



Enfermería Científica Altoaragonesa

REVISTA CIENTÍFICA DEL COLEGIO OFICIAL DE
ENFERMERÍA DE HUESCA · NÚMERO 8 · DICIEMBRE 2014

ENFERMERÍA DE CUIDADOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS

- Estudio comparativo de la efectividad de la lidocaína en tres presentaciones diferentes para disminuir el dolor en punciones arteriales
- Percepción del disconfort de los pacientes en la UCI del Hospital San Jorge de Huesca

ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

- Situación actual del Proceso de Enfermería en los centros de salud de un área sanitaria
- CASO CLÍNICO: Conocimientos deficientes: dieta diabética en un adolescente, deportista habitual

Pág.

Índice

Editorial

1

Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos

2

- ✓ Estudio comparativo de la efectividad de la lidocaína en tres presentaciones diferentes para disminuir el dolor en punciones arteriales
- ✓ Percepción del disconfort de los pacientes en la UCI del Hospital San Jorge de Huesca
- ✓ Anexo 1: Encuesta de satisfacción

Enfermería familiar y comunitaria

17

- ✓ Situación actual del Proceso de Enfermería en los centros de salud de un área sanitaria
- ✓ CASO CLÍNICO: Conocimientos deficientes: dieta diabética en un adolescente, deportista habitual

Ayudas a la investigación

33

La biblioteca del Colegio

33

Normas para la publicación de trabajos

34

Premios de Enfermería Santiago Martín Jarauta

38

Agenda

40



Edita

Colegio Oficial de
Enfermería de Huesca
Avda. Juan XXIII, 5

22003 Huesca

Tel. 974 21 30 68

Fax 974 21 42 86

E-mail: colegioenfermeriahuesca

@consejogeneralenfermeria.org

Junta de Gobierno

Presidente

D. Juan Carlos Galindo Lanuza

Vicepresidenta

D.^a Pilar Palacio Nasarre

Tesorero

D. Vicente Murillo Risueño

Secretario

D. Ángel Orduna Onco

Vocales

D. Nuria Puig Comas

D. Antonio Millán Soler

D.^a Concepción Latapia López

D.^a Ana M.^a García Pardos

D.^a Carmen Tosat Mancho

Comité Científico Asesor

Presidente

D. Luis A. Hijós Larraz

Secretaria

D.^a Nuria Puig Comas

Vocales

D. Carlos Viñuales Palomar

D.^a Carmen Campos Avellana

D.^a Carmen Larroche Garcés

D. Arturo Biarge Ruiz

D.^a Carmen Tosat Mancho

Publicación indexada en la
base de datos CUIDEN, de la
Fundación INDEX

Maqueta e imprime

Gráficas Alós. Huesca

Tel. 974 222 113

22006 Huesca

Depósito Legal

HU-104/06

NOTA: *Enfermería Científica Altoaragonesa* no se hace responsable de las opiniones de sus colaboradores ni se identifica necesariamente con las mismas.

Editorial

30 años de Atención Primaria de salud, desarrollo, evolución y futuro

La Conferencia Internacional de Alma-Ata en 1978 definió la Atención Primaria de Salud como: *"la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad"*.

En esta convención se subrayó la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. Su lema fue **"Salud para todos en el año 2000"**.

En mayo de 1986 se abrió en Aragón el primer centro de salud y fue en la localidad de Grañén (Huesca), siendo este el primero de una larga lista que habría de articular la atención de todo el territorio.

A partir de ese primer momento todos los implicados trabajaron para conseguir el objetivo que para la Atención Primaria se había enunciado en Alma-Ata. Se pretendía dar una respuesta a los problemas de salud de los usuarios, considerando la salud en toda su dimensión. Para ello era imprescindible la cooperación entre los servicios sanitarios, sociales, ambientales, organizativos y asociativos de la comunidad.

La accesibilidad a los servicios sanitarios era uno de los problemas más comunes en todo el territorio y por ello se realizaron inversiones en centros de salud y mejoras de los consultorios locales dotándolos de los medios necesarios para garantizar una atención adecuada.

La coordinación entre servicios, y dentro de estos servicios, entre sus profesionales, fue otro de los retos para mejorar y optimizar la atención ofrecida. Los profesionales sanitarios, que hasta entonces trabajaban generalmente de forma individual, aprendieron y se beneficiaron del trabajo conjunto e interdisciplinar. Se perseguía un seguimiento de los pacientes individualizado y longitudinal, y por profesionales sanitarios cercanos y conocedores del entorno de la persona.

La Administración impulsó, favoreció e incentivó la formación de los profesionales tanto interna, dentro de su propio centro, como externa, fomentando la continuidad entre los distintos niveles asistenciales para asegurar la integralidad de la atención.

Con esta reforma se pretendía la atención global y continua a la población durante todo el día y durante toda su vida y para esto se necesitaban tanto recursos económicos y de personal, como estrategias políticas favorecedoras de su implantación y aseguramiento.

A lo largo de estos casi 30 años hemos pasado por épocas de gran ilusión, cegados por el esplendor del cambio de panorama que vislumbrábamos, y por otras en las que las nubes han cubierto el horizonte. Pero los profesionales que creemos, aun hoy, que la reforma era necesaria y el objetivo no estaba equivocado, seguimos trabajando día a día por acercarnos a su consecución. Cada usuario que consigue beneficiarse de nuestro trabajo es un logro conseguido. Aunque somos conscientes de la utopía, no renunciamos a ella.

Muchas son las críticas que se hacen al desarrollo de la Atención Primaria de Salud, entre ellas la de que no se han conseguido los objetivos en el tiempo planteado. Tenemos que reconocer que la reforma no se llevó a cabo de forma homogénea en todo el territorio, ni siquiera dentro de una misma región o dentro de un mismo sector de salud. El diferente grado de implantación de los servicios y programas en los centros de salud es muy acusado, no en vano no fue hasta septiembre de 2006 cuando se aprobó y se estableció la Cartera de Servicios comunes para el Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (BOE. Real Decreto 1030/2006).

Estas diferencias han motivado críticas frecuentes a la Atención Primaria. Se censura que solo se evalúan los procesos y no los resultados en salud, sin tener en cuenta que los centros no tienen el mismo nivel de desarrollo, circunstancia esta que imposibilita una evaluación global y una consiguiente implementación de mejoras homogénea.

Los resultados de encuestas sobre satisfacción de los usuarios son muy favorables. Y aunque el desarrollo de la infraestructura, claramente necesaria, ha aumentado la burocratización del sistema, el uso de las nuevas tecnologías debe minorarla mejorando la accesibilidad.

La implantación generalizada de la historia clínica como herramienta de trabajo, primero en papel y actualmente electrónica, ha permitido obtener buenos resultados en el control de las patologías crónicas, pero el nivel de desarrollo a nivel tecnológico es todavía insuficiente, ya que la información todavía no está accesible fuera del Centro de Salud de Referencia.

Vivimos este presente pero seguimos enfrentándonos a un reto aceptado. Pretendemos aplicar nuestra fuerza, voluntad y conocimientos en, para, con y por la comunidad para lograr que la Atención Primaria se convierta en: **"la asistencia sanitaria esencial"** tal y como se planteó hace ahora 36 años.

Carmen Campos Avellana

Enfermera de Atención Primaria, C. S. de Grañén

“Estudio comparativo de la efectividad de la lidocaína en tres presentaciones diferentes para disminuir el dolor en punciones arteriales”

Autores: Allué Gracia, A. I.; Castel Langa, M. P.; Guallar Ballarín, A.; Huerva Sambia, A. M.; Sarasa Hernández, M.; Ordás Bitrián, M. Enfermeras de Neumología del Hospital San Jorge de Huesca

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Allué Gracia, A. I.; Castel Langa, M. P.; Guallar Ballarín, A.; Huerva Sambia, A.; Sarasa Hernández, M.; Ordás Bitrián, M. Estudio comparativo de la efectividad de la lidocaína en tres presentaciones diferentes para disminuir el dolor en punciones arteriales. *Enfermería Científica Altoaragonesa*; 2014; N.º 8: págs. 2-6

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este estudio es conocer, mediante la escala EVA, la efectividad de las tres presentaciones de lidocaína (subcutánea, en crema y parche transdérmico) en las punciones arteriales realizadas en una muestra de los pacientes de la Unidad de Neumología del Hospital San Jorge de Huesca y si tiene alguna relación con la edad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cuasiexperimental prospectivo observacional con grupo control no equivalente para la comparación de la disminución de la percepción del dolor producida por tres métodos anestésicos en la técnica de la punción arterial evaluada mediante la escala EVA.

RESULTADOS

Con la lidocaína subcutánea (LS) la media de valor de la escala fue de 0,95 (DT 1,12). Con la lidocaína en crema (LC) la media de la escala EVA fue de 2,83 (DT 2,41). La media de las punciones con la lidocaína en parche (LP) fue de 2,25 (DT 2,18). Siendo significativas las diferencias entre LS y los otros dos grupos (LC y LP). No hubo diferencias significativas con la edad.

CONCLUSIÓN

Los resultados sugieren que a pesar de que todas las técnicas aplicadas son efectivas, se ha evidenciado que las punciones con LS dan un resultado significativamente más bajo que aquellas punciones con LC y LP.

PALABRAS CLAVE

Dolor, punción arterial, anestesia local, lidocaína.

INTRODUCCIÓN

La punción arterial para gasometría es una técnica de uso frecuente en la práctica clínica, se ha demostrado que la punción arterial resulta dolorosa y es causa importante de ansiedad y de cambios en el patrón ventilatorio en el paciente⁽¹⁾.

La SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica) recomienda que el uso de anestesia local es eficaz para atenuar este dolor⁽²⁾. A pesar de esto, no es una práctica habitual de enfermería⁽³⁾.

La lidocaína es el anestésico local más empleado y puede aplicarse con punción subcutánea, en crema y también en forma de parche.

LIDOCAÍNA EN PARCHES (LP)

Es un método tópico del manejo del dolor, principalmente neuropático, aunque puede tener otros usos⁽⁴⁾. Se trata de un apósito adhesivo y flexible, impregnado de lidocaína al 5 % en una base acuosa hidrogel. Fue descubierto por el doctor norteamericano H. Hind en 1989. Se comercializó en 1999, estando disponible en España a partir de marzo de 2009.

La pequeña cantidad que pasa de la lidocaína del parche a la piel es suficiente para reducir o evitar el dolor por bloqueo de las fibras nerviosas de la zona afectada. El efecto del parche es de analgesia prolongada en la zona donde se produce dolor, sin causar efecto anestésico. Se absorbe únicamente un 3 % de la dosis total aplicada, por ello hay baja probabilidad de los efectos sistémicos adversos. También se reduce la interacción medicamentosa en pacientes polimedicados^(5, 6).

En un principio, las aplicaciones de este parche son para evitar el dolor de tipo neuropático, tipo neuralgia del trigémino, neuropatías, radiculopatías y toda la gama reumatológica. Su duración es de 12 horas. No se recomienda su uso en personas menores de 18 años y embarazadas por falta de estudios sobre dichos grupos⁽³⁾.

Su uso podría ser una solución novedosa y eficaz para eliminar el dolor en la técnica de la punción arterial.

LIDOCAÍNA TÓPICA EN CREMA (LC)

Para las punciones arteriales realizadas también está indicada la lidocaína en forma de crema anestésica, constituida por una mezcla de lidocaína y prilocaína al 5 %. Existen trabajos bibliográficos con diferentes resultados respecto a su eficacia⁽⁷⁾.

LIDOCAÍNA SUBCUTÁNEA (LS)

La administración subcutánea de lidocaína es la que logra el comienzo más rápido de la acción analgésica. Por el contrario, es la técnica más traumática para el paciente y la más complicada por desconocimiento y por la falta de protocolo enfermero para su aplicación en la punción arterial^(9, 10, 11).

OBJETIVO

El objetivo de nuestro estudio es conocer cuál de las tres presentaciones de los tipos de anestésicos mencionados es más efectivo en las punciones arteriales realizadas y si tiene alguna relación con la edad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuasiexperimental prospectivo observacional con grupo control no equivalente en el Hospital San Jorge de Huesca desde abril de 2011 hasta abril de 2013.

En la muestra de este estudio se incluyeron todos los pacientes a quienes se había realizado una punción en la 6.ª planta de dicho hospital (neumología) con anestesia local, y como grupo control las punciones sin anestesia realizadas a dicha muestra en otras unidades. De forma correlativa se aplicaron los tres tipos de anestesia. Tras cada punción se pidió al paciente que cuantificara el dolor con la escala EVA. Se excluyó del estudio a los pacientes que no pudieron cuantificar claramente la escala EVA.

La intervención consistió en la realización de tres pautas de actuación diferentes para la aplicación de la anestesia local: lidocaína en parche (LP), lidocaína tópica en crema (LC), lidocaína subcutánea (LS):

- A Pauta de actuación para la aplicación de LP:
- Ante todo, se valoraron antecedentes de alergias relacionadas con la lidocaína.
 - Se revisó que la zona de aplicación del parche no estuviese lesionada. Se rasuró el vello si fue necesario para asegurar la correcta adhesión.
 - Se utilizó aproximadamente 4 cm² del parche, teniendo en cuenta que el resto podría ser utilizado como máximo en un plazo no superior a 14 días, conservándolo perfectamente sellado en su sobre original, a temperatura ambiente, lejos de humedades y fuentes de calor.
 - Se adhirió el parche a la zona de elección y se dejó actuar 30-45 minutos.
- B Pauta de actuación para la aplicación de LC:
- Se verificó si existían antecedentes de alergias relacionadas con la lidocaína y/o prilocaína.
 - Se aplicó una capa gruesa, 1 g aproximadamente, extendiéndola cuidadosamente en la zona del antebrazo (sobre y alrededor del trayecto de la arteria radial que se iba a punccionar) con un masaje suave.
 - Se cubrió la zona de elección con un apósito de plástico.
 - Se dejó actuar entre 45-60 minutos. Su acción depende del tiempo de aplicación, de las características y el grosor de la piel⁽⁸⁾.
- C Pauta de aplicación para la actuación de LS:
- Se verificó si existían antecedentes de alergias a la lidocaína.
 - Se inyectó lidocaína al 1 % a un centímetro distal de la zona donde se localiza el pulso, comprobando previamente el no acceso a vía sanguínea.
 - Se infiltró lentamente de 0,2 a 0,3 cc de anestésico local con un ángulo de 30-45° dependiendo de la profundidad del pulso. Se recomienda esperar 2-3 minutos mientras se da un suave masaje sobre la zona con una gasa, para ayudar a la difusión de la anestesia y dar tiempo a que esta sea efectiva.
 - Se explicó al paciente la técnica a realizar y las sensaciones que puede percibir (sensación de “ardor” o “pinchazo”).

se midió con la escala EVA. Consistió en interrogar al paciente sobre su nivel de dolor utilizando la numeración del 0 al 10, siendo 0 (ausencia del dolor) y 10 (mayor intensidad del dolor), de manera que el paciente pudiese indicar con un número la intensidad del dolor que se estaba evaluando; en nuestro caso, el grado del dolor en la punción arterial⁽¹²⁾. La cifra numérica dada por el paciente se tradujo en los siguientes rangos de dolor⁽¹³⁾:

0 SIN DOLOR
1-3 LEVE
4-7 MODERADO
8-10 SEVERO

Para el análisis de datos se recogieron en una grafica de Excel las diferentes variables (tipo de anestesia, escala EVA, edad y sexo). La comparación estadística de los resultados de escala EVA con técnicas anestésicas se realizó mediante la prueba de t-test y ANOVA considerando diferencias significativas para valores p menor o igual a 0,05.

El análisis estadístico se analizó con el programa GraphPad. Versión 5.5.

RESULTADOS

Se recogieron en el estudio un total de 116 punciones (64 hombres y 48 mujeres).

Con edades comprendidas entre 45 y 85 años. Siendo menores de 50 años - 8 personas, entre 50 y 60 años - 12 personas, entre 60 y 70 años - 35 personas, entre 70 y 80 años - 28 personas y mayores de 80 años - 29 personas.

Las punciones sin anestesia fueron 25 y con anestesia 91. De estas últimas, 30 se pincharon con anestesia subcutánea (LS), 34 con crema (LC) y 27 con parche de lidocaína (LP).

La media de la escala EVA de los pacientes sin anestesia es de 7,08 (DT 1,85); mientras que la media de la escala en los pacientes con la punción de anestesia es de 2,12 (DT 2,18), siendo estas diferencias significativas (figura 1).

Los datos que se obtuvieron en la aplicación de la escala EVA tras la punción arterial indicaron que

La variable dependiente para conocer la intensidad del dolor durante la técnica de punción arterial

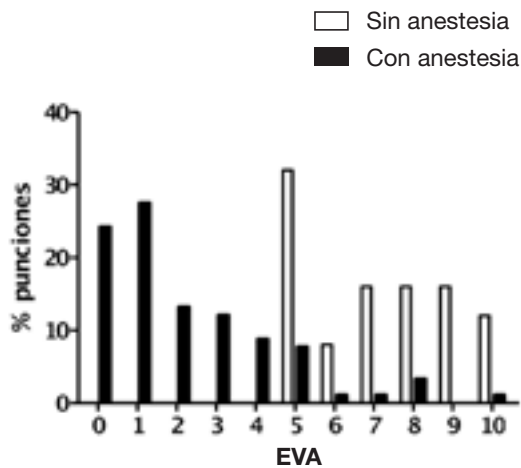


Figura 1: Percepción dolor anestesia vs. grupo control

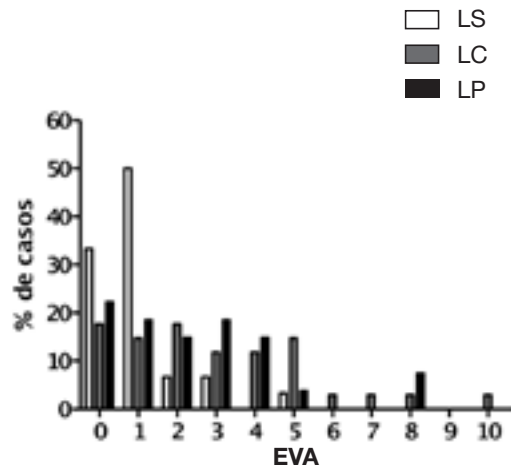


Figura 2: Percepción dolor tipo de anestesia utilizada

con la LS la media de valor de la escala EVA fue de 0,95 (DT 1,12); con LC la media de la escala EVA es de 2,83 (DT 2,41); y que la media de las punciones con LP es 2,25 (DT 2,18).

Los resultados mostraron que la escala EVA de las punciones con LS fue significativamente más baja que con LC y LP, pero que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre LC y LP (figura 2).

Al analizar las diferencias relativas al sexo, no fueron significativas entre hombres y mujeres con o sin anestesia (Tabla 1). Con respecto a los grupos de edad en el caso de anestesia no existió diferencia entre distintos grupos de edad. En cambio, en la condición sin anestesia, el grupo de 70-80 y > 80 años experimentó más dolor que el de 60-70 años.

DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

Se puede afirmar la existencia de dolor importante durante la punción arterial, dado que la totalidad de los pacientes a los que se les realizó la punción sin anestesia manifestaron un dolor entre moderado y severo.

Las tres técnicas que se utilizaron fueron efectivas en la disminución de la percepción del dolor, destacando la técnica LS con mejores resultados.

Destaca que la técnica LP es de gran efectividad, y su aplicación constituyó una novedad en este estudio ante la falta de referencias bibliográficas al respecto en España y las pocas existentes a nivel europeo, encontrándose un artículo que hacía referencia al uso de LP en Austria. En este se trataba de un parche que asocia lidocaína y tetracaína, y cuyos

Tabla 1. Diferencias según sexo y anestesia

		Anestesia	
		SÍ	NO
Sexo	Hombre	2,13 (DT 2,12)	7,08 (DT 1,49)
	Mujer	2,32 (DT 2,52)	7,08 (DT 2,24)

resultados demostraron que la eficacia en las punciones arteriales fue óptima y no inferior a la LS.

En nuestro estudio se puede afirmar que la media de la escala EVA en estos pacientes es de 3-4⁽⁵⁾, utilizando el parche de lidocaína usado habitualmente en nuestro medio. Asimismo, los resultados fueron óptimos, a pesar de encontrar que la LS fue más efectiva, cabe indicar que las técnicas transdérmicas (LP y LC) son muy fáciles en cuanto a su aplicación.

En conclusión, este resultado es claramente indicativo de la efectividad de estas técnicas. Por ello se considera útil el resultado, y su difusión adecuada para contribuir al propósito de este estudio: instaurar el uso de anestesia local en las punciones arteriales en el resto del hospital, venciendo el respeto del personal de enfermería a la punción de LS y/o animando a usar la LC o LP al ser de una efectividad similar.

Bibliografía

- (1) Díaz López J, Servera Pieras E, Castaño Clavero R, González Villaescusa C, Fontana Sanchís I, Martín Pardo J. Miedo, dolor y cambios ventilatorios tras la punción arterial para gasometría sin anestesia local. *Enferm cient.* 2003; 252-253:46-8.
- (2) Rodríguez R, García A. Normativa sobre gasometría arterial. Recomendaciones SEPAR 6, 1987.
- (3) Valero Marco AV, Martínez Castillo C, Maciá Soler L. Anestesia local en la punción arterial: actitudes y conocimientos de enfermería. *Arch Bronconeumol.* 2008; 44:360-3
- (4) Medline Plus en español [en Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE.UU); [actualizado 28 may 2013; consulta 28 may 2013]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/>.
- (5) Ruetzler K, Sima B, Mayer L, Golescu A, Dunkler D, Hutschala D, *et al.* Lidocaine/tetracaine patch (Rapydan) for topical anaesthesia before arterial access: a double-blind, randomized trial. *Br J Anaesth.* 2012;109(5):790-6.
- (6) Aaron SD, Vandemheen KL, Naftel SA, Lewis MJ, Rodger MA. Topical tetracaine prior to arterial puncture: a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Respir Med.* 2003;97:1195-9.
- (7) Godoy Mayoral R, López Miguel P, Ruano Zoroa N, Pérez Sánchez D, Sanchís Fillol D, Vizcalla M. Acción de la pomada anestésica EMLA en gasometrías arteriales. *Rev Patol Respir.* 2010;13(2):69-72.
- (8) Tran N, Pretto J, Worsnop C. A randomized controlled trial of the effectiveness of topical amethocaine in reducing pain during arterial puncture. *Chest.* 2002;122(4): 1357-60.
- (9) Ostrovskii V. On local anesthesia in arterial puncture. *Eksp Khir Anesteziol.* 1964;17:88-90.
- (10) Lightowler J, Elliott M. Local anaesthetic infiltration prior to arterial puncture for blood gas analysis: a survey of current practice and a randomised double blind placebo controlled trial. *J R Coll Physicians Lond* 1997;31(6):645-6.
- (11) Hudson T, Dukes S, Reilly K. Use of local anesthesia for arterial punctures. *Am J Crit Care.* 2006;15(6):595-9.
- (12) Bugado G, Dagnino J, Muñoz H, Torregosas S. Escala visual analógica: Comparación de seis escalas diferentes. *Rev Chil Anestesia* 1989; 18:132.
- (13) Giner J, Casan P, Belda J, González M, Miralda R, Sanchis J. Pain during arterial puncture. *Chest.* 1996;110(6):1443-5.

Percepción del disconfort de los pacientes en la UCI del Hospital San Jorge de Huesca

**Autores: Eito Arnal, A. J.; Mendoza Muro, G.; Pardillos Vicente, Y.;
Diplomados en Enfermería y miembros del personal de UCI del Hospital San Jorge de Huesca**

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Eito Arnal, A. J.; Mendoza Muro, G.; Pardillos Vicente, Y.; Percepción del disconfort de los pacientes en la UCI del Hospital San Jorge de Huesca. *Enfermería Científica Altoaragonesa*; 2014; N.º 8: págs. 7-16

RESUMEN

OBJETIVO

Observar el grado de disconfort de los pacientes ingresados en nuestra unidad y los factores relacionados más influyentes.

METODOLOGÍA

Estudio observacional analizando las encuestas de satisfacción del paciente ingresado en UCI durante el año 2011 y entregadas al alta.

RESULTADOS

Se entregaron un total de 188 encuestas, de las cuales se devolvieron 77 respondidas. De los 77 pacientes, 56 eran varones (72,72 %) y 21 mujeres (27,27 %), con una media de edad de 64,02 años en el caso de los hombres y de 58 años en las mujeres. De las veinte preguntas de que consta la encuesta, se escogieron las relacionadas con el tema objeto de estudio, el confort-disconfort. De los pacientes que entregan la entrevista, solo 2 de ellos consideran el

disconfort como sentimiento más importante experimentado durante el ingreso. El resto de pacientes le dieron más importancia a otros sentimientos (dolor, ansiedad, insomnio, falta de intimidad, miedo y soledad). La falta de intimidad no fue un factor destacable por parte de ninguno de los pacientes. Destacan sobre el resto, en un número muy similar, el dolor y el insomnio como los sentimientos que más preocupan; seguidos por la ansiedad y la soledad, en menor proporción.

CONCLUSIONES

Los pacientes aprecian alto grado de confortabilidad durante el ingreso, siendo los ruidos el factor estresante más reseñado. Al igual que en otros estudios, se verifica que dolor es el sentimiento más importante para los pacientes ingresados en UCI al alta.

PALABRAS CLAVE:

Disconfort, paciente de UCI, factores estresores, enfermera.

INTRODUCCIÓN

Ya lo enunciaba así la madre de la enfermería, Florence Nightingale (1820-1910): “El equilibrio en los elementos del entorno (ventilación, temperatura, ruido, dieta, higiene e iluminación) es fundamental para conservar y preservar la salud. Estos elementos actúan sobre el paciente de forma directa” en el momento en que se presenta un problema de salud que hace necesario un ingreso hospitalario, durante el que la persona adopta el rol de paciente y se integra en un nuevo medio, a menudo desconocido para él.

La presencia de tecnología sofisticada, alarmas interminables y ruidosas, olores desagradables, personal desconocido, luces potentes, dolor, falta de intimidad, falta de control sobre uno mismo... todos son factores presentes en el medio hospitalario que contribuyen a disminuir la sensación de confort^(1,2,3).

El confort es un término francés aceptado por la Real Academia Española (RAE), que procede del inglés “confort”. Se trata de aquello que brinda comodidades y genera bienestar al usuario.

El personal de Enfermería se encuentra en una posición estratégica y privilegiada para identificar la existencia de estos factores y su influencia en el bienestar del paciente. Sus intervenciones deben estar directamente dirigidas a minimizar los efectos nocivos de estos y ofrecer cuidados de calidad, contribuyendo a que la estancia sea confortable.

En una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), estos factores no solo están presentes sino que su efecto se potencia debido a las características físicas, técnicas y metodológicas del servicio. En un espacio más reducido que el destinado a una planta de hospitalización se concentra mayor número de profesionales y de equipamiento técnico, que favorecen la aparición de ansiedad, disconfort, miedo e inseguridad. Se añade el hecho de que el paciente ingresado en UCI es más vulnerable y tiene menor capacidad para enfrentarse al estrés⁽⁴⁾.

En diversos estudios se han analizado e identificado multitud de factores denominados estresores, presentes concretamente en el ambiente de UCI^(5,6,7).

En el presente estudio se analizan cuatro de ellos (ruido, iluminación, comodidad e intimidad) y se identifican cuáles son los que más influyen sobre el disconfort de nuestros pacientes.

El objetivo principal de nuestro estudio es observar el grado de disconfort de los pacientes ingresados en nuestra unidad y los factores estresores más influyentes.

MÉTODO

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Población: Pacientes dados de alta médica en la UCI del Hospital San Jorge de Huesca durante el año 2011.

Este hospital atiende a una población de aproximadamente 110.000 habitantes. Consta de 312 camas en habitaciones dobles y triples. El servicio de UCI cuenta con 10 boxes (6 de ellos cerrados), más uno para exploraciones y pruebas especiales. Cuatro de los boxes disponen de TV individual. El personal que lo integra está formado por 7 médicos intensivistas (incluye 1 jefe de servicio), 20 enfermeras (incluye 1 supervisora) y 13 auxiliares de enfermería.

Se trata de una UCI polivalente, que incluye diversas patologías. Durante el año 2011 se registraron 430 ingresos, de los cuales el 28,14 % fueron de patologías coronarias. El resto se dividen en: postoperatorios 31,9 %, traumatología 3,3 % digestivo 4 %, medicina interna 2,8 %, neurología 2,1 %, nefrología 2,1 %, paciente séptico 5,6 %, endocrino 0,9 % y servicios quirúrgicos 3,7 %.

Fuentes de datos: Encuestas de satisfacción entregadas al alta a los pacientes ingresados en UCI.

El modelo de encuesta entregado fue elaborado por un grupo de trabajo compuesto por personal médico y de enfermería de la unidad y validado por la dirección del centro. Los resultados de las encuestas forman parte de la memoria anual de la unidad.

En este cuestionario se recogen preguntas de diversa índole, además de un espacio de observaciones y sugerencias. Las preguntas que recogen

variables sociodemográficas se refieren a la edad, sexo e ingresos anteriores en UCI. Las preguntas relacionadas con el tema objeto de estudio, el confort-disconfort, son 3: los ítems 3 y 6 (escala de Likert), y el 5 (escala diferencial semántico).

El personal de enfermería valora al alta si el paciente se encuentra en condiciones de responder la encuesta. Los motivos de inclusión y exclusión del estudio quedan registrados en el *Libro de entrega de encuestas*, donde se reseñan las incidencias y motivos si no se le proporciona. Se informa de la voluntariedad, anonimato y propósito de la encuesta, que es obtener información para mejorar la atención prestada a los pacientes ingresados e incidir en el mejor conocimiento de sus necesidades.

Los datos fueron analizados en sesiones de trabajo, siguiendo métodos de estadística descriptiva, y procesando los datos a través de una hoja de cálculo de Microsoft Excel. En cuanto al análisis descriptivo, las variables cualitativas se presentan mediante porcentaje de cada categoría; en el caso de las variables cuantitativas se calculó con la media y la desviación estándar.

RESULTADOS

Se entregaron un total de 188 encuestas, de las cuales se devolvieron 77. No todas las encuestas fueron contestadas de forma correcta, estando las respuestas de algunos ítems en blanco o erróneas.

PORCENTAJE POR SEXO



Gráfico 1

RANGOS DE EDADES

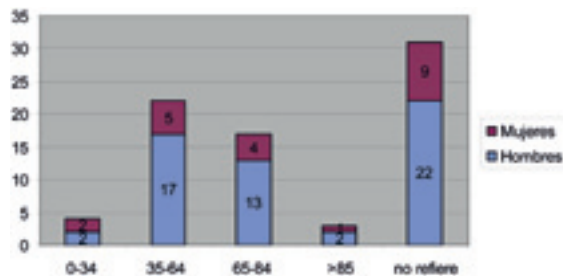


Gráfico 2

De los 77 pacientes, 56 eran varones (72,72 %) y 21 mujeres (27,27 %), con una media de edad de 64,02 ($\pm 14,30$) años en el caso de los hombres y de 58 ($\pm 20,73$) años para las mujeres. (Gráficos 1 y 2).

INGRESOS ANTERIORES EN UCI

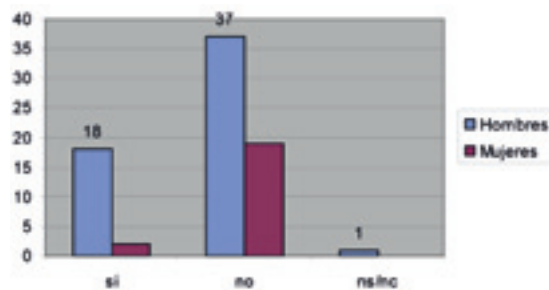


Gráfico 3

La pregunta sobre ingresos anteriores en UCI fue la que reflejó un mayor porcentaje de respuestas, encontrando que solamente una persona no la contestó. La mayoría de los pacientes, tanto hombres como mujeres, refirió no haber sido ingresados anteriormente en una UCI. (Gráfico 3).

GRADO DE DISCONFORT

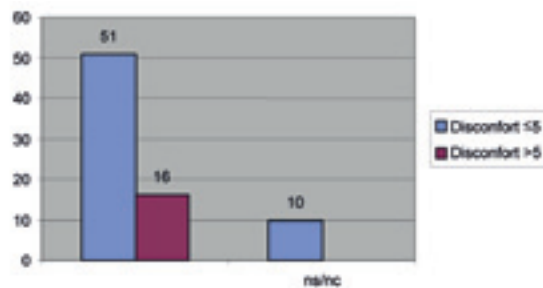


Gráfico 4

En el gráfico 4 se reflejan los datos relativos al ítem 5, referentes al desconfort, dividiendo las respuestas de la escala en dos grupos iguales. Se refleja que el sentimiento de desconfort superior a 5 solo es manifestado por una minoría de pacientes.

ES EL DISCONFORT EL SENTIMIENTO MÁS IMPORTANTE

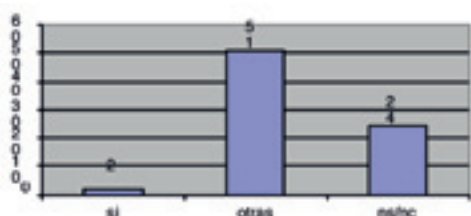


Gráfico 5

Cuando se les pregunta a los pacientes sobre el sentimiento más importante experimentado durante su ingreso en nuestra UCI, encontrándose que solamente 2 de ellos consideran que es el desconfort. (Gráfico 5).

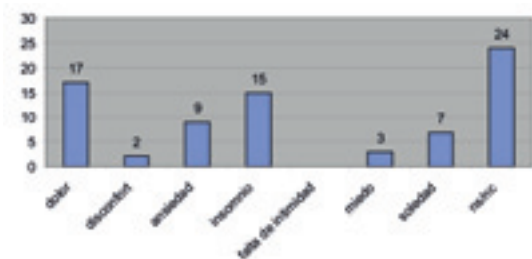


Gráfico 6

El resto de pacientes consideraron estos otros sentimientos como los más importantes. Es reseñable igualmente que la falta de intimidad no fue un factor destacable por parte de ninguno de los pacientes. Destacan sobre el resto, en un número muy similar, el dolor y el insomnio como los sentimientos que más preocupan; seguidos por la ansiedad y la soledad, en menor proporción. (Gráfico 6).

RUIDOS

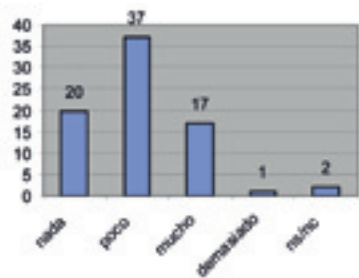


Gráfico 7

INTIMIDAD

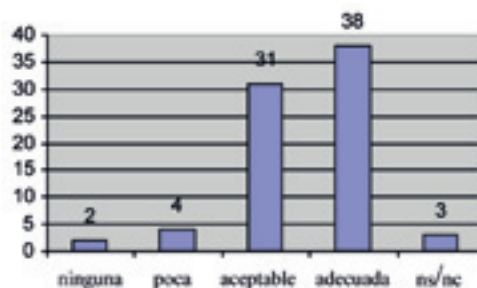


Gráfico 8

ILUMINACIÓN

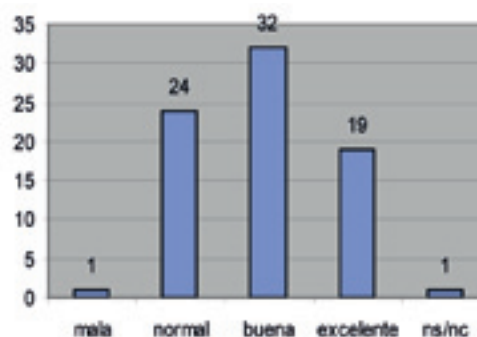


Gráfico 9

COMODIDAD

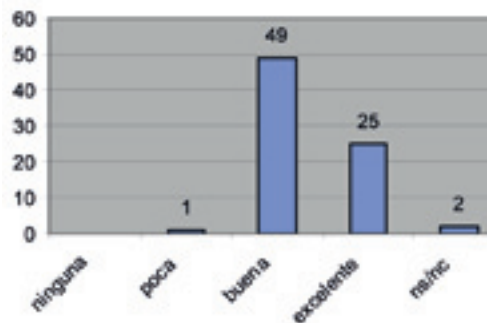


Gráfico 10

En los gráficos 7, 8, 9 y 10 se valora el ítem 3. Cuando se pregunta respecto a la confortabilidad se evalúan cuatro aspectos: ruidos, iluminación, comodidad e intimidad.

Todos los valores indican un alto grado de confortabilidad de los pacientes, excepto un 23,37 % que expresa que hay muchos o demasiados ruidos en la unidad (Gráfico 7).

DISCUSIÓN

En primer lugar, señalar que un 23,88 % de los pacientes ingresados en la UCI manifiestan disconfort, pero solamente un 3,77 % lo refieren como la percepción mas importante, estos resultados obtenidos nos indican que, aunque no se hallan registradas en ningún protocolo de enfermería de la unidad, las medidas que actualmente se llevan a cabo para favorecer el confort y bienestar del paciente durante su estancia en UCI podrían considerarse como efectivas, pero dicha afirmación debería ser avalada por la comparación con otros estudios en los cuales no se cumplieran las mismas, estas son:

- Reducción de la intensidad lumínica de la sala durante la noche.
- Administración de medicación analgésica e hipnótica pautada.
- Cerrar las puertas de los boxes.
- Toma de constantes antes de la conciliación del sueño y evitar tomas sucesivas durante el descanso nocturno.
- Disminución del volumen de voz del personal.
- Modificar el volumen de las alarmas, siempre que sea posible.
- Preparar al paciente para el descanso: estirar o cambiar la ropa de cama si es necesario, hidratación cutánea, ofrecer alguna bebida caliente.
- Colocación de biombos y cortinas durante el aseo diario y en aquellos procedimientos que requieran intimidad.
- Asegurarse de que el colchón es el adecuado a las características del paciente.
- Facilitar la entrada de luz natural.
- Incluir en la rutina diaria la comunicación directa y animar al paciente a que exprese sus sentimientos, miedos e inquietudes.
- Transmitir sensación de seguridad y confianza en nuestro trabajo.
- Explicar las técnicas antes de su realización y su objetivo.
- Identificarnos ante el paciente y sus familiares.
- Respetar el tiempo que el paciente comparte con su familia.

- Mantener el box ordenado y limpio, así como la mesa del paciente y objetos que va a utilizar.

De los factores analizados en el presente estudio, únicamente los ruidos podrían influir negativamente en la confortabilidad de los pacientes. El resto de parámetros ofrecen unos valores satisfactorios, aunque no por ello no mejorables, sobre nuestra labor diaria.

En cuanto al dolor y al insomnio, que son los dos sentimientos más importantes expresados por los pacientes, se podría conseguir un mejor control de los mismos mediante una mayor colaboración y comunicación entre todos los profesionales que integran la unidad. Tal y como se refleja en el estudio de 2006 de la SEMICYUC sobre la monitorización del dolor⁽⁸⁾, se coincide en señalar que todos los miembros del equipo de UCI deben poder detectar una situación de dolor; y especialmente el personal de Enfermería debe conocer, monitorizar y tratar dichos estados.

Por todo ello se propone la implementación de un decálogo que incluya las medidas anteriormente descritas, destinadas a fomentar el bienestar del paciente ingresado en UCI, y mediante las cuales creemos que sería posible disminuir los niveles de disconfort.

De los distintos parámetros analizados, el disconfort es un diagnóstico de Enfermería y los demás (dolor, ansiedad, insomnio, falta de intimidad, miedo y soledad) posibles factores causales o evidencias del mismo, por lo que sería aconsejable en la reevaluación posterior modificar parcialmente la encuesta de satisfacción utilizada (los ítems 5 y 6); lo que podría identificar más fácilmente la importancia de las intervenciones realizadas.

En conclusión, el disconfort es un sentimiento que se manifiesta en los pacientes ingresados en la UCI, aunque en sí mismo no es considerado importante, no ocurriendo lo mismo con el dolor, insomnio, ruido ambiental... que son características definitorias del diagnóstico enfermero de disconfort, por lo que en la UCI se debe establecer un plan de cuidados encaminado para el adecuado control del confort percibido.

Bibliografía

- (1) Madden C.S. Environmental Considerations in critical care interiors. *Critical Care Nursing Quarterly* 1991; 14 (1): 43-49.
- (2) Geary S. Intensive care unit psychosis revisited: understanding and managing delirium in the intensive care setting. *Critical Care Nursing Quarterly* 1994; 17 (1): 51-63.
- (3) Granberg A., Engberg I.B., Lunderg D. Intensive care syndrome: a literature review. *Intensive and Critical Care Nursing* 1996; 12: 173-182.
- (4) Perea Baena M.C. El silencio en la UCI, ¿una utopía? *Evidentia* 2006; 3(10).
- (5) Hewitt J. Psycho-affective disorder in intensive care units: a review. *Journal Clinical Nursing* 2002; 11: 575-584.
- (6) So H.M., Chan, D.M.K. Perception of stressors by patients and nurses of critical care units in Hong Kong. *International Journal of Nursing Studies* 2004; 41 (1): 77-84.
- (7) Hweidi I.M., Jordanian patient's perception of stressors in critical care units: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing studies* 2007; 44(2): 227-235.
- (8) Pardo C., Muñoz T., Chamorro C. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Medicina Intensiva* 2006; ISSN 30(8): 0210-5691.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento a: Luis A. Hijós, tutor; Carlos Serón, médico jefe de la UCI del Hospital S. Jorge de Huesca, y Paz Serrano, supervisora de Enfermería.

Y a todas las compañeras/os de la UCI que han colaborado en la entrega y recogida de encuestas.

Huesca, abril de 2012

ANEXO 1: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A PACIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

HOJA INFORMATIVA

Estimados señores:

En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) nos parece fundamental mejorar la atención que prestamos a **los pacientes ingresados**.

Para ello necesitamos conocer su opinión acerca de ciertos aspectos relacionados con el funcionamiento de la UCI, por lo cual les agradecemos que rellenen el siguiente cuestionario que es voluntario y anónimo, **depositándolo en el buzón colocado en la Salita de Familiares**.

No dude en preguntarnos aquello que considere oportuno y reciba nuestro agradecimiento por anticipado.

Unidad de Cuidados Intensivos
Hospital San Jorge de Huesca

Los siguientes datos se refieren a Usted como paciente:

Sus respuestas no servirán para conocer cuáles son sus necesidades.

Responda cada pregunta señalando la opción que considere más correcta.

Al final del cuestionario puede hacernos aquellas sugerencias que considere oportunas.

Gracias por su colaboración.

SEXO H M

EDAD:

¿HA ESTADO ANTERIORMENTE EN OTRA UCI?

SÍ NO

1. ¿Se ha sentido bien cogido en el momento del ingreso?

SÍ NO

2. ¿Qué impresión ha tenido del Box donde se le ha ubicado respecto al orden y a la limpieza?

Insuficiente Poco aceptable Aceptable

3. Le ha resultado confortable respecto a los siguientes aspectos.

(señale con una cruz su opción)

Ruidos: nada poco mucho demasiado

Iluminación: nada poco mucho demasiado

Comodidad: nada poco mucho demasiado

Intimidad: nada poco mucho demasiado

4. ¿Cuál es su opinión respecto a la comida en los siguientes aspectos?:

(señale con una cruz su opción)

Presentación: mala normal buena excelente

Variedad: mala normal buena excelente

Calidad: mala normal buena excelente

5. Durante su estancia, ¿ha experimentado alguno de estos sentimientos?

(señale con un círculo su opción, dentro de la escala del 1 al 10)

Dolor: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Disconfort: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

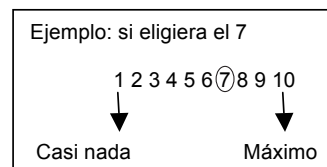
Ansiedad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Insomnio: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Falta de intimidad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Miedo: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Soledad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



6. Durante su ingreso en UCI: ¿Cuál de los anteriores sentimientos ha sido el más importante para Usted?

Dolor Discomfort Ansiedad Insomnio
Falta de intimidad Miedo Soledad

7. ¿Conoce el nombre de los médicos que le han atendido?

SÍ NO Algunos

8. A su ingreso ¿Fue informado de la situación clínica y del tratamiento a aplicar?

SÍ NO

9. La información que diariamente ha recibido ha sido.

Nada clara Poco clara Clara

10. ¿Cree que la información recibida cambia según el médico que les atiende?

Nada Poco Bastante Mucho

11. En caso de querer hablar con el médico, le resultó:

Difícil Muy difícil Fácil Muy fácil

12. ¿Conoce el nombre de enfermeros/as que le atendieron durante su estancia en la UCI?

SÍ NO

¿Y el nombre de las auxiliares?

SÍ NO

13. ¿Le resultó fácil o difícil hablar con los enfermeros/as cuando lo necesitó?

Fácil Difícil

¿Y con las auxiliares?

Fácil Difícil

14. ¿Le explicaron las técnicas y cuidados que se le han realizado por parte de enfermeros/as y auxiliares?

SÍ NO

15. ¿Cómo les ha parecido, en conjunto, el trato que les han prestado los siguientes profesionales?

Médico: Muy malo Malo Bueno Muy bueno

Enfermero/a: Muy malo Malo Bueno Muy bueno

Auxiliar: Muy malo Malo Bueno Muy bueno

16. ¿Le han informado del horario de visitas?

SÍ NO

17. ¿Considera suficiente el tiempo estipulado para las visitas en los siguientes aspectos?

Tiempo de duración de visita: Corto Adecuado Largo

Número de visitas día: Son pocas Suficientes Demasiadas

18. ¿Ha echado en falta a otras personas que le puedan ayudar? (Intérpretes, asistente social, sacerdote...)

SÍ NO

¿Cuál?.....

19. En General, califique del 1 a 10 su grado de satisfacción durante su estancia en UCI: (señale con un círculo su opción, dentro de la escala del 1 al 10)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Situación actual del Proceso de Enfermería en los centros de salud de un área sanitaria

Autoras: Azagra Antín, A.; Marín Vega, S. Enfermeras especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalajara-Sur (Guadalajara)

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Azagra Antín, A.; Marín Vega, S. Situación actual del Proceso de Enfermería en los centros de salud de un área sanitaria. *Enfermería Científica Altoaragonesa*; 2014; N.º 8: págs. 17-22

RESUMEN

Son numerosos los autores que en los últimos años ponen de manifiesto que en nuestro país existen diferencias entre la teoría que se imparte en las escuelas a la hora de realizar el Proceso de Enfermería a los pacientes y la práctica real a nivel asistencial.

OBJETIVO GENERAL

Conocer las dificultades que se encuentran las enfermeras de los centros de salud para realizar el Proceso de Enfermería y proponer soluciones de cara a lograr una mejor atención al paciente y fomentar la evolución de la profesión enfermera.

MÉTODO

Estudio cualitativo realizado a dieciséis enfermeras que desempeñaban su trabajo en los consultorios del área de Guadalajara. Se utilizó el método Delphi y se procedió al análisis de la situación mediante la realización de una matriz DAFO.

RESULTADOS

La realización exhaustiva del Proceso de Enfermería aporta diversos beneficios reconocidos por las enfermeras, pero actualmente existen dificultades para llevarlo a cabo que hace que no sean completados por la mayoría, entre ellos el sistema informático, el reducido tiempo de consulta o la inadecuada organización de la misma. Si continúa la situación, repercutirá en una mayor dificultad para realizar la valoración integral del paciente, una pérdida en la calidad en la atención y un menor progreso de la profesión. Como soluciones propusieron la reorganización de las agendas y mejoras en el sistema de registro, siempre y cuando cuenten con el apoyo de la Administración.

PALABRAS CLAVE

Proceso de Enfermería. Centros de salud. DAFO.

INTRODUCCIÓN

El Proceso de Enfermería es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Es una teoría sobre cómo las enfermeras organizan los cuidados de las personas, familias y comunidades.

Constituye la consecuencia de la aplicación del método científico a los cuidados de Enfermería. Asimismo, impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse cómo pueden mejorarlo.

Características:

- Proceso sistemático, dinámico y humanístico (evalúa las necesidades, intereses, valores y deseos específicos de la persona, familia o comunidad, se centra en comprender los problemas de salud del individuo y el impacto de los mismos en su percepción de bienestar y su capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria).
- Consta de cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, en las que se realizan una serie de acciones deliberadas para obtener los resultados esperados^(1, 2, 3).

Actualmente todos los teóricos están de acuerdo, y así lo expresan, en que la enfermería fundamenta sus actividades aplicando una metodología de trabajo uniforme, el Proceso de Enfermería, que permite adquirir un hábito de trabajo sistemático que favorece la calidad de los cuidados, mediante un proceso de acción estructurado y flexible que posibilite tratar las cambiantes y, a veces, difíciles situaciones que se generan en torno al individuo y su proceso de salud-enfermedad. Al mismo tiempo, nos sirve para investigar, ya que a través de él se puede conocer el impacto de las acciones de enfermería en la salud de los individuos y la calidad de los que se prestan⁽⁴⁾.

Durante la carrera universitaria de Enfermería se hace hincapié en la importancia de ejecutar un elaborado Proceso de Enfermería a todos los pacientes. En las universidades los alumnos practican realizándolo con todo detalle, con la dificultad y el tiempo que ello conlleva⁽⁵⁾.

A lo largo de la experiencia formativa y profesional se han detectado dificultades para llevar a cabo el Proceso de Enfermería durante la práctica diaria. Además, son numerosos los autores que en los últimos años ponen de manifiesto que en nuestro país existen diferencias entre la teoría que se imparte en las escuelas acerca del Proceso enfermero y la práctica real a nivel asistencial.

Desde la perspectiva del análisis de la enfermería en las consultas de los centros de salud surgen las dudas: ¿Cómo se lleva la teoría a la práctica? ¿Se integra la teoría a la práctica diaria en el ámbito de la Atención Primaria?

OBJETIVOS

- Conocer la opinión de las enfermeras de los centros de salud de un área sanitaria sobre el Proceso de Enfermería.
- Dar a conocer las posibles dificultades a la hora de realizar el Proceso de Enfermería en los centros de salud.
- Contribuir a los valores profesionales fortaleciendo la ética de la enfermería.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio cualitativo. Se utilizó el método Delphi modificado, comprendido por la entrega secuencial de dos cuestionarios, de carácter anónimo e individual, y una reunión final de expertos^(6, 7).

Realizado en el primer cuatrimestre del año 2013 en los consultorios del área de salud de Guadalajara, que consta de 29 Zonas Básicas de Salud⁽⁸⁾.

La primera encuesta estaba compuesta por 8 preguntas cerradas para obtener datos sobre el perfil de la muestra y 4 preguntas abiertas que seguían el modelo DAFO de recogida de datos: Dificultades a la hora de realizar el Proceso de Enfermería (Debilidades), repercusiones en el futuro si estas continúan (Amenazas), beneficios de realizarlo (Fortalezas) y posibles soluciones ante esta situación (Oportunidades).

Tras recoger todas las respuestas, se simplificaron y unificaron por similitud de conceptos,

transformándolas así en un listado de ítems para cada uno de los cuatro apartados que se les mostró a los participantes en la segunda encuesta. En ella debían valorar los 10 ítems más prioritarios de cada grupo puntuando del 1 al 10, siendo 1 el de menor valor y 10 el de mayor. De la suma de dichas puntuaciones resultó una lista final jerarquizada, que fue analizada en la reunión de expertos. En ella reflexionaron sobre cada apartado del DAFO durante 15 minutos hasta llegar a un consenso de opiniones.

Para la selección del grupo de expertos, se consideró como tal aquel que podía realizar contribuciones válidas, dado que posee conocimientos basados en la práctica y experiencia actualizadas. Para obtener un grupo heterogéneo representativo de las distintas áreas de actuación enfermera, se seleccionaron enfermeras del ámbito rural y urbano, de adultos y pediatría, con mayor y menor experiencia laboral y con actividad docente. Para la selección de la muestra se recurrió a la técnica de bola de nieve, en la que el investigador elige un grupo inicial de individuos con las características deseadas a los que se

les pide que identifiquen a otros que pertenezcan a la población de interés. Este tipo de muestreo incrementa sustancialmente la probabilidad de localizar la característica deseada en la población y causa una variación de muestra y de costos relativamente bajos⁽⁹⁾.

RESULTADOS

Se definió a un grupo de 16 expertos en activo durante la realización del proyecto, en distintos equipos de Atención Primaria de Guadalajara, creando un grupo heterogéneo por las características reunidas: 10 enfermeras eran de centros urbanos y 6 de centros rurales. A su vez, 13 eran enfermeras de adultos y 3 de pediatría; 14 con mayor experiencia laboral (entre las que se encontraban 2 profesoras asociadas con la universidad) y 2 de titulación reciente.

Con la jerarquización por orden de importancia de las ideas aportadas se confecciona la matriz DAFO (Tabla I). Esta herramienta es de utilidad para valorar la situación actual en la que se en-



Tabla I. Matriz DAFO

cuentra el colectivo respecto a la realización del Proceso de Enfermería, y constituye la primera fase para el diseño de estrategias de mejora. Las acciones a seguir se deben basar en: superar los puntos débiles, aprovechar los puntos fuertes, aguantar las amenazas externas y no dejar pasar la explotación de ninguna de las oportunidades que se detectan y aparezcan en nuestro entorno⁽¹⁰⁾.

DISCUSIÓN

Entre los beneficios del Proceso de Enfermería identificados, se destaca que permite una valoración integral del paciente, permitiendo igualmente la ampliación de conocimientos sobre sus necesidades para así poder priorizar las intervenciones. Conlleva el uso de una metodología de trabajo en la consulta que cualifica la profesión enfermera, resaltando el papel ante la sociedad. De la misma manera, mejora la comunicación con otros profesionales, facilitando la continuidad en los cuidados. Los aspectos anteriores señalan que repercute en una mejor calidad de la atención al paciente.

La dificultad prioritaria a la hora de realizarlo está relacionada con el tiempo limitado de consulta. Se indica que es mayor esta dificultad para la enfermera de una zona básica de salud urbana, pero no lo es para la enfermera del entorno rural. Esto se agrava porque el Proceso de Enfermería tradicional es demasiado extenso para la práctica diaria. Al mismo tiempo, la poca adecuación del sistema informático se percibe a nivel general como una dificultad importante: resulta poco operativo, a veces no se registran o vuelcan datos y es dificultosa la revisión y actualización de los patrones por la mala accesibilidad de diversos apartados, lo que lleva a la mayoría a revisar solo la hoja de seguimiento anterior. Así, los planes de cuidados registrados son poco utilizados y consultados por gran parte de los profesionales. Hay enfermeras que no disponen de ordenador en los consultorios rurales, lo que dificulta aún más sus registros.

Incluso las enfermeras-profesoras asociadas de la universidad, enfermeras de titulación reciente y alumnas no son capaces de llevar a cabo el Proceso de Enfermería de una forma eficaz tal y como está planteado en el sistema informático, por lo tanto, no

opinan que el problema sea por el desconocimiento en la materia. Al contrario de los resultados aportados por otros estudios en los que se obtenía la falta de conocimientos como principal obstáculo, aunque sí coincide en que era seguido de una falta de herramienta informática adecuada^(11, 12).

Otras dos fuentes de dificultades se deben a no encontrar la utilidad del Proceso de Enfermería (a pesar de que las nuevas generaciones lo tienen más incorporado) y a que desde el punto de vista gestor se le da más valor a la forma que al fondo, registrándolo de forma rápida y poco cuidada porque cuenta para obtener incentivos por productividad.

No se debe olvidar que hay una desmotivación general acerca de la valoración de los registros de enfermería por parte de otros profesionales, sumada a la situación actual de España con respecto a la crisis, que repercute en sus condiciones laborales (reducción de sueldos, ampliación de jornada, disminución de la cobertura de la plantilla, cursos en horario no laboral, etc.).

Entre las repercusiones en el futuro, si continúan estas dificultades se resalta, en primer lugar, que se registrarán solo problemas puntuales de los pacientes, por lo que se perderá la atención integral y la correcta continuación de los cuidados. Esta pérdida de calidad de la atención del registro repercutirá en la recuperación del paciente e incluso en la no consecución de los objetivos marcados por enfermería, aspecto en el que se coincide con otros trabajos revisados⁽¹³⁾. Y en segundo lugar, se indica que conllevará un menor progreso de nuestra profesión, que aumentará aún más la desmotivación profesional. Así, las nuevas generaciones, aunque más preparadas y motivadas, se “contagiarán” por un sistema ya viciado.

Como posibles soluciones, los resultados del estudio indican que se debe modificar la forma de realizar el Proceso de Enfermería para que sea ágil y práctico. Reorganizar las consultas con tiempos ajustados a la realidad en las citas. Se debería adaptar a los tiempos priorizando la valoración focalizada a cada problema de salud en cada consulta.

También se debe fomentar la motivación y la profesionalidad de las enfermeras, pero evaluando criterios de productividad para no fomentar que se le dé más valor a la forma que al fondo y valorar la utilización de los registros de enfermería por parte de los distintos profesionales.

En el mismo plano sería conveniente revisar el programa informático para su registro y evaluarlo periódicamente.

Aunque la actualización de conocimientos es esencial, la programación de cursos específicos sobre el tema no creen que sea una solución, ya que en mayor o menor medida todas se ven capacitadas para realizar el Proceso de Enfermería. Igualmente, el plan de estudios universitarios para adecuar el Proceso de Enfermería a la práctica real de la consulta durante las rotaciones por los centros de salud

Pero todas estas soluciones pasan por el apoyo por parte de la Administración para solventar las dificultades detectadas.

A la hora de realizar este trabajo existió alguna dificultad al captar participantes, ya que se dio una pérdida del 44 % de los mismos en la reunión final. Los que asistieron pudieron estar más concienciados con el tema y esto ha podido ocasionar algún sesgo

en las conclusiones. Su participación en la reunión dependió de factores como: concienciación, motivación, disponibilidad, desplazamiento y tiempo. Es importante que exista cierta diversidad de puntos de vista, ya que tiene el beneficio de generar mayor interés y reflexión en los participantes.

Creemos en la necesidad de seguir investigando estas cuestiones y poner en marcha las soluciones aportadas por el grupo de expertos.

CONCLUSIONES

Se puede afirmar que la mayoría de las enfermeras encuentran tanto diversas dificultades para realizar el Proceso de Enfermería, como numerosas soluciones posibles, pero es fundamental el apoyo por parte de la Administración competente para llevarlas a cabo.

Así, se considera que el Proceso enfermero permite una valoración integral del paciente, encontrando los profesionales de enfermería de Atención Primaria como principal dificultad el tiempo limitado de consulta, lo que podría provocar una pérdida de la atención integral y la continuación de los cuidados. Es necesario modificar la forma de realizar o registrar el Proceso de Enfermería para que este sea ágil y práctico.

Bibliografía

- (1) Lunney Margaret, Valoración, juicio clínico y diagnósticos enfermeros: cómo determinar los diagnósticos adecuados. Diagnósticos enfermeros, Definiciones y Clasificación. NANDA, Elsevier Doyma S.L, 2010.
- (2) Alfaro Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5 ed. Barcelona: Elsevier Doyma, S.L; 2003.
- (3) Leininger M. La Enfermería Transcultural: conceptos, teorías y prácticas. Greyden; 1994.
- (4) Vila Blasco B. Bilbao Guerrero C. Porras Cabrero A. Sáez Moleón A. Ruiz Diana D. Lupión Gonzalez D. Teoría Enfermera. Aproximación al contexto actual de enfermería. [Sitio Web] [Consultado: 14/03/13]. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5316/1/CC_01_11.pdf
- (5) Luis Rodrigo MT. La investigación como base para el establecimiento de la taxonomía diagnóstica de enfermería. Enfermería Clínica. 1993.
- (6) Yáñez Gallardo R. Cuadra Olmos R. La técnica Delphi y la investigación en los Servicios de Salud. Cienc. enferm. [Revista en Internet]. 2008 Jun [citado 2013 Jun 10]; 14(1): 9-15. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532008000100002&lng=es.
- (7) Pineaul, R. Daveluy, C. La Planificación Sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias. Masson, Barcelona, 1987.
- (8) Mapa Sanitario Castilla-La Mancha. [Sitio Web] [Consultado: 20/03/13]. Disponible en: <http://pagina.jccm.es/sanidad/salud/catahosp/mapas.pdf>
- (9) Naresh K. Malhotra, J. F. J. Dávila Martínez, M. E. Treviño Rosales. Investigación de Mercados. Un enfoque aplicado. Pearson Educación, 2004. 4.ª edición.
- (10) Mora Martínez JR. Guía metodológica para la gestión clínica por procesos. Aplicación en las organizaciones de enfermería. Ediciones Díaz de Santos, Madrid, 2003.
- (11) Fernández, J. Á. M., San Francisco, I. V., Torres, F. R., Entisne, C. M., & Iglesias, A. G. (2013). Actitud y barreras percibidas por los profesionales de enfermería de Atención Primaria de Salamanca, respecto a la metodología enfermera. Un estudio con grupos focales. *Revista EnfermeríaCyL*.
- (12) Raña Lama, C. D., Pita Vizoso, R., Conceiro Rúa, A., Fernández Fraga, I., & García Martínez, C. M. (2004). Opinión de las enfermeras de atención primaria en el área sanitaria de A Coruña sobre la utilización de los diagnósticos de enfermería. *Enfermería Clínica*.
- (13) Escalante Martínez de Murguía, L. El arte de registrar. La importancia de los registros de enfermería. 2013.

CASO CLÍNICO: "Conocimientos deficientes: dieta diabética en un adolescente, deportista habitual"

Autor: Gállego Lardiés, A.

Enfermero, Centro de Salud "Huesca Rural"

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Gállego Lardiés, A. Conocimientos deficientes: dieta diabética en un adolescente, deportista habitual. *Enfermería Científica Altoaragonesa*; 2014; N.º 8: págs. 23-32

RESUMEN

El caso clínico que se presenta es el de un adolescente de 13 años, diabético tipo 1 desde hace un año, que ha empezado a practicar deporte de manera habitual y a nivel de competición hace un par de meses.

Tras la valoración de enfermería y el análisis de los datos se seleccionó el diagnóstico de independencia: *Conocimientos deficientes: dieta diabética r/c no conoce ni relaciona la ingesta de suplementos cuando hace deporte ni la distribución de alimentos en 24 horas (C, Fps) m/p solo realiza 4 comidas al día, no modifica la toma de carbohidratos cuando practica deporte.*

Se utilizó el modelo conceptual de Virginia Henderson, usando la *taxonomía II* de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) de 2012-2014, NIC (clasificación de intervenciones de enfermería) y NOC (clasificación de resultados de enfermería). Para la evaluación se aplicaron las escalas Likert.

Al concluir el trabajo, queda demostrado que este adolescente identifica los mecanismos favorecedores de la distribución de seis ingestas en 24 horas y de la suplementación de carbohidratos al realizar deporte.

PALABRAS CLAVE

Diabetes tipo 1, adolescente, deportista, cuidados, dieta.

INTRODUCCIÓN

La diabetes *mellitus* supone uno de los trastornos endocrino-metabólicos crónicos más prevalentes en la infancia y adolescencia. Debido a la gravedad de las complicaciones agudas y crónicas y la complejidad de su tratamiento, plantea importantes problemas de salud pública⁽¹⁾. La incidencia de la diabetes tipo 1 está aumentando rápidamente en todo el mundo y muestra una tendencia a presentarse cada vez a edades más tempranas; en España 15-18 casos nuevos por cada 100.000 habitantes menores de 15 años y año⁽¹⁾. El 90 % de la diabetes en adolescentes es de tipo 1, una patología que se ha duplicado en España en los últimos veinte años, entre otros motivos, por factores ambientales, muchos de ellos desconocidos y que afectan a personas con una predisposición genética⁽²⁾.

El tratamiento se basa en tres pilares: insulina, dieta y ejercicio físico. Este último es muy recomendable ya que mejora la sensibilidad a la insulina y el control metabólico^(1, 3). Las pruebas actuales son suficientes para promover la actividad física como parte de la gestión de los pacientes con diabetes tipo 1. Además, sugieren que la actividad física se puede realizar de forma segura y con beneficios definidos en los niveles actualmente recomendados por las asociaciones de diabetes más importantes (Asociación Americana de Diabetes, Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes...)⁽⁴⁾.

Sin embargo, si el ejercicio físico es extraordinario o más intenso de lo habitual, existe el riesgo de que se produzca una descompensación: hipoglucemia o hiperglucemia y cetoacidosis⁽¹⁾. Así pues, tal y como refleja la revisión bibliográfica, resulta necesario establecer una serie de estrategias y pautas en relación con la alimentación y dosificación para obtener los beneficios del ejercicio.

En el ámbito psicosocial, la actividad física aumenta la autoestima, reduce los niveles de ansiedad y depresión, favorece la socialización y contribuye a aligerar el peso de la enfermedad crónica del paciente⁽⁴⁾.

Cabe resaltar que la educación diabetológica es considerada por diversos consensos y grupos de

expertos en diabetes nacionales e internacionales como la medida con mayor impacto en la reducción de complicaciones agudas, complicaciones a largo plazo y de los costes⁽²⁾.

OBJETIVOS

Con la elaboración de este trabajo se pretenden alcanzar los siguientes objetivos:

- Objetivo general: Demostrar que un adolescente diabético puede llevar a cabo deporte a nivel de competición sin riesgos adicionales.
- Objetivos específicos:
 - Realizar un proceso enfermero basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson, utilizando las taxonomías diagnósticas II de NANDA.
 - Determinar los problemas principales de un paciente con diabetes tipo 1 relacionados estrechamente con la alimentación, nivel de actividad física y la dosificación de insulina.
 - Evaluar el plan terapéutico propuesto y la consecución parcial o total de los objetivos.

METODOLOGÍA

Se utilizó el modelo conceptual de Virginia Henderson adaptado por María Teresa Luis Rodrigo, Carmen Fernández Ferrín y María Victoria Navarro Gómez⁽⁵⁾. Se usó la *taxonomía II* de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) de 2012-2014⁽⁶⁾, NIC (clasificación de intervenciones de enfermería)⁽⁷⁾ y NOC (clasificación de resultados de enfermería)⁽⁸⁾.

Con el objetivo de mantener el compromiso ético, se firmó el *consentimiento informado* por parte del padre del menor, paciente del caso clínico, de modo que su identidad se ha mantenido en todo momento en el anonimato.

DESARROLLO

Valoración general

Apellidos: M. G.
Nombre: Dani*

Edad: 13

Personas con las que convive: Padres y hermana.

Ocupación habitual: Estudiante de 2.º de ESO

Diagnóstico médico: Diabetes *mellitus* tipo 1.

Alergias conocidas: No

Antecedentes clínicos: Ninguno.

Medicación:

**Se utilizó un nombre ficticio para proteger la confidencialidad del paciente*

- Dieta diabética de 2.700 kcal.
- Insulina (pauta bolo-basal: *Humalog-Lantus*), vía *subcutánea*.

HISTORIA DE ENFERMERÍA

La entrevista se realiza en una sesión el 19 de enero de 2013 y la información la proporciona Dani, quien se muestra receptivo y colaborador, en presencia de su padre.

Fue diagnosticado de diabetes tipo 1 en febrero de 2012, hace poco más de un año, y conoce su situación de salud. Es estudiante de 2.º de ESO y vive con su hermana y sus padres. Va al instituto por la mañana de 08:30 a 14:30 y por las tardes, en casa, suele estudiar 1 hora cada día. No toma alcohol. No fuma.

TABLA N.º 1

	Desayuno	Comida	Merienda	Cena	22:30
Humalog®	6 UI	10 UI	7 UI	10 UI	-
Lantus®	-	-	-	-	25 UI

Signos vitales

- T.A. braquial derecha: 132 / 65 mmHg
- T.A. braquial izquierda: 135 / 66 mmHg
- Pulso: 66 x'; radial (rítmico y bilateral).
- Temperatura: 36,4 °C (axilar).
- Frecuencia respiratoria: 19 rpm (respiración profunda y rítmica).
- Sat O₂: 98 %; basal.

Exploración física

- Talla: 1,68 m
- Peso: 61,5 kg
- IMC: 21,78
- Otros:
 - Nivel de conciencia: alerta y orientado en tiempo, espacio y personas.
 - Glucemia capilar: 131 mg/dl (en ayunas).

Realiza 4 comidas diarias alcanzando un total de 2.700 kcal. Está familiarizado con el recuento de raciones de carbohidratos (rac.) y su tipo de dieta en un día es:

Desayuno: 1 vaso de leche y 8 galletas.

(1 rac. de lácteos + 4 rac. de galletas).

Comida: 60 g de arroz (crudo), 1 filete a la plancha, 40 g de pan y 1 pieza de fruta grande.

(4 rac. de primero + 2 rac. de pan + 2 rac. de postre).

Merienda: 2 yogures o 1 vaso de leche y 4 galletas.

(1 rac. de lácteos + 2 rac. de galletas).

Cena: Verduras con 1 y 1/2 patatas pequeñas, 1 tortilla "floja", 40 g de pan y 1 pieza de fruta grande.

(4 rac. de primero + 2 rac. de pan + 2 rac. de postre).

Frecuencia de consumo de alimentos en una semana:

TABLA N.º 2

Grupo nutricional	0 veces	1 - 2 veces	3 - 4 veces	5 - 6 veces	7 veces
Lácteos y derivados					
Cárnicos y derivados					
Pescados y derivados					
Grasas					
Huevos					
Vegetales y frutas					
Legumbres, arroz y pastas					
Dulces y pan					

Todos los años se vacuna de la gripe “ya me dijeron que al pertenecer a un grupo de riesgo debería vacunarme anualmente”. Acude regularmente a las revisiones por su diabetes. Se administra

Dice que no le gustan los embutidos y que evita el pescado siempre que puede. “Tengo buen apetito, sobre todo, después de los entrenamientos”. Bebe 2 litros de líquidos diarios entre agua y leche, principalmente.

Presenta movilidad libre y completa de todas las articulaciones.

“Duermo unas 7 horas y media por la noche y me levanto descansado”. Se levanta a las 7:15 y se acuesta a las 23:30. Comenta que “nunca me echo siestas”.

Hace una deposición diaria de consistencia blanda, formada y sin dolor. Orina 4-5 veces al día (1.200 cm³ ±) de color pajizo. “Soy sudoroso desde pequeño”.

Su aspecto es limpio y cuidado, se ducha cada día y después de cada entrenamiento. Se lava los dientes después de cada ingesta. Utiliza ropa cómoda, adecuada a su edad. Se considera caluroso. En casa dispone de agua caliente y calefacción eléctrica.

Comenta que tiene en consideración ciertos valores morales: “la amistad es muy importante en nuestras vidas”.

la medicación prescrita de la manera indicada, no obstante, desconoce que debería tomar suplementos de carbohidratos antes, durante y/o después de cada entrenamiento.

Usa calcetines de algodón, sin costuras, y calzado de cuero. No sabe que debería inspeccionar los pies tras el ejercicio físico para detectar posibles heridas ni los cuidados que corresponden a las uñas de los pies.

Usa el móvil, el ordenador, “sobre todo me conecto a redes sociales”, va en bicicleta y juega a fútbol. Las intensas sesiones de entrenamiento son de 90 minutos los martes, jueves y viernes. Los sábados Dani suele jugar unos 55 minutos de los 70 que dura el partido. Se muestra capaz de afrontar su situación actual y manifiesta capacidad y disposición para el aprendizaje.

Organización de los datos según las 14 necesidades básicas del modelo de Virginia Henderson

Manifestaciones de independencia (M.I.)

Manifestaciones de dependencia (M.D.)

Datos que deben considerarse (D.C.)

A continuación se organizan los datos en 14 apartados correspondientes a cada una de las necesidades básicas del modelo de Virginia Henderson:

- 1) **NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE**
 M.I. → No fuma.
 M.D. → No se observan.
 D.C. → No se observan.

- 2) **NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE**
 M.I. → Bebe 2 litros de líquidos diarios. Dieta de 2.700 kcal.
 Está familiarizado con el recuento de raciones de carbohidratos.
 M.D. → Realiza 4 comidas diarias. Su tipo de dieta es:
 Desayuno: 1 vaso de leche y 8 galletas (*1 rac. de lácteos + 4 rac. de galletas*).
 Comida: 60 g arroz (crudo), 1 filete a la plancha, 40 g de pan y 1 pieza de fruta grande (*4 rac. de primero + 2 rac. de pan + 2 rac. de postre*).
 Merienda: 2 yogures o 1 vaso de leche y 4 galletas (*1 rac. de lácteos + 2 rac. de galletas*).
 Cena: Verduras con 1 y 1/2 patatas pequeñas, 1 tortilla “floja”, 40 g de pan y 1 pieza de fruta grande (*4 rac. de primero + 2 rac. de pan + 2 rac. de postre*).
 D.C. → No le gustan los embutidos y evita el pescado siempre que puede. “*Tengo buen apetito, sobre todo, después de los entrenamientos*”.

- 3) **NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES**
 M.I. → Hace una deposición diaria de consistencia blanda, formada y sin dolor. Orina 4-5 veces al día (1.200 cm³ ±) de color pajizo.
 M.D. → No se observan.
 D.C. → “*Soy sudoroso desde pequeño*”.

- 4) **NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS**
 M.I. → Movilidad libre y completa de todas las articulaciones.
 M.D. → No se observan.
 D.C. → No se observan.

- 5) **NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR**
 M.I. → Duerme unas 7 horas y media por la noche y se levanta descansado.
 M.D. → No se observan.
 D.C. → “*Nunca me echo siestas*”.

- 6) **NECESIDAD DE ESCOGER LA ROPA ADECUADA. VESTIRSE Y DESVESTIRSE**
 M.I. → Utiliza ropa cómoda y adecuada a su edad. Usa calcetines de algodón, sin costuras, y calzado de cuero.
 M.D. → No se observan.
 D.C. → No se observan.

- 7) **NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES, ADECUANDO LA ROPA Y MODIFICANDO EL AMBIENTE**
 M.I. → No se observan.
 M.D. → No se observan.
 D.C. → Se considera caluroso. En casa tiene agua caliente y calefacción eléctrica.

- 8) **NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL**
 M.I. → Su aspecto es limpio y cuidado, se ducha cada día y después de cada entrenamiento. Se lava los dientes después de cada ingesta.
 M.D. → No sabe que debería inspeccionar los pies tras el ejercicio físico para detectar posibles heridas ni los cuidados que corresponden a las uñas de los pies.
 D.C. → No se observan.

- 9) **NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS**
 M.I. → Todos los años se vacuna de la gripe. Se administra la medicación prescrita de la manera indicada. Acude regularmente a las revisiones por su diabetes. No toma alcohol.
 M.D. → Desconoce que debería tomar suplementos de carbohidratos antes, durante y/o después de cada entrenamiento.
 D.C. → No se observan.

10) NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMÁS EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES

M.I. → Se muestra receptivo y colaborador.
M.D. → No se observan.
D.C. → No se observan.

11) NECESIDAD DE VIVIR DE ACUERDO CON SUS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS

M.I. → Tiene en consideración ciertos valores morales. Dice que *“la amistad es muy importante en nuestras vidas”*.
M.D. → No se observan.
D.C. → No se observan.

12) NECESIDAD DE OCUPARSE EN ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL

M.I. → No se observan.
M.D. → No se observan.
D.C. → Vive con su hermana y sus padres y es estudiante.

13) NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

M.I. → Entrena tres días durante la semana y juega un partido el fin de semana.
M.D. → No se observan.
D.C. → Usa el móvil, el ordenador, *“sobre todo me conecto a redes sociales”*, va en bicicleta y juega a fútbol.

14) NECESIDAD DE APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A UTILIZAR LOS RECURSOS DISPONIBLES

M.I. → Se muestra capaz de afrontar su situación actual y manifiesta capacidad y disposición para el aprendizaje. Conoce su situación de salud.
M.D. → No se observan.
D.C. → No se observan.

Análisis de los datos

Dani tiene 13 años y fue diagnosticado de diabetes *mellitus* tipo 1 hace poco más de un año (febrero de 2012). Vive con sus padres y su hermana, quienes se muestran concienciados e interesados por la situación de salud del chico.

Acude al centro de salud para una consulta rutinaria y en la valoración nos dice que hace un par de meses (noviembre de 2012) ha empezado a hacer deporte de manera habitual. A pesar de llevar un estricto control metabólico, no ajusta las raciones de carbohidratos ni la dosis de insulina a la hora de realizar ejercicio físico.

Demuestra destreza en el cálculo de raciones de hidratos de carbono y elección de alimentos por raciones y distribuye su dieta en 4 ingestas al día.

Antes de empezar a entrenar llegaba *“sin mucha gana”* a la cena; ahora, refiere llegar *“hambriento”* y le cuesta más controlarse en cuanto a cantidades de comida se refiere a la hora de cenar.

Nuestra actuación se centrará en explicar a Dani los mecanismos favorecedores de la distribución de seis ingestas al día y de la suplementación de carbohidratos al realizar deporte analizando el *“porqué”* y el *“para qué”*.

Presenta muy buena predisposición para seguir las recomendaciones terapéuticas prescritas.

Formulación de los problemas⁽⁶⁾

Problemas de colaboración:

- Complicación potencial: hipoglucemia / hiperglucemia secundaria a descompensación de la diabetes.

Diagnósticos de independencia:

- 00126 Conocimientos deficientes: dieta diabética r/c no conoce ni relaciona la ingesta de suplementos cuando hace deporte ni la distribución de alimentos en 24 horas (C, Fps) m/p, solo realiza 4 comidas al día, no modifica la toma de carbohidratos cuando practica deporte.
- 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c no sabe que debería inspeccionar los pies tras el ejercicio físico ni los cuidados que corresponden a las uñas de los pies (C).

Planificación-Ejecución de los cuidados⁽⁹⁾

Para el desarrollo de esta etapa del proceso enfermero se seleccionó el diagnóstico de independencia:

- 00126 Conocimientos deficientes: dieta diabética r/c no conoce ni relaciona la ingesta de suplementos cuando hace deporte ni la distribución de alimentos en 24 horas (C, Fps) m/p, solo realiza 4 comidas al día, no modifica la toma de carbohidratos cuando practica deporte.

Situación en que la persona carece de información cognitiva suficiente o fidedigna sobre un tema específico relacionado con su salud.

Resultado NOC: 1622 Conducta de cumplimiento: dieta prescrita⁽⁸⁾.

Acciones personales para seguir la ingesta de líquidos y alimentos recomendada por un profesional sanitario para un trastorno de salud específico.

Objetivos:

Final: Dani manifestará haber adquirido los conocimientos y habilidades necesarios para manejar su situación de salud en el plazo de 2 semanas (02/02/2013). Evidenciado por:

TABLA N.º 17

ESCALA LIKERT		
Indicadores	Inicio	Diana
162210 Sigue las recomendaciones sobre el número de comidas al día.	0	5
162213 Altera la dieta en las restricciones cuando cambia el nivel de actividad.	1	5
162204 Selecciona raciones compatibles con la dieta prescrita.	3	5

Escala: Nunca demostrado (1). Raramente demostrado (2). A veces demostrado (3). Frecuentemente demostrado (4). Siempre demostrado (5)

Específicos:

Conocimientos: Explicará los mecanismos favorecedores de la distribución de 6 ingestas en 24 horas así como de la suplementación de carbohidratos a la hora de practicar deporte en el plazo de 2 semanas (02/02/2013).

Fuerza psíquica: Relacionará los beneficios de distribuir los alimentos en 6 ingestas diarias al igual que de tomar suplementos de carbohidratos al realizar deporte en el plazo de 2 semanas (02/02/2013).

Intervención NIC: 5614 Enseñanza: dieta prescrita⁽⁷⁾

Preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita.

Actividades⁽¹⁰⁾. Se dividen en 5 sesiones:

19 de enero (sesión de 45 minutos)

- Reforzar los conocimientos de Dani en cuanto al recuento de carbohidratos se refiere. Para ello, nos apoyaremos en diferentes folletos y manteles educativos que le proporcionaremos y aconsejaremos que lleve junto con los libros de clase durante dos semanas para repararlos en ratos libres⁽¹¹⁾.

- Explicar qué es el “Ratio Insulina/Carbohidratos” (RIC)^(3, 1, 12).

Le pregunto a Dani si su médico le ha calculado el RIC y me dice que sí, que es de 1,16 UI/ración.

Le explico que el RIC calcula la cantidad de insulina necesaria para metabolizar 1 ración de carbohidratos.

Es muy útil a la hora de comer fuera de casa ya que si excepcionalmente tomamos 15 raciones de carbohidratos en vez de 12, sabremos cuántas UI de insulina deberemos añadir. En su caso y siguiendo el ejemplo, deberíamos multiplicar $1,16 \times 3 = 3,48$ ($\pm 3,5$ UI de insulina habría que añadir).

23 de enero (sesión de 1 hora y 15 minutos)

- Explicar a Dani que debe seguir una distribución de seis comidas al día.

La realización de seis ingestas diarias ayudará a mantener unos niveles de glucemia más estables evitando picos entre ingestas. Para el control será importante, asimismo, la pauta individualizada de insulina. No obstante, en este apartado quiero resaltar la importancia de la alimentación. Para ello, mostraré un par de gráficos donde se evidencia la variabilidad glucémica en 24 horas tanto en el caso de 3 como de 6 ingestas.

Además, mantener niveles de glucemia estables permite controlar nuestro apetito y saciedad mucho mejor. Por otro lado, mantener unos niveles de lipemia postprandial controlados disminuye el riesgo de incorporar materia grasa al endotelio arterial reduciendo el riesgo cardiovascular a largo plazo⁽¹³⁾.

Le explico que las arterias son como unos canales por los que circula la sangre de nuestro cuerpo. Con el paso del tiempo, la ingesta de alimentos ricos en grasas produce que estas “se peguen” a las paredes internas de los canales haciéndolos más estrechos y provocando que la sangre fluya peor y aumente el riesgo de enfermar. Por ello, es mejor repartir la toma de grasas en 6 ingestas en vez de concentrarlas en 4 tomas al día.

- Enseñar a confeccionar una dieta de 2.700 kcal. contabilizando raciones de carbohidratos, proteínas y grasas⁽¹⁾.

26 de enero (sesión de 1 hora)

- Explicar los beneficios y conveniencia de la suplementación de carbohidratos a la hora de practicar deporte.

Es importante ingerir suplementos de carbohidratos antes, durante y/o después de entrenar o jugar un partido para evitar situaciones de riesgo como

la hipoglucemia^(3, 14, 15). Para ello, seguiremos la siguiente pauta según los valores de glucemia capilar pre-ejercicio:

- 100-250 mg/dl → Podemos empezar a entrenar sin riesgo.
- < 100 mg/dl → Tomaremos 1 ración de carbohidratos antes de comenzar.
- > 250 mg/dl → Comprobaremos la existencia de cuerpos cetónicos en orina y corregiremos la glucemia con análogo de insulina rápida. Retrasaremos el ejercicio al menos por 2 horas.

Durante el ejercicio se debe hacer una glucemia cada 30-60 minutos, aplicando la misma pauta de suplementación.

Finalizado el entrenamiento, si la glucemia es < 100 mg/dl, tomar 1 o 2 raciones de carbohidratos.

30 de enero (sesión de 30 minutos)

- Involucrar a la familia: Dani explica lo aprendido a sus padres y hermana⁽¹⁶⁾.

2 de febrero (sesión de 1 hora)

- Evaluar lo aprendido en las sesiones anteriores y resolver cualquier duda o inquietud que haya podido quedar.
- Realizar cuestionario sobre la frecuencia de consumo de alimentos por semana en la actualidad.
- Citar a Dani dentro de 3 meses (mayo de 2013) para evaluar cómo lleva los controles de glucemia y la aplicación de los conocimientos obtenidos en las sesiones. Le pediremos que nos traiga una tabla de frecuencia de consumo de alimentos por semana y un recordatorio alimentario de la semana previa a la cita.

Evaluación

TABLA N.º 18

ESCALA LIKERT		
Indicadores	Inicio	Diana
162210 Sigue las recomendaciones sobre el número de comidas al día.	0	5
162213 Altera la dieta en las restricciones cuando cambia el nivel de actividad.	1	5
162204 Selecciona raciones compatibles con la dieta prescrita.	3	4

Escala: Nunca demostrado (1). Raramente demostrado (2). A veces demostrado (3). Frecuentemente demostrado (4). Siempre demostrado (5)

25 de enero: Dice que los manteles educativos le están resultando de gran ayuda; de vez en cuando les echa un vistazo para comprobar si realmente está eligiendo bien las raciones de un determinado alimento. Efectivamente, demuestra habilidad en el recuento de raciones y se muestra resolutivo ante situaciones en que contabilizar ciertas raciones resulta más complejo.

Explica los beneficios de tomar 6 en vez de 3 comidas diarias.

No manifiesta interés en relación al cálculo del RIC y sus aplicaciones en el día a día.

2 de febrero: Explica los beneficios y conveniencia de tomar suplementos de hidratos de carbono cuando entrena.

Demuestra haber comprendido qué es y para qué sirve el RIC; comenta que “el otro día hicimos cena de clase y usé el RIC para poder comer una porción más de pizza”. *“Los manteles educativos me han proporcionado información útil de forma muy visual”*.

Manifiesta que ya está realizando 6 ingestas diarias, además, ha aumentado la frecuencia semanal de consumo de pescado de 1-2 a 3-4 veces.

CONCLUSIÓN/IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Debido a la complejidad que supone la diabetes *mellitus* tipo 1, hago hincapié en la necesidad, por parte del personal sanitario, de tener un conocimiento actualizado de lo que es esta patología y los cuidados que corresponden a un adolescente y deportista. No solo en la fase aguda, sino también durante el transcurso de la enfermedad donde el manejo ambulatorio permite una vida plena sin complicaciones.

La práctica clínica pone de manifiesto el indiscutible rol que enfermería tiene en el ámbito de la educación diabetológica. Es por ello que los cuidados individualizados de enfermería en el paciente diabético se traducen en una calidad asistencial superior, eso sí, siempre y cuando se trate a la persona desde un punto de vista biopsicosocial.

Bibliografía

- (1) Chena Alejandro J.A. y colaboradores. Diabetes Mellitus: Aspectos para atención primaria de salud. Novo Nordisk; 2011. p. 183-199.
- (2) EFE. Alertan sobre el futuro aumento de la diabetes en niños. Diario del Altoaragón. 13 Mar 2013; Secc. Sociedad: 53 (col. 1).
- (3) Landajo Chamorro I, Camarero Erdoiza M, Rubio López M, Gamiz Abando A, Paskual Uribe A, Arteché Arteché C, Lavín Bollain G, Al-tuzarra Sierra L, Varona Barcena L. ¡Me acaban de decir que tengo diabetes! Guía para jóvenes y adultos con diabetes tipo 1 y en tratamiento intensivo. 1.ª ed. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2012.
- (4) Chimen M, Kennedy A, Nirantharakumar K, Pang T.T, Andrews R, Narendran P. What are the health benefits of physical activity in type 1 diabetes mellitus? A literature review. Diabetologia. Marzo 2012; 55 (3): 542-551.
- (5) Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3.ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2005.
- (6) Nanda Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2012-2014. 1.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
- (7) Dochterman J.M, Butcher H.K, Bulechek G.M. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5.ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2010.
- (8) Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4.ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.
- (9) Johnson M, Bulechek G, Butcher H. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones: Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2.ª ed. Madrid: Elsevier; 2006.
- (10) Ackley B.J, Ladwig G.B. Manual de diagnósticos de enfermería: guía para la planificación de los cuidados. 7.ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2007.
- (11) Diabetes a la carta [web en Internet]. Consorcio Público Centro de Investigación Biomédica en Red y Enfermedades Metabólicas; 2013 [actualizado 06 Mar 2013; citado 06 Mar 2013]. Materiales; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.diabetesalacarta.org/materiales>
- (12) Franc S, Dardari D, Boucherie B, Riveline J.P, Biedzinski M, Petit C, *et al.* P128 Un algorithme simple et efficace d'ajustement de la dose d'insuline prandiale en cas d'activité physique chez le patient diabétique de type 1. Diabetes & Metabolism. Marzo 2009; 35 (1): 58.
- (13) Diabetes.org [web en Internet]. American Diabetes Association; c1995-2013 [actualizado 6 Mar 2013; citado 6 Mar 2013]. Disponible en: <http://www.diabetes.org>
- (14) Minuto N, Arrighi A, Marchi M, Diana P, Russo C, Perri K, Bolloli S, *et al.* Analisi della variabilità glicemica in funzione dell'attività motoria svolta da bambini affetti da diabete mellito di tipo 1 durante il campo scuola. G It Diabetol Metab 2012; 32: 211-216.
- (15) Nordfeldt S, Ångarne-Lindberg T, Berterö C. To use or not to use – Practitioners' perceptions of an open web portal for young patients with diabetes. J Med Internet Res [serie en Internet]. Diciembre 2012 [citado 12 Ene 2013]; 14(6): [aprox. 15 pantallas]. Disponible en: <http://www.jmir.org/2012/6/e154/>
- (16) Lorente Armendáiz I. Factores psicológicos en el cuidado de la diabetes. Rev ROL Enf 2011; 34 (6): 442-447.

Solicitud de ayudas a la investigación

Se podrá acceder a esta ayuda **acreditando la presentación de una comunicación científica**, ya sea en forma **oral** o de **póster**, en **congresos o jornadas científicas** que se hayan celebrado durante el **año en curso**.

Documentación a aportar:

- Modelo de solicitud de becas a la investigación.
- Fotocopia del diploma o certificado que acredite la presentación de la comunicación

REQUISITOS:

Podrán solicitarlas todos los **enfermeros/as** incorporados al **Colegio Oficial de Enfermería de Huesca** que se encuentren al día de sus cuotas colegiales y que acrediten una **antigüedad** de colegiación mínima de **dos años** anterior a la solicitud, quedando excluidos los miembros de la Junta de Gobierno.

Solamente se podrán solicitar ayudas para las jornadas y congresos realizados entre el 1 de enero al 31 de diciembre del **año en curso**. El plazo de **presentación de solicitudes** finalizará el **31 de diciembre de cada año**.

La cuantía se decidirá por la Junta de Gobierno en función de los criterios fijados para tal efecto, y variarán según el ámbito geográfico del evento.

Los beneficiarios de la ayuda adquieren el compromiso de tomar parte en cualquier acto, que la Junta de Gobierno determine, en relación con el trabajo presentado (conferencia, publicación en revista científica, etc.)

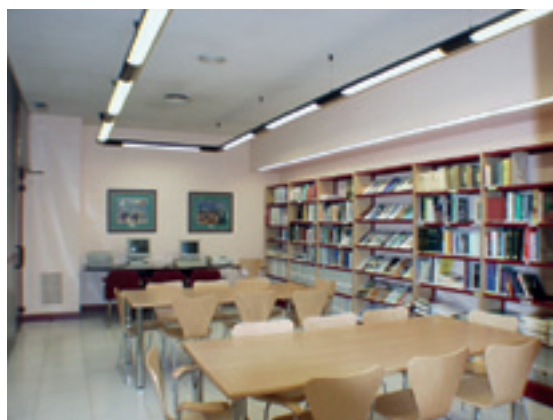
Cada solicitud deberá ser remitida en un sobre cerrado dirigido al Sr. secretario del Colegio de Enfermería de Huesca con el lema **“Ayudas a la investigación para profesionales de Enfermería de Huesca”**

El hecho de solicitar una ayuda implica la aceptación de las bases expuestas.

IMPRESOS:

El impreso del modelo de solicitud para las ayudas será facilitado en las oficinas del Colegio o a través de la página web.

La biblioteca del colegio



¿Conoces la biblioteca del Colegio? Más de 800 volúmenes especializados en Ciencias de la Salud, revistas científicas, acceso a Internet, wifi, todo a tu servicio.

Normas para la publicación de trabajos

Enfermería Científica Altoaragonesa es una revista que publica trabajos originales de carácter científico de todas las áreas de la Enfermería.

Para enviar trabajos a esta revista, los autores deben tener en cuenta lo siguiente:

1) Antes de elaborar el trabajo:

- Tipos de trabajos o contribuciones:
 - Trabajos de investigación
 - Trabajos conceptuales
 - Revisiones bibliográficas
 - Casos clínicos
 - Comunicaciones breves: cartas al director

- Información del copyright

2) Elaboración y envío de los trabajos originales

- Formato de presentación
- Idioma
- Medio de presentación

- Contenidos de la primera página
- Contenidos de la segunda página
- En el resto de páginas
- Referencias bibliográficas
- Citas textuales
- Tablas y figuras

- Formato para material numérico, estadístico y matemático

- Envío de los trabajos

3) Proceso de evaluación y seguimiento de originales

- Acuse de recibo y envío a evaluadores
- Método de revisión
- Resultados de la revisión
- Seguimiento del proceso
- Publicación y separatas del artículo

1. Antes de elaborar el trabajo

TIPOS DE TRABAJOS O CONTRIBUCIONES: Dependiendo de la temática, los trabajos podrán ser de cinco tipos: (a) Investigación, (b) de revisión teórica, (c) revisiones bibliográficas, (d) casos clínicos y (e) comunicaciones breves.

Según estos tipos, el contenido de los trabajos deberá ir en relación y estar organizado del siguiente modo:

a) Trabajos de investigación:

El objetivo de los mismos estará en relación con los cuidados de la salud, que aporten o demuestren nuevos conocimientos en el campo de la atención de Enfermería.

Deberán comprender:

Introducción (incluirá los objetivos), Método, Resultados, Discusión/Conclusiones, Notas y Referencias (recopilación por orden alfabético de las referencias bibliográficas); la extensión máxima recomendada será de 10 páginas, excluidas figuras.

Cuando así proceda, los autores deberán reseñar el marco conceptual que ha servido de apoyo a su labor investigadora.

b) Trabajos conceptuales:

En este apartado se incluirán aquellos trabajos referidos al marco teórico, metodológico y conceptual de la atención enfermera (o a elementos del mismo).

Deberán comprender:

Introducción (incluirá el planteamiento del problema), Desarrollo del tema (con los apartados específicos que correspondan según los contenidos desarrollados), Discusión y/o Conclusiones y Referencias (recopilación por orden alfabético de las referencias bibliográficas); extensión máxima recomendada de 10 páginas, excluidas figuras.

c) Revisiones bibliográficas:

Síntesis de conocimiento mediante revisiones sistemáticas y críticas de artículos publicados. Igualmente aquellos trabajos realizados para el análisis, comparación, interpretación y adaptación a una situación concreta de la bibliografía existente sobre un tema determinado en el que los autores puedan aportar su experiencia personal.

Deberán incluir:

Introducción (incluirá el planteamiento del problema), Desarrollo del tema (con los apartados específicos que correspondan según los contenidos desarrollados), Discusión y/o Conclusiones y Referencias (recopilación, por orden alfabético, de las referencias bibliográficas); extensión máxima recomendada de 10 páginas, excluidas figuras.

d) Casos clínicos:

Estarán relacionados con la práctica asistencial de los profesionales de enfermería en cualquiera de los campos de su competencia profesional.

Deberán incluir:

Introducción, Descripción del proceso de Enfermería (valoración, problema, plan de cuidados...), Discusión y/o Conclusiones y Referencias (recopilación por orden alfabético de las referencias bibliográficas); extensión máxima recomendada de 10 páginas, excluidas notas y figuras.

e) Comunicaciones breves:

Se aceptarán en esta sección la discusión de trabajos publicados con anterioridad en esta revista, la aportación de observaciones sobre las líneas editoriales y las experiencias que puedan ser resumidas en un breve texto.

Extensión máxima recomendada de 3 páginas con formato libre.

INFORMACIÓN DEL COPYRIGHT

- Para uso impreso o reproducción del material publicado en esta revista se deberá solicitar autorización al Colegio Oficial de Enfermería de Huesca.
- La aceptación de un artículo para su publicación implicará que el autor o autores transfieren los derechos de copyright al editor de la revista.
- En cualquier caso, el Consejo de Redacción entiende que las opiniones vertidas por los autores son de su exclusiva responsabilidad.

2. Elaboración y envío de los trabajos originales

FORMATO DE PRESENTACIÓN

- *Idioma*: Todos los trabajos estarán escritos en castellano.
- *Medio de presentación*: Se presentarán en archivo para ordenador compatible PC, en el procesador de textos Microsoft Word, en versión para Windows. El archivo se podrá enviar en disquete de 3.5" para PC o adjuntado a un mensaje de correo electrónico.

Adicionalmente se podrán enviar impresos en papel tamaño DINA4 –tres copias–.

- *Contenidos de la primera página*: En la primera página deberá aparecer, justificado a la izquierda, solamente:
 - El título (en minúsculas, sin cursiva ni negrita)
 - Nombre (completo, sin iniciales) y apellidos de los autores
 - Centro de trabajo
 - Una dirección para correspondencia: postal, así como, en su caso, telefónica, fax o correo electrónico.
- *Contenidos de la segunda página*: En la segunda hoja deben constar únicamente:
 - El título del trabajo

- Un resumen (con una extensión no superior a las 200 palabras) y
- un número de palabras-clave comprendido entre 4 y 8.

En ningún caso en esta hoja aparecerán los autores y sus direcciones.

- *En el resto de páginas:*
- Los títulos, apartados y subapartados se pondrán en negrita o subrayado y nunca en mayúsculas.
- Se presentarán por una sola cara, espaciado doble, tamaño de letra 12, a ser posible, Times New Roman.
- Todas las referencias bibliográficas deben numerarse correlativamente y señalarse en el texto mediante un claudator y su correspondiente numeración. P. ej. (1)
- *Bibliografía:* Los autores podrán reseñar citas procedentes de libros o revistas previamente publicados, así como trabajos que estén aceptados por alguna revista o editorial y se encuentren pendientes de publicación, en cuyo caso deberán señalar “en prensa”.

Todas las citas se ajustarán a los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a las revistas biomédicas. (Normas de Vancouver).

Ejemplos:

Artículo estándar:

Autor/es. Título del artículo. Abreviatura* internacional de la revista año; volumen (número)**: página inicial-final del artículo.

Díez Jarilla J. Cienfuegos Vázquez M. Suárez Salvador E. Ruidos adventicios respiratorios: factores de confusión. Med Clin (Bare) 1997; 109 (16):632-634

* Las abreviaturas internacionales pueden consultarse en “List of Journals Indexed in Index Medicus”, las españolas en el catálogo de revistas del Instituto Carlos III.

** El número es optativo si la revista dispone de n.º de volumen.

Se mencionan seis primeros autores seguidos de la abreviatura *et al.* (Nota: *National Library of Medicine* (NML), incluye hasta 25 autores; cuando su número es mayor, cita los primeros 24, luego el último autor y después *et al.*)

- *Autores individuales*

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año.

Nota: La primera edición no es necesario consignarla. La edición siempre se pone en números arábigos y abreviatura: 2.^a ed.-2.nd ed. Si la obra estuviera compuesta por más de un volumen, debemos citarlo a continuación del título del libro Vol. 3

Jiménez C, Riaño D, Moreno E, Jabbour N. Avances en trasplante de órganos abdominales. Madrid: Cuadecon; 1997

- *Editor(es) Compilador(es)*

Gallo Vallejo FJ, León López FJ, Martínez-Cañavete López-Montes J, Tonío Duñantez J. Editores. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. 2.^a ed. Madrid: SEMFYC; 1997

- *Organización como autor y editor*

Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Salud 1995. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1995

- *Capítulo de libro*

Autor/es del capítulo. Título del capítulo. En: Director/Recopilador del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. p. página inicial-final del capítulo.

Nota: el anterior estilo Vancouver tenía un punto y coma en lugar de una “p” para la paginación.

Buti Ferrer M. Hepatitis vírica aguda. En: Rodés Tixidor J, Guardia Massó J Dir. Medicina Interna. Barcelona: Masson; 1997. p. 1520-1535.

• *Las tablas y figuras:* con sus correspondientes títulos y leyendas, se podrán incluir en el texto en la versión de procesador de textos. En caso de figuras especiales que requieran un programa informático de gráficos específico, se enviarán en archivo aparte y en papel aparte que permita una buena

reproducción. Además, una hoja final del archivo de ordenador en el que se incluye el trabajo deberá incluir los títulos y leyendas, correlativamente numeradas, a las que se refieren las tablas/figuras correspondientes. En el texto se debe marcar el lugar o lugares donde se deben insertar. Si el gráfico ha sido generado por ordenador, deben acompañarse los correspondientes archivos en disco, especificando el programa de gráficos empleado.

ENVÍO DE LOS TRABAJOS ORIGINALES

- Los autores enviarán sus trabajos originales (que no hayan sido enviados a otras revistas para su publicación) al Consejo de Redacción.
- Toda la correspondencia relativa a la publicación de artículos puede enviarse:
 - Preferentemente por correo electrónico (e-mail), a la dirección: coleg22@enfermundi.com
 - Por envío postal dirigido a: Colegio Oficial de Enfermería. Avda. Juan XXIII, N.º 5, 22003 HUESCA.

3. Proceso de evaluación y seguimiento de originales

- *Acuse de recibo y envío a evaluadores:*

Una vez acusado recibo del original recibido (con asignación de un código de referencia), este será enviado a dos evaluadores.

- *Método de revisión:*

Los evaluadores serán dos miembros del Consejo de Redacción para juzgar sobre la conveniencia de su publicación y, en su caso, sugerirán las rectificaciones oportunas. El método de revisión empleado será de doble ciego (anonimato de autor y evaluadores).

- *Resultados de la revisión:*

El resultado del proceso de evaluación podrá ser:

- (a) Aceptación del artículo.
- (b) Rechazo.
- (c) Aceptación condicionada a rectificaciones.

Cualquiera de estos informes se enviará al autor normalmente por correo electrónico.

El envío postal solo se utilizará cuando las rectificaciones hayan sido hechas por el revisor o revisores sobre el trabajo original o bien cuando el autor requiera la aceptación en papel.

- *Seguimiento del proceso:*

Los autores podrán solicitar información sobre el proceso en la Secretaría del Colegio.

XI PREMIOS de ENFERMERÍA

Santiago Martín Jarauta

Plazo de Presentación hasta el 1 de marzo de 2015

Premio mejor trabajo investigación - 1.800 €

Premio mejor proyecto investigación - 700 €

Los premios quedan convocados el día 26 de mayo de 2014

Se convocan dos modalidades:

- Premio al Mejor Trabajo de Investigación en Enfermería
- Premio al Mejor Proyecto de Investigación en Enfermería

BASES DE PARTICIPACIÓN

PREMIO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

1. Podrán participar en él todos los profesionales sanitarios colegiados en nuestro ámbito nacional, ya sea individualmente o en equipo, siendo el primer autor/investigador firmante un colegiado/a en la Organización Colegial de Enfermería al corriente en sus obligaciones colegiales (justificado mediante certificado reciente del Colegio en que conste inscrito), quedando excluidos los miembros del Jurado y los miembros de la Junta de Gobierno de este Colegio.
2. Los trabajos/proyectos (desde ahora trabajos) deberán ser inéditos y versarán sobre el ejercicio profesional de la Enfermería en sus diversos aspectos:
 - Cuidados en todos sus ámbitos
 - Administración y gestión
 - DocenciaSe valorará el interés científico del contenido, la originalidad, el valor de la investigación y las posibilidades de aplicación.
3. Se omitirá obligatoriamente referencias a la localidad o centro de trabajo.
4. Los trabajos se presentarán impresos en hojas tamaño DIN-A4 que deberán ir numeradas, con una extensión máxima de 40 hojas (bibliografía y material de apoyo aparte). En folio aparte se adjuntará un resumen del trabajo (no superior a 2 páginas) y sus palabras clave. Se utilizará el tipo de letra New Times Roman, tamaño 12 y doble espacio. Será obligatoria la presentación de un original encuadernado y una copia del mismo, así como en soporte informático.
5. El plazo de presentación finalizará a las 20.00 h. del día 1 de marzo, o del primer día laborable siguiente en su caso. La dirección de envío será la del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huesca: Avda. Juan XXIII, n.º 5, 22003 HUESCA. Deberá indicarse en el sobre y de manera clara:
 - "PARA XI PREMIOS DE ENFERMERÍA 'SANTIAGO MARTÍN JARAUTA': TRABAJO DE INVESTIGACIÓN", o bien
 - "PARA XI PREMIOS DE ENFERMERÍA 'SANTIAGO MARTÍN JARAUTA': PROYECTO DE INVESTIGACIÓN"Los trabajos se presentarán bajo seudónimo y el envío incluirá, en el interior de un sobre cerrado, la identificación del autor o autores, teléfono, dirección completa y DNI, así como un certificado de colegiación reciente, con la única referencia externa del seudónimo mencionado.
6. Los premios podrán ser declarados desiertos por el Jurado, cuyo fallo será inapelable.
7. Se establecen los siguientes premios:



1.800,00 € para el mejor trabajo de investigación.

700,00 € para el mejor proyecto de investigación.

En ambos casos se practicará la retención establecida en el Reglamento del IRPF.

8. Será titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante del trabajo. La adjudicación de los premios será comunicada a sus autores o primer firmante mediante correo certificado.
9. El fallo se hará público en la primera quincena de mayo (celebración del Día Internacional de la Enfermería).
10. Los trabajos ganadores quedarán en propiedad del Colegio Oficial de Enfermería de Huesca, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de ser publicados, habrá de hacerse mención de su autor. Los autores solicitarán autorización por escrito a este Colegio para su publicación en otros medios. Para los trabajos no premiados se establece un plazo de dos meses a partir de la fecha de entrega de premios para solicitar por escrito su devolución. Pasado este plazo los trabajos que no hayan sido devueltos serán destruidos, reservándose el Colegio la posibilidad de conservar un ejemplar en su poder.
11. Los Trabajos de Investigación deberán comprender:
 - Introducción (que comprenderá los objetivos)
 - Método
 - Resultados
 - Discusión/conclusiones
 - Notas y referencias (recopilación de las referencias bibliográficas)
12. Los Proyectos de Investigación comprenderán los siguientes apartados:
 - Justificación
 - Análisis de la situación
 - Objetivos/hipótesis
 - Metodología
 - Cronograma
 - Notas y referencias (recopilación de las referencias bibliográficas)
13. El Jurado, una vez conocida la identidad de los autores, podrá solicitar que estos le remitan la documentación que considere oportuno.

JURADO

En todos los premios actuará el mismo Jurado, que estará compuesto por:

- El Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Huesca o persona en quien delegue, y que actuará como Presidente del Jurado.
- Un representante de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Enfermería.
- Un representante de la Escuela Universitaria de Enfermería "San Jorge" de Huesca.
- 4 representantes de los centros asistenciales de la provincia.
- Un representante de los colegiados.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

**TU COLEGIO
TE PROTEGE
CON**

20.000.000€

¡No te olvides!
tu seguridad, ante todo



Agenda

IV CONGRESO DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

20-21 de febrero, 2015

<http://www.geyseco.es/svvgg/index.php?go=inicio>

VIII CONGRESO ESPAÑOL DE LACTANCIA MATERNA

Bilbao, 26-28 de febrero, 2015

<http://www.osakidetza.euskadi.net/lactancia-materna>

19 CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES Y GESTIÓN SANITARIA

Alicante y Elche, 10-13 de marzo, 2015

<http://www.19congresohospitales.org>

XIV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

Alicante, 15-17 de abril, 2015

<http://www.aeeto.es/congreso-enfermeria-traumatologia-aeeto2015>

XXII CONGRESO NACIONAL SEEGG

Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica

Segovia, 16-17 de abril, 2015

<http://congreso.seegg.es>

XXII CONGRESO INTERNACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA

Segovia, 16-17 de abril, 2015

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

XVII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

Barcelona, 23-25 de abril, 2015

<http://www.barcelona2015.enfermeriaradiologica.org>

9.º CONGRESO NACIONAL DE FAECAP

5.º ENCUENTRO NACIONAL EIR Y TUTORES

1.º CONGRESO DE AGEFEC

LEMA: "*Cuidar etapa tras etapa*"

Santiago de Compostela, 23-25 de abril, 2015

<http://www.versalscq.com>

II CONGRESO INTERNACIONAL IBERO AMERICANO DE ENFERMERÍA

Madrid, 20-22 de mayo, 2015

<http://congresos-medicos.com/congreso/ii-congreso-internacionalibero-americano-de-enfermeria>

CONFERENCIA Y CRN DEL CIE: "ENFERMERAS Y CIUDADANOS DEL MUNDO"

Seúl, República de Corea, 17-23 de junio de 2015

www.icn2015.com

ENCUENTRO NACIONAL DE ENFERMERÍA SOBRE TRASPLANTES DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

Madrid, 24 de octubre, 2015

www.madrid.org

PREMIOS XIV EDICIÓN PREMIO A LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Convoca: Fundación Renal Íñigo

Álvarez de Toledo

Dotación: 3.000 €

Bases e información:

<https://www.friat.es>

Tu Colegio de Enfermería,
a tu servicio

TELÉFONO AZUL DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA

Las 24 horas del día,
los 365 días del año

902 50 000 00



ORGANIZACIÓN
COLEGIAL DE ENFERMERÍA

Colegio Oficial
de Huesca

Seguro de Automóvil



Porque cuando se queda sin coche, es cuando más ayuda necesita



Así funcionan nuestras nuevas coberturas exclusivas:

¿Tiene un problema con el coche y necesita que alguien le acerque al taller?

Nosotros lo hacemos

¿No sabe cómo volver a casa después?

Nosotros le llevamos

Y en caso de siniestro total, ¿cómo va a moverse?

Con el coche de sustitución que A.M.A. pondrá a su disposición

Así de fácil y así de claro.

Confíe en la experiencia de A.M.A. y disfrute del mejor servicio con total tranquilidad.

A.M.A. HUESCA Zaragoza, 5; bajo Tel. 974 22 33 54 huesca@amaseguros.com



LA CONFIANZA ES MUTUAL
www.amaseguros.com 902 30 30 10

