med-Quirúrgicos Hospital Regional Concepción. *Posterremoto y Tsunami. Revista Chilena de Med Int*. 2010; 25(4): 193-198.

ANEXO I:

Tabla 1. Factor 1.

Comportamientos personales y los recursos para expandir las entradas, ser creativo y buscar recursos de pacientes con ACV.

Afirmación	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
Propongo una solución nueva para un problema nuevo				
Obtengo la mayor información posible para aumentar mis opiniones				
Trato que todo funcione a mi favor				
Identifico como quiero que resulte la situación y luego miro como puedo lograrlo.				
Trato de redirigir mis sentimientos para enfocarlos constructivamente.				
Estoy atento a cualquier cosa relacionada con la situación.				
Trato de ser recursivo para enfrentar la situación.				
Con tal de salir de la crisis estoy dispuesto a modificar mi vida radicalmente.				
Trato de ser creativo y proponer nuevas soluciones				
Desarrollo un plan con una serie de acciones para enfrentar la situación.				

Tabla 2. Factor 2.

Relaciones físicas y la fase de entrada para el manejo de situaciones de pacientes con ACV.

Afirmación	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
Tengo dificultad para completar tareas o proyectos				
Solo puedo pensar en lo que me preocupa				
Parece que actuó con lentitud sin razón aparente				
Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo				
Tiendo a paralizarme y confundirme al menos por un tiempo				
Encuentro difícil explicar cual es el verdadero problema				
Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tenga				
Experimento cambios en la actividad física				
Trato de hacer frente a la crisis desde el principio				
Me doy cuenta que me estoy enfermando				
Me rindo fácilmente				
Al parecer me hago muchas ilusiones de cómo resultarán las cosas				
Encuentro la crisis demasiado complicada				
Por alguna razón no me beneficio de mis experiencias pasadas				

Tabla 3. Factor 3.

Comportamientos del yo personal y físico, que se enfocan en los tres niveles de procesamiento de la información: entradas, procesos centrales y salidas..

Afirmación	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
Puedo seguir gran cantidad de instrucciones a la vez				
Soy menos eficaz bajo estrés				
Me siento alerta y activo durante el día				
Pongo sentimientos a un lado y soy muy objetivo de lo que sucede				
Obtengo buenos resultados al manejar problemas complejos				
Puedo desenvolverme mejor que la mayoría de las personas cuando tengo que ir a lugares desconocidos				
Soy más eficaz bajo estrés				
Manejo la situación analizando rápidamente los detalles tal como sucedieron				
Adopto rápidamente nuevas capacidades, cuando estas pueden resolver mi problema				

Tabla 4. Factor 4.

Describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones manejarlas metódicamente.

Afirmación	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
Llamo al problema por su nombre y trato de verlo en su totalidad				
Me tomo todo el tiempo que sea necesario, y no hago nada hasta que conozco bien la situación				
Pienso en el problema sistemáticamente paso a paso				
Analizo la situación como realmente es				
Trato de mantener un equilibrio entre la actividad y el descanso				
Trato de aclarar cualquier tipo de duda antes de actuar				

Nivel de adaptación y afrontamiento en los pacientes con Accidente Cerebro Vascular, tras valorar las respuestas humanas aplicando el Modelo de Adaptación de Callista Roy

Tabla 5. Factor 5.

Describe la estrategias que utiliza la persona para recurrir a sí misma y otras personas usando la memoria y la imaginación.

Afirmación	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
Trato las estrategias o las soluciones que me he servido en el pasado				
Me siento bien al saber que estoy manejando el problemas lo mejor que puedo				
Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones				
Utilizo el humor para manejar mejor la situación				
Puedo relacionar lo que sucede con las experiencias pasadas, ó con los planes futuros				
Aprendo de las soluciones que les ha funcionado a otras personas				
Miro la situación positivamente como una oportunidad o desafío				
Planteo diferentes soluciones aunque parezca difíciles de alcanzar				

ANEXO II:

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

TÍTULO DEL PROYECTO: “Nivel de adaptación y afrontamiento en los pacientes con Accidente Cerebro Vascular (ACV), tras valorar las respuestas humanas aplicando el Modelo de Adaptación de Callista Roy”.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Dña. Inmaculada Rodríguez Rodríguez. Centro: Hospital Sierrallana.

INTRODUCCIÓN: Le informamos del desarrollo de un estudio de investigación que se está llevando a cabo y en el que le invitamos a participar. El estudio trata de la importancia de valorar el nivel de adaptación y afrontamiento del paciente con ACV. Dicho estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Cantabria y respeta la normativa vigente. Queremos proporcionarle información adecuada y suficiente para que usted pueda decidir si quiere participar o no en el estudio. Le rogamos que lea con atención esta hoja informativa y luego pregunte cualquier duda que le surja relativa al estudio. También puede consultar con cualquier persona que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA: Debe saber que su participación en este estudio es totalmente voluntaria. En caso de que decida participar en el estudio, luego puede cambiar de decisión y retirar su consentimiento en cualquier momento, sin dar explicaciones y sin que por ello se altere la relación con su médico o se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

OBJETIVO DEL ESTUDIO: El objetivo conocer el nivel de adaptación y afrontamiento de los pacientes con ACV para intentar mejorar la calidad de vida de estos, y proveer a cada paciente y a su familia de la suficiente formación e información de sus cuidados antes de ser dados de alta.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO: Para realizar este estudio vamos a solicitar a los pacientes que hayan sufrido un ACV su consentimiento para realizarles una valoración del estado adaptativo y nivel de afrontamiento de dicha enfermedad, por el personal de enfermería mediante una encuesta (Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptado de Callista Roy).

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Beneficios de la participación en el estudio.

Los beneficios que aporta conocer el nivel de adaptación y afrontamiento de los pacientes que ha sufrido un ACV es poder intervenir en cada una de las necesidades de estos y poder disminuir las consecuencias del impacto social que el ACV puede ocasionar por tratarse de una situación incapacitante.

RIESGOS DE LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO.

La participación en este estudio no supone ningún riesgo adicional para usted, aparte de los derivados de la patología de base.

CONFIDENCIALIDAD: Todos sus datos de carácter personal se considerarán confidenciales y se tratarán de acuerdo a lo dispuesto en la legislación vigente, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 1720/2007 de 21 de diciembre.

Para garantizar la protección de su identidad, los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código de forma que no sea posible la identificación del paciente. El acceso a los datos estará restringido al equipo investigador y el archivo que relacione los códigos con las identidades de los pacientes será custodiado por el investigador principal. Los datos requeridos son los necesarios para el estudio y el investigador principal se compromete a utilizarlos única y exclusivamente con esta finali-

dad. Si los resultados del estudio se publican en la literatura científica, se mantendrá confidencialidad sobre la identidad de los pacientes y los datos no podrán ser relacionados con usted.

De acuerdo con la Ley vigente, tiene Ud. derecho al acceso de sus datos personales y a su rectificación, cancelación y oposición, que podrá ejercer dirigiéndose investigador principal del estudio.

COMPENSACIÓN: Usted no recibirá ningún tipo de compensación económica o de cualquier otro tipo por su participación.

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO: Si en cualquier momento

y sin necesidad de comunicar un motivo decide retirar su consentimiento ningún dato nuevo se incorporará al estudio a partir de ese momento, sin embargo, los datos recogidos con anterioridad seguirán disponibles para el investigador principal del estudio.

DATOS DE CONTACTO: Si le surge cualquier duda sobre su participación en este proyecto o sobre sus derechos como paciente, por favor, contacte con:

Investigadora: Inmaculada Rodríguez Rodríguez
Teléfono: 942 847 400 (Hospitalización 3°C)

ANEXO II (continuación):

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Proyecto: 'Nivel de adaptación y afrontamiento en los pacientes con Accidente Cerebro Vascular, tras valorar las respuestas humanas aplicando el Modelo de Adaptación de Callista Roy'.

Investigador Principal: Dña. Inmaculada Rodríguez Rodríguez

Centro: Hospital Sierrallana

Yo,
(Nombre y apellidos del Paciente en MAYÚSCULAS)

Declaro que:

- He leído la hoja de información que me han facilitado.
- He podido formular las preguntas que he considerado necesarias acerca del estudio.
- He recibido información adecuada y suficiente por el profesional de salud abajo indicado sobre:
 - Los objetivos del estudio y sus procedimientos, sus beneficios e inconvenientes.
 - Que mi participación es voluntaria y la finalidad para la que se utilizarán mis datos personales (con las garantías de cumplimiento de la legalidad vigente).
 - Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento, (sin necesidad de explicar el motivo y sin que ello afecte a mi atención médica) y solicitar la eliminación de mis datos personales.
 - Que tengo derecho de acceso y rectificación a mis datos personales.

CONSIENTO EN LA PARTICIPACIÓN EN EL PRESENTE ESTUDIO:

SÍ NO

Para dejar constancia de todo ello, firmo a continuación:

Fecha: Firma del paciente

Nombre del investigador responsable:

Fecha: Firma del investigador

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo,
revoco el consentimiento de participación en el proceso, arriba firmado.

Fecha y firma de la revocación

ANEXO III:

CARTA AL GERENTE Y JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SIERRALLANA

Inmaculada Rodríguez Rodríguez.

Enfermera asistencial
Unidad hospitalización 3°C
de Medicina Interna
Hospital Sierrallana

Srs Gerente / Jefe del Servicio
de Medicina Interna
Hospital Sierrallana
Área de Salud Torrelavega-Reinosa.

Torrelavega, 26 Abril 2013.

Estimado Sr:

Me dirijo a usted, para comunicarle que deseo llevar a cabo un proyecto de investigación, en la planta de hospitalización de Medicina Interna del Hospital Sierrallana.

El objetivo de dicho proyecto es conocer el nivel de adaptación y afrontamiento de los pacientes con ACV para intentar mejorar la calidad de vida de estos, y proveer a cada paciente y a su familia de la suficiente formación e información de sus cuidados antes de ser dados de alta.

Los beneficios que aporta conocer el nivel de adaptación y afrontamiento de los pacientes que ha sufrido un ACV es poder intervenir en cada una de las necesidades de estos y poder disminuir las consecuencias del impacto social que el ACV puede ocasionar por tratarse de una situación incapacitante.

Se le hace llegar esta carta para pedirle autorización de la realización de dicho proyecto.

Atentamente.

Fdo. Inmaculada Rodríguez Rodríguez.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Grado de satisfacción de los usuarios de la Unidad de Pediatría del HUMV de Cantabria (España) sobre los profesionales de enfermería que les atienden



Autores:

Clara Morenza Núñez^(*)

Diplomada en Enfermería. Servicio de Urgencias General del Hospital U. Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria

Joana Arriaga Revilla

Diplomada en Enfermería. Consultas de Pediatría de la Residencia Cantabria (HUMV). Santander. Cantabria

Diego Quijano Cuadrado

Diplomado en Enfermería. Unidad de Neonatología de la Residencia Cantabria (HUMV). Santander. Cantabria

Paula Maza Rey

Diplomada en Enfermería. Servicio de Urgencias del Hospital Laredo. Laredo. Cantabria

^(*)Dirección para correspondencia:
clara.mn@live.com

Recibido: Julio 2013

Aceptado: Septiembre 2013

RESUMEN

La satisfacción que tienen los usuarios con los servicios ofrecidos por los profesionales de enfermería representa una oportunidad de conocer una parte muy importante de la práctica enfermera en una unidad de pediatría. Esto supone respetar las premisas recogidas en la Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado del año 1993.

El objetivo es evaluar el grado de satisfacción que tienen los usuarios de los servicios ofrecidos por los profesionales de enfermería en la Unidad de Pediatría.

Este proyecto es un estudio observacional descriptivo de corte transversal basado en una encuesta validada modificada de 12 ítems realizada por el padre, madre o tutor legal que tiene lugar al alta hospitalaria. Se precisa una muestra aleatoria poblacional de 350 sujetos.

Se pretende dar a conocer la opinión que tienen los usuarios de los cuidados ofrecidos por las enfermeras para modificar, si fuese necesario, la práctica diaria de la profesión y hacer ésta más satisfactoria para las personas.

Palabras clave:

- Satisfacción del paciente.
- Enfermeras.
- Pacientes.
- Pediatría.

ABSTRACT

Knowing the users' satisfaction in relation to nurses' work represents an opportunity to learn about nursing way of practicing, especially in Pediatric Patients Care Units. This piece of knowledge is included in the items which are mentioned in the "Charter for Children in hospital", which is a part of "European Charter of Children's Rights" (October, 1993).

The goal of this study is to evaluate the clients' satisfaction degree regarding the services provided by nurses in Pediatric Unit.

This was an observational, descriptive, cross-sectional study based on a validated 12-item survey carried out by the father, mother or legal tutor, which took place at the time of hospital discharge. It was calculated that a sample of 350 individuals was needed.

The aim of the study was to know the users' opinion about nursing care and, if necessary, to suggest modifications in the professional practice in order to improve customers' satisfaction.

Keywords:

- Patient satisfaction.
- Nurses.
- Patients.
- Pediatrics.

1.- INTRODUCCIÓN. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado del año 1993, y vigente aún en la actualidad, recoge entre otros el derecho a recibir información adaptada al niño, recepción adecuada a los padres y a su seguimiento psicosocial a cargo de personal con formación especializada, el derecho (y medios) de contactar con sus padres o con la persona que los sustituya en momentos de tensión; ser tratado con tacto, educación y comprensión y a que se respete su intimidad¹. Una gran parte de la responsabilidad para que se cumplan estos derechos recae en los profesionales de enfermería, cuyo papel principal en la Unidad de pediatría, será cuidar del niño hospitalizado y de sus familiares.

El Profesional de Enfermería interactúa con las personas que se encuentran en su entorno con el propósito de identificar sus necesidades interferidas y para conocer también sus sentimientos y sus opiniones acerca de su problema de salud. En el ámbito hospitalario la comunicación juega un papel importante ya que a través de una completa y oportuna anamnesis se puede establecer una relación terapéutica (enfermera/usuario) que tiene como fundamento identificar las necesidades y/o problemas los cuales limitan el funcionamiento físico y emocional del usuario e indagar sobre las posibles soluciones a sus requerimientos².

Es necesario, por tanto, conocer el grado de satisfacción de los usuarios de esta unidad para que se cumpla adecuadamente con todas estas premisas.

Los profesionales de enfermería deben buscar siempre la

excelencia en sus cuidados y prácticas clínicas. El Informe Platt en 1959, elaborado por un equipo multidisciplinario del Reino Unido, recomienda que la formación del equipo de salud deba ser mejorada considerando los aspectos psicoafectivos del niño y su familia^{3,4}. De esta manera se hace pertinente conocer la opinión de los usuarios, receptores principales de los servicios, para conocer en qué aspectos se necesita mejorar y qué concepto tienen del profesional de enfermería.

Aunque se llevan a cabo estudios sobre satisfacción de los usuarios respecto a la asistencia sanitaria, resulta difícil encontrar evaluaciones de los usuarios sobre la satisfacción respecto a la asistencia enfermera específicamente, y más aún en las unidades de pediatría, donde las relaciones son tan especiales al ocuparse de los más pequeños y sus familiares.

Desde la experiencia del equipo investigador en el ámbito de la clínica pediátrica se ha planteado la necesidad de conocer la calidad de los cuidados del profesional de enfermería a través de la percepción de los usuarios como medio de adaptar la práctica clínica a favor de los usuarios.

Por ello se presenta el consecuente proyecto para evaluar el nivel de satisfacción de los usuarios con la asistencia enfermera en la Unidad de Pediatría del HUMV y los aspectos que se podrían mejorar en relación a la misma.

La asistencia, participación e integración de la madre y la familia en la atención de salud de un niño, hospitalizado o en su hogar, es un antiguo anhelo pediátrico que hoy no admite disensiones, pero su desarrollo ha tenido características que se han ido modificando de acuerdo a las condiciones epidemiológicas.

Grado de satisfacción de los usuarios de la Unidad de Pediatría del HUMV de Cantabria (España) sobre los profesionales de enfermería que les atienden.

gicas y culturales locales y morbimortalidad infantil preponderante de cada época.

La hospitalización del hijo genera un cambio profundo en la dinámica familiar e introduce un elemento de angustia y estrés, que podría atenuarse a través de implementar programas multidisciplinarios de apoyo integral a la madre y familia del niño hospitalizado³.

En estudios similares se ha encontrado que a pesar de que más de la mitad de los usuarios considera que el profesional de enfermería no demuestra afecto y no es cálido ni accesible, existe un alto porcentaje que valora el hecho de que los profesionales les proporcionen fe y esperanza². Además, la bibliografía encontrada al respecto afirma que las dimensiones más valoradas por los pacientes están claramente vinculadas con actitudes y aptitudes de los profesionales que no son exclusivamente técnicas, sino que forman parte de sus competencias personales⁵.

Otros estudios valoran positivamente que el personal de enfermería aporta la información necesaria a los padres, y sostienen que la gran mayoría de los usuarios estuvieron satisfechos con el trato recibido por parte del personal⁶.

Los pacientes hospitalizados han sido un grupo diana frecuente como objetos de estudio, y siguen siéndolo a día de hoy. Muchos de los estudios publicados diariamente se realizan en el ámbito de la práctica clínica, por el fácil acceso que supone. El número de cuestionarios de satisfacción en los centros sanitarios ha aumentado en los últimos años, pero se centran en aspectos de la calidad asistencial en un ámbito más general (instalaciones, tiempos de espera, asistencia del servicio, ...), sin embargo, sobre la calidad asistencial de los profesionales de enfermería no se encuentra material y esa es una información que ayuda a la enfermería a afianzarse, a mejorar en la práctica clínica diaria y a hacerse más visibles antes los pacientes y familias que atiende.

Este estudio pretende investigar e informar a los profesionales de enfermería la opinión que tienen los usuarios de los cuidados ofrecidos por las enfermeras de la unidad de pediatría del HUMV para modificar, en caso de que fuese necesario, la práctica diaria de la profesión y hacer ésta más satisfactoria para padres y familiares de los niños ingresados.

2.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Texto del Parlamento Europeo, Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado (A 2-25/86), 1986.
- 2.- Sifuentes A, Parra F.M, Marquina M, Oviedo S. Relación terapéutica del personal de enfermería con los padres de Neonatos en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal. *Enfermería global* 2010; 9 (19). [en línea] fecha de acceso: 2 de Abril de 2013; URL disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/107261>
- 3.- Barrera F, Moraga F, Escobar S, Antilef R. Participación de la madre y la familia en la atención del niño hospitalizado: Análisis histórico y visión de futuro. *Revista chilena de pediatría*; 2007 [en línea] fecha de acceso: 2 de Abril de 2013; 85-94. URL disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041062007000100012&lng=es&nrm=iso.
- 4.- Platt H. The welfare of children in hospital. Ministry of Health: Central Health Services Council. Report of the committee. 1ª ed: London, 1959.
- 5.- Quintana JM, Gonzalez N, Bilbao A, Aizpuru F, Escobar A, Es-

teban C, et al. Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Res Serv Salud*. 2006; 6: 102.

6.- Rodríguez Núñez A, Crespo Suárez P, Martins de Oliveira Pereira Caldas C, Pérez Rodríguez M, Martínón Torres F, Martínón Sánchez J, et al. *An Pediatr (Barc)* 2004; 61(3):231-235.

7.- Información Asistencial [en línea] 2012, fecha de acceso: 2 de Abril de 2013. URL disponible en: http://www.humv.es/index.php?option=com_content&task=view&id=21&Itemid=45

8.- Cabrero J, Richart M, y Reig A. Satisfacción del Paciente Hospitalizado y Recién Dado de Alta. *Enfermería Clínica* 1995; 5(5): 190-8.

9.- Velázquez R, Flores JM, Picallos M D, Acosta M E. Calidad asistencial percibida por los padres en una Unidad de Preescolares y Hemato-Oncología Pediátrica; *IndexEnferm* [en línea] 2010, fecha de acceso 2 de Abril de 2013; 19(1): 34-36. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962010000100007&lng=es.

10.- Fernandez K, Freya et al. Percepción materna de la calidad en la atención a niños hospitalizados. *Revista chilena de pediatría*; 1991. [en línea] fecha de acceso: 2 de Abril de 2013. URL disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041061991000100011&lng=es&nrm=iso.

11.- Cabrero J, Richart M y Reig A. Validez de Constructo de Tres Escalas de Satisfacción del Paciente mediante la Estrategia de Matrices Multirrasgo-Multimétodo. *Análisis y Modificación de Conducta* 1995; [en línea] fecha de acceso: 2 de Abril de 2013; 364. URL disponible en: <http://dps.ua.es/es/documentos/pdf/1999/validez-de-constructo-de-tres-escalas.pdf>

12.- Cabrero J, Cartagenas E y Richart M. Adaptación de una escala para medir la satisfacción del paciente con los cuidados. *Diputación Provincial de Alicante* 1992.[en línea] fecha de acceso: 2 de Abril de 2013. URL disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/24964>

13.- Encuestas de satisfacción del sistema autonómico de salud de Cantabria 2009. "Encuesta a usuarios de hospitalización". Gobierno de Cantabria Consejería de Sanidad. [en línea] fecha de acceso: 2 de Abril de 2013. URL disponible en: http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/encuestas_salud/EncuestaAHospitalaria.pdf

3.- OBJETIVO

Evaluar el grado de satisfacción que tienen los usuarios sobre los servicios ofrecidos por los profesionales de enfermería en la Unidad de Pediatría.

4.- METODOLOGÍA

Este proyecto es un estudio Observacional descriptivo de corte transversal basado en una encuesta validada, LOPSS12, modificada de 12 ítems, (ANEXO I realizada por el padre, madre o tutor legal que tiene lugar al alta hospitalaria de la Unidad de Pediatría.

La Escala de satisfacción del usuario con los cuidados de enfermería LOPSS12 en su versión original tiene 41 ítems y una escala de respuesta de 7 puntos, desde totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo. En el proceso de adaptación española se ha reducido a 12 ítems, manteniéndose el formato de respuesta⁸.

En este caso se ha adaptado la escala de respuesta a 5 puntos (eliminando las opciones de *algo en desacuerdo* y *algo de acuerdo*) con el fin de facilitar la comprensión de los usuarios que rellenen el cuestionario.

Los sujetos participantes en este estudio serán usuarios de la Unidad de Pediatría de la Residencia Cantabria perteneciente al Hospital Marqués de Valdecilla en Santander, Cantabria.

El procedimiento de extracción de la muestra será del siguiente modo: aceptando un riesgo alfa de 0,95 para una precisión de $\pm 0,05$ unidades en un contraste bilateral para una proporción estimada de 0,5, se precisa una muestra aleatoria poblacional de 350 sujetos, asumiendo que la población es de 3.757 sujetos. Se ha estimado una tasa de reposición del 0%. Estos datos se basan en el número de ingresos de cirugía pediátrica y pediatría durante el año 2011⁷. Se excluirán del estudio aquellos usuarios que no puedan comprender lo expuesto en la encuesta o que no sean padres/madres/tutores legales.

La variable a medir es 'El grado de satisfacción de los usuarios', que es una variable cualitativa ordinal. Para ello se obtendrá la media de las valoraciones dadas en los diferentes ítems de la escala, tratados cada uno de ellos como una variable cualitativa ordinal independiente por medio de porcentajes con su intervalo de confianza del 95%.

Limitaciones

En el caso (extraordinario) de que una misma persona sea tutor legal de dos o más ingresos cuya alta sea dado el mismo día realizará un único cuestionario.

5.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitará el consentimiento del centro donde se va a efectuar el estudio (HUMV) y se informará a la supervisora de la planta donde se realizará el proyecto.

Junto al cuestionario autocumplimentable que se entrega a los participantes se adjunta un texto explicativo (Anexo II) informando de la voluntariedad de participación en el estudio, describiendo el carácter externo de la investigación, la utilidad de los datos para el estudio, la forma de entrega del documento y el anonimato del mismo, con la finalidad de respetar el derecho de los participantes a proteger su intimidad. Según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal.

Una vez completado el cuestionario se introducirá en un sobre sellado el cual únicamente se identificará por un número de inclusión en el estudio.

Se ha informado por escrito de la realización de este proyecto de investigación al *Comité Ético de Investigación Clínica de Cantabria en IFIMAV*. También ha sido solicitada la autorización del Gerente del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

6.- EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR

Clara Morenza Núñez

Diplomada Universitaria en Enfermería.

Formación en investigación: Curso de Iniciación a la Investiga-

ción para profesionales de enfermería (Colegio de Enfermería de Cantabria).

Experiencia clínica en pediatría: Atención Primaria (C.S. Gama, Cantabria).

Joana Arriaga Revilla

Diplomada Universitaria en Enfermería.

Formación en investigación: Curso de Iniciación a la Investigación para profesionales de enfermería (Colegio de Enfermería de Cantabria).

Experiencia clínica en pediatría: Urgencias de Pediatría (Residencia Cantabria-HUMV, Cantabria).

Diego Quijano Cuadrado

Diplomado Universitario en Enfermería.

Formación en investigación: Curso de Iniciación a la Investigación para profesionales de enfermería (Colegio de Enfermería de Cantabria).

Experiencia clínica en pediatría: Unidad de Neonatología (HUMV, Cantabria).

Paula Maza Rey

Diplomada Universitaria en Enfermería.

Formación en Investigación: Curso de Iniciación a la Investigación para profesionales de enfermería (Colegio de Enfermería de Cantabria).

Experiencia clínica en pediatría: Urgencias (Hospital Comarcal Laredo, Cantabria)

7.- PLAN DE TRABAJO

ACTIVIDADES	TIEMPO
Trabajo de Campo	3 meses
Procesamiento de datos	1 mes
Análisis de Datos	1 mes
Informe Final	1 mes
DURACIÓN TOTAL	6 meses

8.- MEDIOS DISPONIBLES Y NECESARIOS PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO:

MATERIALES DISPONIBLES

Ordenador
Programa SPSS
Impresora
Recursos humanos: 4 Diplomadas de enfermería

RECURSOS NECESARIOS PRESUPUESTO

Folios	5 euros
Sobres	50 euros
Tinta de impresora	100 euros
Bolígrafos	5 euros
Presentación de resultados al Congreso 'XVII Encuentro Internacional de Investigación en cuidados'.	
Inscripción	1000 euros
Alojamiento	1000 euros
Poster (apoyo gráfico para comunicación)	100 euros
TOTAL	2.260 euros

Grado de satisfacción de los usuarios de la Unidad de Pediatría del HUMV de Cantabria (España) sobre los profesionales de enfermería que les atienden.

ANEXO I:

NUMERO	DESCRIPTOR
1	Me ayudan a comprender la enfermedad del niño/a
2	Parecen más interesadas en terminar las tareas que en escuchar mis preocupaciones o las del niño/a
3	Dan la impresión de q ocuparse del niño/a es lo primero
4	Deberían ser más amables
5	Tienen poca paciencia
6	Pocas veces consideran mis opiniones y preferencias con respecto a los planes del cuidado del niño/a
7	Dan consejos útiles
8	Puedo compartir con ellas mis sentimientos y emociones cuando tengo necesidad de hablar
9	Siento que puedo hacerles preguntas libremente
10	Me comprenden cuando les cuento mis problemas y/o los del niño/a
11	Deberían realizar su trabajo más a conciencia
12	En ocasiones son algo lentas para contestar a mis llamadas

NIVEL	ENUNCIADO
1	Totalmente de acuerdo
2	Bastante de acuerdo
3	Ni acuerdo ni desacuerdo
4	Bastante en desacuerdo
5	Totalmente en desacuerdo

ANEXO II:

Estimado usuario:

Gracias por dedicar 5 minutos de su tiempo en ayudarnos a rellenar esta encuesta de Satisfacción sobre el personal de Enfermería que les ha atendido durante su estancia en el Hospital.

La encuesta la realiza un equipo externo a la Unidad, es anónima, y debe rellenar con una "X" el recuadro que mejor se adapte a su opinión, siendo 1 Totalmente de acuerdo y 5 Totalmente en desacuerdo. Una vez rellenada, introdúzcala en el sobre que le proporcionamos, ciérrelo y déselo al personal de enfermería. A la hora de responder, debe saber que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino solo su experiencia.

Las/os enfermeras/os que le atendieron en el hospital:	Totalmente de acuerdo 1	Bastante de acuerdo 2	Ni de acuerdo ni desacuerdo 3	Bastante en desacuerdo 4	Totalmente en desacuerdo 5
Me ayudan a comprender la enfermedad del niño/a					
Parecen más interesadas en terminar las tareas que en escuchar mis preocupaciones o las del niño/a					
Dan la impresión de que ocuparse del niño/a es lo primero					
Deberían ser más amables					
Tienen poca paciencia					
Pocas veces consideran mis opiniones y preferencias con respecto a los planes del cuidado del niño/a					
Dan consejos útiles					
Puedo compartir con ellas mis sentimientos y emociones cuando tengo necesidad de hablar					
Siento que puedo hacerles preguntas libremente					
Me comprenden cuando les cuento mis problemas y/o los del niño/a					
Deberían realizar su trabajo más a conciencia					
En ocasiones son algo lentas para contestar a mis llamadas					



CARTAS AL DIRECTOR

La investigación en enfermería: una realidad visible

Autora: Ana Rosa Alconero Camarero

Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora Titular de Enfermería de la UC

Recibido: Septiembre 2013

Aceptado: Septiembre 2013

Sra. Directora:

La investigación en Enfermería (IE) es una realidad, en pleno auge, producto del enorme esfuerzo desarrollado en los últimos 21 años por asociaciones y sociedades científicas, profesionales y universidades. La IE formalizada ha supuesto un gran avance para el conocimiento de la misma, de modo que, los recientes trabajos publicados nos permiten conocer mejor esa trayectoria de visibilidad.

La participación de las enfermeras en investigación ha cambiado radicalmente en los últimos 160 años. Inicialmente, la investigación evolucionó lentamente desde las primeras investigaciones de Nightingale en el siglo XIX, hasta el siglo siguiente, aproximadamente, en los años 30 y 40 que se desarrollan los estudios de enfermería; en la década de los años 50 y 60 se llevan a cabo la investigación de las funciones de enfermería; y, entre los años 70 y 90, surgen un número mayor de estudios de investigación centrados en los problemas clínicos¹.

Dado que la enfermería es una profesión eminentemente práctica, la investigación es fundamental para el desarrollo de la misma, aunque, sin desmerecer al resto de funciones que también son importantes. De hecho, el rol asistencial de las enfermeras es el más importante, ya que, el impacto de su actividad cotidiana sobre la población interactúa con ellas, garantizando la imagen social de una profesión, que sin duda aporta resultados directos en la mejora de la salud².

Ahora bien, la dimensión investigadora, consiste en responsabilizarse del desarrollo de la práctica profesional. Las contribuciones de las enfermeras en el ámbito de la investigación apuntan a una mayor comprensión del ser humano, a adquirir una mayor capacidad de intervención, a lograr resultados basados en evidencias científicas, y a garantizar intervenciones que proporcionen calidad de vida, bienestar y acompañamiento. Grol (2001)³ publica que entre un 30-40% de los pacientes no reciben cuidados acordes con los resultados de la investigación y, en consecuencia entre el 20-25% de los cuidados podrían ser innecesarios o potencialmente dañinos.

No obstante, el desarrollo de este rol requiere conocimientos en metodología de investigación cuantitativa y cualitativa, en bioestadística, en epidemiología, en idiomas y en nuevas tecnologías de la información; pero, sobre todo, cuestión importantísima, poseer una actitud investigadora en el curso de su quehacer que le permita desarrollar una práctica reflexiva garantizando la innovación.

La investigación en Enfermería: ¿una realidad invisible?, con este título publicaba García-Fernández⁴ un editorial a modo de reflexión de la situación de la investigación en España. Por una parte, trataba de desmitificar que las enfermeras investigamos poco, y por otra, aportaba soluciones para llevar a cabo la investigación mediante la financiación, así como trabajar con equipos multidisciplinares. De ese modo, el foco de interés va más allá de la sala del hospital y de otros entornos asistenciales. Las enfermeras que lide-

ramos proyectos de investigación con otros profesionales, realizamos un proyecto de enfermería, y hacemos todo lo posible para que los hallazgos derivados de la investigación sean más eficaces al llevarlos a la práctica con otros⁵. Aunque, no debemos olvidar que investigar temas estrictamente enfermeros son muy importantes para la práctica basada en la evidencia, cuestión que queda reflejada en esta carta.

En general, en cualquier artículo que leamos suelen aparecer las barreras que las enfermeras plantean a la hora de justificar la falta de investigación. En España, Moreno-Casbas et al⁶, realizan un estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores. El entorno elegido son centros hospitalarios, atención primaria y escuelas de enfermería, y la herramienta utilizada para ello fue un cuestionario validado. Los resultados fueron, en el grupo de profesionales que: "no hay tiempo suficiente en el trabajo para implementar nuevas ideas"; seguida de "la enfermería desconoce las investigaciones", etc. En cambio, en el grupo de investigadores activos fueron que: "las enfermeras desconocen las investigaciones"; y "la enfermería no se siente capaz de evaluar la calidad de la investigación". Por ello, las enfermeras que tienen interés en investigar, deben vencer estas barreras, necesitan saber interpretar los informes procedentes de las investigaciones, identificar la eficacia de los tipos de intervenciones, y llevarlas a la práctica con el fin de obtener resultados positivos en los pacientes y sus familiares. Aglutinar esta investigación significa haber criticado, excluido y seleccionado artículos sobre un determinado problema clínico elegido; para finalmente resumir los hallazgos sobre el tema en cuestión¹.

Para finalizar esta reflexión, quisiera animar a todas las enfermeras a seguir investigando, basándose en su experiencia y conocimientos en cualquier campo. En España, y más concretamente en Cantabria, tenemos excelentes profesionales que hacen todos los días su trabajo con excelencia. Debemos a la sociedad el compromiso de poder demostrar la función terapéutica de los cuidados. El gran reto de la enfermería hoy es dar credibilidad y visibilidad social a su función en el acto de cuidar, a través de la investigación como forma de comunicación científica y social.

BIBLIOGRAFÍA

1. Burns N, Grove SK. Investigación en Enfermería. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
2. Maciá Soler L. La investigación en Enfermería. *Enferm Clin.* 2008;18:287-8.
3. Grol R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Med Care.* 2001;39(8 Suppl 2):146-54.
4. García Fernández FP. La investigación en Enfermería: ¿una realidad invisible?. *Enferm Clin.* 2012;22:283-85.
5. Martínez C, Monforte-Royo C. Investigar más allá de la Enfermería Clínica. *Enferm Clin.* 2012;22:63-64.
6. Moreno-Casbas T, Fuentelsaz-Gallego C, González-María E, Gil de Miguel A. Barriers to the utilization of research. Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. *Enferm Clin.* 2010;20:153-64.



NANDA Internacional: DIAGNOSTICOS ENFERMEROS Definiciones y Clasificación 2012-2014

ISBN: 9788490220269

EDITORIAL: Elsevier

Primera Edición: 24/01/2013

Un diagnóstico de enfermería se define como un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad, a los problemas de salud reales o potenciales, o procesos de vida

que sirven de base para la selección de las intervenciones de enfermería, para alcanzar los resultados para los que la enfermera tiene la responsabilidad (NANDA-I, 2009)

Diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre el individuo, la familia, o de experiencias / respuestas a los problemas de salud reales o potenciales / procesos de la vida comunitaria. Un diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería con el objeto de alcanzar los resultados para los que la enfermera tiene la responsabilidad". (Herdman, 2012, p. 515)

Se podría considerar que el objeto de la disciplina enfermería sería la valoración, diagnóstico e intervención (tratamiento) de las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales.

El lenguaje de la disciplina enfermera, es la manera de comunicar el conocimiento y la práctica de la enfermería. Describir lo que las enfermeras/os hacen y los resultados obtenidos

La principal organización para la definición estandarizada y perfeccionamiento de los diagnósticos Enfermeros es la North American Nursing Diagnosis Association, en la actualidad registrada como NANDA-Internacional.

NANDA-I Diagnósticos de Enfermería: Definiciones y Clasificación 2012-2014. Publicada en noviembre 2012 tras la decimovena conferencia NANDA I, está organizada según, estructura de Taxonomía II consta de tres niveles: Dominios, describe 13, (promoción de la salud, nutrición, eliminación e intercambio, actividad/descanso, percepción/cognición, auto percepción, relaciones de roles, sexualidad, afrontamiento/tolerancia del estrés, principios de vida, seguridad/protección, confort y crecimiento/desarrollo. 47 clases y 217 diagnósticos. Cada diagnóstico se comprende de una etiqueta o nombre del diagnóstico, una definición, características definitorias, factores de riesgo y/o factores relacionados. En la Taxonomía II se introduce una estructura codificada que sigue las recomendaciones de la National Library of Medicine

(NLM) respecto a los códigos terminológicos en los cuidados de salud.

La Taxonomía II emplea una estructura multiaxial para el desarrollo de los conceptos diagnósticos.

Consta de 7 ejes:

1. Foco diagnóstico.
2. Sujeto del diagnóstico (persona, familia y comunidad).
3. Juicio (deteriorado, inefectivo).
4. Localización.
5. Edad (lactante, adulto, niño).
6. Tiempo (agudo, crónico, intermitente).
7. Estado del diagnóstico (real, de riesgo, síndrome de promoción de la salud).

La edición 2012-2014, presenta 16 diagnósticos nuevos y 11 revisados, con nivel de evidencia científica y bibliografía. Los nuevos capítulos abordan el uso de los diagnósticos de enfermería en educación, práctica clínica, registros electrónicos de salud, enfermería y administración de la atención de salud e investigación.

Dentro de este libro NANDA aporta información específicamente relacionada con NANDA Internacional. Se proporcionan los resultados de la reunión de un Comité Internacional de Expertos, además de dos declaraciones sobre su posicionamiento con respecto a los marcos de valoración y la estructura de la formulación de los diagnósticos enfermeros. Un capítulo revisado, detalla el proceso de presentación de un diagnóstico enfermero nuevo o revisado al Comité de Desarrollo del Diagnóstico de NANDA-I (DDC). Se describen los procesos y procedimientos relacionados con la revisión de los diagnósticos de NANDA-I, el proceso de presentación de una propuesta de diagnóstico y los criterios sobre el nivel de evidencia necesario. Se proporciona un glosario de términos. Finalmente, se da una lista de los miembros de los comités de NANDA-I y se proporciona información específica de la organización y las ventajas de afiliarse a ella.

La edición en castellano de la obra ha sido revisada por un grupo de expertas pertenecientes a AENTDE (Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería).

María H. Fuente Merino
Diplomada en Enfermería

Agenda =

7º CONGRESO ANECORM ENFERMERAS COORDINADORAS DE RECURSOS MATERIALES

'Integrar y Compartir: Un mar de Recursos'

Barcelona, del 6 a 8 de noviembre de 2013

Organización: Asociación Nacional de Enfermería Coordinadora de Recursos Materiales

Información: <http://www.anecorm.org/congreso2013/>

XVII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS.

Lleida, del 12 al 15 de noviembre de 2013

Organización: Investen-isciii

Información: <https://encuentros.isciii.es/lleida2013/>

X JORNADAS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS.

'Dolor en cuidados paliativos. Acercamiento entre sociedades científicas para un abordaje interdisciplinar'

Toledo, 14 al 15 de noviembre de 2013

Organización: Sociedad Española de Cuidados Paliativos.

Información: <http://www.secpal2013toledo.com/>

I CONGRESO VIRTUAL – IX REUNIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA.

'Cuidados y Tecnología: una relación necesaria'

Granada, 21 y 22 de noviembre de 2013.

Organización: Fundación Index

Información: <http://www.index-f.com/ri/inicio.php>

XX CONGRESO ANUAL DE LA SOCIEDAD DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

Barcelona, 21 y 22 de noviembre de 2013

Organización: Sociedad Española de Enfermería Neurológica

Información: <http://www.sedene.com/xx-congreso-anual-sedene/>

X CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA

'Innovando en cuidados'

Murcia, del 26 al 28 de Marzo de 2014

Organización: Asociación Española de Enfermería Quirúrgica

Información: <http://www.10enfermeriaquirurgica.com/>

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

'La aventura de envejecer'

San Sebastián, 3 y 4 de Abril de 2014

Organización: Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica

Organización: Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica

Información: <http://congreso.seegg.es/>

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

'Enfermera en C.T.O.: Integrando ciencia y emociones'

Málaga, del 23 al 25 de Abril de 2014

Organización: Asociación Española de Enfermería en Traumatología y Ortopedia (AEETO)

Información: <http://www.fabulacongress.es/congreso/enfermeria-traumatologia/>

35º CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

'Avanzando hacia la autonomía'

Murcia, del 7 al 9 de Mayo de 2014

Organización: Asociación Española de Enfermería en Cardiología

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

30º JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA EN TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Santander, del 7 al 9 de Mayo de 2014

Organización: Asociación Jornadas de Enfermería en Cirugía Ortopédica y Traumatológica y el Hospital de Laredo

Información: <http://www.30enfermeriatraumatologia.com/>

JORNADAS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

'Calidad, el camino hacia la excelencia'

Toledo, 8 y 9 de Mayo de 2014

Organización: Sociedad Española de Enfermería Oncológica

Información: <http://www.seeo.org/>

25º JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERAS GESTORAS SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA

'Comprometidos con la sociedad'

Sevilla, del 21 al 23 de Mayo de 2014

Organización: Asociación Nacional de Directivos de Enfermería

Información: <http://www.25supervisionenfermeria.com/>

XL CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA INTENSIVA Y UNIDADES CORONARIAS

'La atención al paciente crítico: un objetivo sin fronteras'

Madrid, del 15 al 18 de Junio de 2014

Organización: Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias

Información: <http://seeiuc.org/>

Normas de publicación de manuscritos

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

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

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

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

1. NORMAS GENERALES DE PUBLICACIÓN

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

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

Es conveniente conservar copia del trabajo.

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

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

- Tipo de letra será Time New Roman, cuerpo 12, espaciado e interlineado normales.
- Evitar 'hegritas', subrayados o mayúsculas para resaltar.
- Deberán evitarse las abreviaturas o siglas y, cuando sean necesarias, se explicará (la primera vez) entre paréntesis su significado. Se exceptúan las unidades de medida del Sistema de Medidas Internacional.
- Utilizar entrecomillados "... " para citas textuales.
- Utilizar entrecomillados "... " para referencias, títulos o nombres técnicos.
- Utilizar cursiva cuando se utilicen palabras en otro idioma o en latín.
- Las páginas irán numeradas consecutivamente en el ángulo superior derecho.
- En la **primera página** se incluirá, por orden:
 - Título del artículo, que deberá ser conciso y lo suficientemente informativo.
 - Nombre y dos apellidos de los autores (máximo seis).
 - Lugar de trabajo, departamento e institución.
 - Identificación de autor responsable para la correspondencia del manuscrito su dirección electrónica.
 - Apoyos recibidos (si existieran) para la realización del estudio o trabajo.

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

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

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

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

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

En las **siguientes páginas** se incluirá el texto del trabajo o estudio, dividiendo claramente los apartados del mismo.

Los **trabajos o estudios científico-técnicos** deben seguir (de manera general) las fases de la metodología científica:

1. Título
2. Introducción-Justificación.
3. Objetivos: general y específicos.
4. Metodología (material y métodos).
5. Resultados.
6. Discusión-Conclusiones. Aportación del trabajo a la comunidad científica o a la sociedad.
7. Bibliografía.
8. Anexos.

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

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

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

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

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

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

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

2. ILUSTRACIONES

Ilustraciones, tablas, gráficos, fotografías o dibujos:

Se incluirán en el texto del manuscrito en el lugar donde correspondan. Serán sencillas, con título breve y las abreviaturas se explicarán al pie. Es conveniente que sean de formato similar. Deben estar correctamente referenciadas en el texto.

Fotografías, grabados y dibujos:

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

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

3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Se recomienda un máximo de 30 referencias, que deben basarse en las normas del National Library of Medicine http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

4. NORMAS ÉTICAS

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

5. RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE DEBEN CONTENER LOS MANUSCRITOS:

Los trabajos deben enviarse a: colegio@enfermeriacantabria.com

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

¿Tienes alguna información que quieras compartir?

¿Necesitas transmitir alguna información a la sociedad?

¿Quieres conectar con otros profesionales de enfermería?

¿Has realizado un trabajo y necesitas editarlo?

¿Tienes un video sobre enfermería y te gustaría compartirlo?

¿Tienes problemas con póster o imágenes?

El Colegio pone a tu disposición la

Asesoría de COMUNICACION

REVISIÓN DE TRABAJOS EN WORD, POWER POINT, EXCEL O CUALQUIER OTRO PROGRAMA INFORMÁTICO
COMUNICACION DE PRENSA, RADIO O TV - EDICION DE TRABAJOS PARA IMPRENTA, VIDEO, FACEBOOK O TWITER

CONTACTO:

Tel. 942 31 97 20

prensa@enfermeriacantabria.com

gabineteprensa@enfermeriacantabria.com