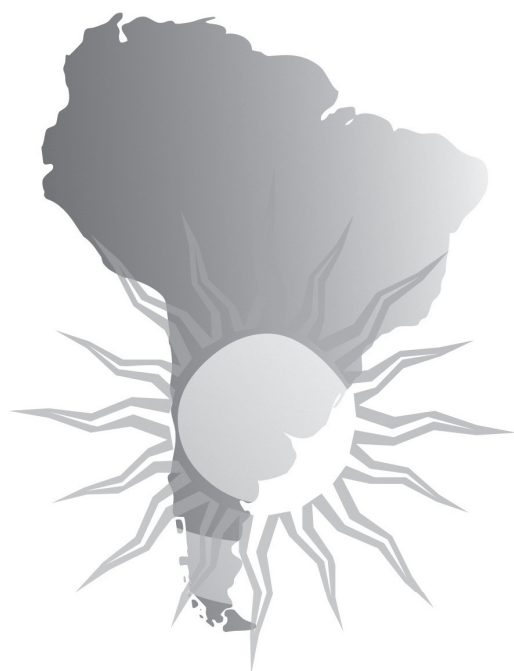


# Enfermería: Cuidados Humanizados

Revista Oficial de la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud  
Universidad Católica del Uruguay



Universidad  
Católica del  
Uruguay

La revista está incluida en  
el catálogo **LATINDEX**

<http://www.latindex.unam.mx/>



**Enfermería:  
Cuidados Humanizados**

Vol. 4, n° 1 Junio 2015  
ISSN: 1688-8375

PUBLICACIÓN OFICIAL  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
Y TECNOLOGÍAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DEL URUGUAY

**Directora:**

Dra. Natalie Figueredo.  
nafiguer@ucu.edu.uy  
Av. Garibaldi 2831 CP 11600,  
Montevideo, Uruguay.

**Editor responsable:**

Mag. Teresa Delgado de Purtscher.  
tadelgado@ucu.edu.uy  
Av. Garibaldi 2831 CP 11600,  
Montevideo, Uruguay.

**Gestión Editorial:**

Mag. Sebastián Griscti.  
sebastian.griscti@ucu.edu.uy  
Av. Garibaldi 2831 CP 11600  
Montevideo, Uruguay.

**Consejo Editorial:**

Mag. Esteban Pérez García,  
Universidad de Huelva, España.  
Mag. Miriam Costabel, Universidad de la  
República.  
Mag. Patricia Prada, Universidad Católica  
del Uruguay.  
Lic. Patricia Techera, Universidad Católica  
del Uruguay.  
Lic. Ana María García, Universidad Católica  
del Uruguay.

**Traducción:**

Mag. Sebastián Griscti.  
Prof. Marta Rodríguez.

**Asesor bibliográfico**

Br. María José Enrique.

**Producción Editorial:**

GRUPO MAGRO EDITORES  
Isidoro de María 1310 (Planta Alta)  
Tel. (598) 2925 3195 - 2925 3198  
E-mail: info@grupomagro.com  
www.grupomagro.com  
Montevideo - Uruguay

Dep. Legal N° 366.198 / 14  
Edición amparada en el decreto 218/996  
(Comisión del Papel)

**Periodicidad semestral**

Enero - Junio

**Facultad de Enfermería y Tecnologías  
de la Salud - Universidad Católica del  
Uruguay.**

Garibaldi 2831 CP 11600  
Montevideo, Uruguay.  
Tel. Fax (598) 2487 93 08  
www.uca.edu.uy  
ecuidadoshumanizados@uca.edu.uy

ISSN: 1688-8375

Título-clave:

Enfermería (Montevideo)

Título-clave abreviado:

Enfermería (Montev.)

Registro ante el MEC: 2395/2012.

Diseño figura de tapa:  
Lic. Hernán Pereira



## EDITORIAL



En este número queremos resaltar un hecho que, por evidente, no es menos importante: el único modo de conseguir la visibilidad social y académica de la profesión es a través del trabajo continuo y perseverante en beneficio de la salud y de la propia enfermería como ciencia. Para que la disciplina progrese no bastan los grandes paradigmas y teorías. La enfermería debe avanzar, seguir labrando su cuerpo de conocimientos, no cejar nunca en el empeño: lo que hoy es dogma mañana puede cambiar; esto no se consigue sin una formación adecuada, rigurosa y organizada en investigación.

Junto con lo anterior, no podemos olvidar que la investigación aplicada es necesaria para mejorar la práctica; últimamente el movimiento de Enfermería Basada en la Evidencia está vigorizando la utilización de la investigación como herramienta para la mejora asistencial. Sin embargo, para que los resultados lleguen a dicho nivel, la investigación debe ser leída y comunicada, no olvidemos que el objetivo de todo estudio es la publicación: de nada sirve un magnífico trabajo si no es visualizado por la comunidad científica a la que va dirigida. Se trata de conseguir interactividad entre los investigadores y los profesionales de a pie. *Enfermería: Cuidados Humanizados* se constituye como una herramienta más al servicio de la expansión del conocimiento científico en enfermería.

La formación, pues, debe ir encaminada en un doble sentido; además de estar formadas en metodología de investigación, los/las enfermeros/as debemos aprender a comunicar. Poseer herramientas en lectura crítica y saber escribir un artículo científico, que esté dentro de los cánones internacionalmente aceptados, requiere tener conocimientos sobre redacción científica. Con estos mimbres podremos realizar serios trabajos de investigación intradisciplinar, pero no olvidemos que también debemos integrarnos en equipos multiprofesionales y realizar investigación interdisciplinar.

Además, para que nuestro arte llegue a la comunidad, y se nos reconozca como agentes imprescindibles en salud, debemos tener habilidades sociales en comunicación: conocer cómo utilizar los medios audiovisuales y de prensa en beneficio de la divulgación profesional y la visibilidad de nuestra labor.

Con la formación adecuada, todos/as podemos investigar y comunicar, no hacen falta grandísimos proyectos financiados por tal o cual institución de prestigio, sólo se necesitan tesón, paciencia y avanzar poco a poco. Recordemos que más vale caminar a pequeños pasos que a grandes zancadas.

Por último, debemos vencer el mito según el cual la investigación es sumamente complicada y difícil o que ésta no está vinculada al mundo cotidiano y real.

**Esteban Pérez García**

Miembro del Consejo Editorial

## EDITORIAL

Neste número queremos ressaltar um fato que, por evidente, não é menos importante. A única forma de conseguir a visibilidade social e acadêmica da profissão é através do trabalho contínuo e perseverante em benefício da saúde e da própria enfermagem como ciência. Para a disciplina progredir não são suficientes os grandes paradigmas e teorias. A Enfermagem deve avançar, continuar forjando seu corpo de conhecimentos, não desistir nunca nesse empenho. O que hoje é dogma amanhã pode mudar.

Isso não se consegue sem a formação adequada, rigorosa e organizada em pesquisa. Além disso, não devemos esquecer que a pesquisa aplicada é necessária para melhorar a prática. Ultimamente, o movimento da Enfermagem Baseada na Evidência está encorajando a utilização da pesquisa como ferramenta para melhorar a assistência. Porém, para os resultados alcançarem esse patamar, a pesquisa deve ser comunicada, deve ser lida –não esqueçamos que o objetivo de todo estudo é ser publicado. De nada serve um excelente trabalho se não for visualizado pela comunidade científica à qual está orientado. Busca-se conseguir a interatividade entre os pesquisadores e os profissionais básicos.

Enfermagem: Cuidados Humanizados se constitui como mais uma ferramenta ao serviço da expansão do conhecimento científico em enfermagem.

A formação, então, deve encaminhar-se em duplo sentido: além de estar formadas em metodologia da investigação, as enfermeiras/os devemos aprender a comunicar. Possuir ferramentas em leitura crítica e saber escrever um artigo científico dentro dos padrões internacionalmente aceitos requer possuir conhecimentos sobre redação científica. Com esses materiais poderemos realizar trabalhos de pesquisa intradisciplinar sérios, mas sem esquecermos que também devemos nos integrar em equipes multiprofissionais e realizar pesquisa interdisciplinar.

Além do mais, para a nossa arte chegar à sociedade, à comunidade e sermos reconhecidos/as como agentes imprescindíveis em saúde, devemos ter habilidades sociais em comunicação: saber como utilizar os meios audiovisuais e a mídia em prol da divulgação profissional, da visibilidade do nosso trabalho.

E, com a formação adequada, todos/as podemos pesquisar e comunicar, não é preciso grandes projetos financiados por essa ou aquela instituição de prestígio; só precisamos persistência, paciência e avançar aos poucos. Recordemos que é melhor caminhar a pequenos passos que com grandes passadas.

Por último, devemos vencer o mito segundo o qual a pesquisa é muito complicada e difícil ou sem ligação com o mundo cotidiano e real.

***Esteban Pérez García***

Membro do Conselho Editorial

# EDITORIAL

In this issue we want to highlight a fact that, although obvious, is still important. The only way to achieve social and academic visibility of the profession is through the continuous and persevering work for the sake of health and Nursing as a science. For the discipline to thrive, big paradigms and theories are not enough: nursing must progress, it must continue expanding its knowledge and never relent in effort; what is dogmatic today can change tomorrow. This cannot be achieved without an adequate, rigorous and organized training in research methods.

Furthermore, we cannot forget that applied research is necessary to improve our practice. Lately, the Nursing Based on Evidence movement is invigorating the use of research as a tool to improve healthcare. However, for results to get to a certain level of success, they must be shared. Let's not forget that the aim of every study is to be published; it is useless to have a great work if it is not readable by the scientific community to which it is addressed. It is necessary to achieve efficient communication between researchers and healthcare professionals. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, is as a tool to expand scientific knowledge in Nursing.

Training, then, must be oriented to not only research methods, but also to develop communication skills. Knowing how to read critically and how to write a scientific article following international standards requires knowledge in scientific writing. With these tools we will be able to conduct several serious studies, but also, we should integrate multidisciplinary teams and conduct multidisciplinary research.

Furthermore, it is necessary to have social skills to be able to communicate with the rest of the population and be acknowledged as essential healthcare agents. We must know how to use the media to achieve professional divulgation and make our work visible.

With the proper training, we can all research and communicate; there is no need for grandiose projects financed by this or that prestigious institution. All that is needed is perseverance, patience and to go forward step by step. It is better to take small steps than big strides.

Lastly, we must vanquish the myth that researching is extremely complicated and difficult or that it is not linked to the real world.

***Esteban Pérez García***

Member of the Editorial Board



# Universidad Católica del Uruguay

La Universidad Católica del Uruguay  
pertenece a la Conferencia Episcopal Uruguaya y  
está confiada a la Compañía de Jesús.

## AUTORIDADES

Cardenal Daniel Sturla Berhouet, SDB.  
*Gran canciller*

P. Alejandro Tilve, SJ.  
*Vice Gran canciller*

P. Dr. Eduardo Casarotti, SJ.  
*Rector*

Dr. Ariel Cuadro  
*Vicerrector Académico*

Ing. Omar Paganini  
*Vicerrector de Gestión  
Económica y Desarrollo*

P. Dr. Álvaro Pacheco, SJ.  
*Vicerrector del Medio Universitario*

Dra. Sandra Segredo  
*Secretaria General*

Dra. Natalie Figueredo  
*Decana, Facultad de Enfermería y  
Tecnologías de la Salud*

La Revista Enfermería: Cuidados Humanizados es una publicación oficial de la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud de la Universidad Católica del Uruguay que pretende contribuir al desarrollo científico, fomentando un ambiente de comunicación para el Uruguay y la región.

Los autores de las publicaciones y profesionales relacionados al área de la salud, establecen en forma escrita la cesión de derechos a la misma, conservan sus derechos de autor y su total responsabilidad en lo expresado en el artículo. La revista no se hace responsable por las afirmaciones que éstos realicen. Está prohibida la reproducción total o parcial de sus contenidos de acuerdo a las leyes vigentes en el país.

Posee un consejo editorial, un editor responsable y una directora académica que trabajan en forma honoraria.

La revista está inscripta con el Número Internacional Normalizado para Publicaciones Seriadas (ISSN) 1688-8375 y registrada ante el MEC. Está sometida a las normas Scielo de indización.

Los trabajos de investigación son evaluados en forma anónima por un árbitro internacional y uno nacional, con sistema doble ciego.

Se edita en la Universidad Católica del Uruguay regularmente, en forma semestral, julio y diciembre.

Las bases para los autores son publicadas en la revista y en la página web [www.ucu.edu.uy](http://www.ucu.edu.uy)

The Journal Enfermería: Cuidados Humanizados is an official publication of the Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud of the Universidad Católica del Uruguay that is engaged in scientific development, promoting a space for communication throughout Uruguay and the region.

The authors of publications and related professionals to the area of health, stated in a written transfer of rights to it, retain their copyright and full responsibility as expressed in the article. The magazine is not responsible for the claims they make. Reproduction of all or part of their contents according to the laws of the country.

It has an editorial board, a chief editor and an academic director working on a volunteer basis.

The journal is registered with the International Standard Serial Number (ISSN) 1688-8375 and registered in the MEC. It is subject to the rules of indexing Scielo.

Research papers are evaluated anonymously by an international arbitrator and one national, with double-blind system.

It is published in the Catholic University of Uruguay regularly, every six months, July and December.

The basis for the authors are published in the magazine and on the website [www.ucu.edu.uy](http://www.ucu.edu.uy)

La Revista Enfermería: Cuidados Humanizados é uma publicação oficial da Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud de la Universidad Católica del Uruguay, que está envolvida no desenvolvimento da ciencia, de comunicação, promovendo um ambiente do Uruguai e da região.

Os autores de publicações e profissionais relacionados à área de saúde, declarou em uma transferência por escrito dos direitos a ele, manter o seu autor e total responsabilidade expresso no artigo. A revista não é responsável pelas afirmações que fazem. A reprodução de todo ou parte do conteúdo de acordo com as leis do país.

Tem um conselho editorial, um editor-chefe e um diretor acadêmico que trabalha em regime de voluntariado.

A revista está registrado com o número de série International Standard Serial Number (ISSN) 1688-8375 e registrado com o MEC. Ele está sujeito às regras de indexação Scielo.

Trabalhos de pesquisa são avaliados anonimamente por um árbitro internacional e uma nacional, com sistema duplo-cego.

É publicado na Universidade Católica do Uruguai regularmente, a cada seis meses, Julho-Dezembro

A base para os autores são publicados na revista e no site [www.ucu.edu.uy](http://www.ucu.edu.uy)

[www.enfermeriacuidadoshumanizados.ucu.edu.uy](http://www.enfermeriacuidadoshumanizados.ucu.edu.uy)

## COMITÉ CIENTÍFICO NACIONAL E INTERNACIONAL

### COMITÉ CIENTÍFICO NACIONAL

**Prof. Dra. Zoraida Fort**

Gerente de RRHH del Ministerio de Salud Pública, Uruguay.

**Prof. Lic. María del Carmen Ferreira**

Universidad Católica del Uruguay, Ministerio de Salud Pública, Uruguay.

**Prof. Lic. Álvaro Fernández**

Universidad Católica del Uruguay, Uruguay.

**Prof. Emérita Lic. Soledad Sánchez**

Uruguay.

**Prof. Mag. Teresa Menoni**

Universidad de la República Oriental del Uruguay, Uruguay.

**Prof. Lic. Maira Castro**

Administración de Servicios de Salud del Estado, Uruguay.

**Prof. Mag. Rosana Tessa**

Universidad Católica del Uruguay, Uruguay.

**Prof. Dra. Adriana Misa**

Universidad Católica del Uruguay, Uruguay.

**Prof. Dr. Augusto Ferreira**

Universidad Católica del Uruguay, Uruguay.

### COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL

**Prof. Dra. Beatrice Goodwin**

Universidad de Nueva York, EEUU.

**Prof. Dra. Luz Angélica Muñoz**

Universidad de Enfermería Andrés Bello, Chile.

**Prof. Mag. Ana María Vásquez**

Universidad de Concepción, Chile.

**Prof. Mag. Alicia Reyes Vidal**

Facultad de Enfermería Universidad Andrés Bello, Chile.

**Prof. Mag. Carmen Falconí**

Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ecuador.

**Prof. Dra. Olivia Sanhueza**

Universidad de Concepción, Chile.

**Prof. Lic. María Virginia Hernández Alonso**

Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, México.

**Prof. Dra. Adelaida Zabalegui**

Hospital Clínico de Barcelona, España.

**Prof. Dra. M<sup>a</sup> Dolores Bardallo**

Universidad Pompeu Fabra, Cataluña, España.

**Prof. Mag. Verónica Behn**

Universidad de Concepción, Chile.

**Prof. Dra. Sandra Valenzuela**

Universidad de Concepción, Chile.

**Prof. Dra. Alina María de Almeida Souza**

Consejo General de Enfermería de España, España.

**Prof. Mag. Erika Caballero**

Centro de Educación a Distancia, Chile.

**Prof. Dr. Gabriel Rodríguez**

Universidad Andrés Bello, Chile.

**Prof. Dra. María Cristina Cometto**

Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

**Prof. Dr. Johis Ortega**

Universidad de Miami, EEUU.

**Prof. Mag. María Cristina Torres**

Universidad Austral, Chile.

**Prof. Dr. José Ramón Martínez Riera**

Universidad de Alicante, España.

**Prof. Mag. María Antonia Jiménez**

Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Colombia.

**Prof. Dra. Maricela Torres**

Escuela Nacional de Enfermería, Cuba.

**Prof. Mag. Lia Garnica**

Universidad de Santiago del Estero, Argentina.



# CONTENIDO

EDITORIAL Esteban Pérez García	_____	pág. 3
<b>SECCIÓN 1</b>		
<b>ARTÍCULOS ORIGINALES</b>		
Cambio hacia los registros de Enfermería según Instrumento Normalizado. Policlínica pediátrica de la ciudad de Montevideo. Changing towards Nursing records according to a Standardized Instrument. Pediatric polyclinic in Montevideo city. Mudança para os registros de Enfermagem segundo Instrumento Normalizado. Policlínica pediátrica da cidade de Montevideú.	_____	pág. 12
Héctor Rosso		
Valoración del estado nutricional de personas que asisten a un centro de hemodiálisis en Montevideo. Assessment of nutritional status of people attending a hemodialysis center in Montevideo. Avaliação do estado nutricional das pessoas atendidos em um centro de hemodiálise em Montevideú.	_____	pág. 18
Ana Paula Churi González y Soledad Calvo Pesce		
Enfermería del siglo XXI, entre la modernidad y la postmodernidad: una aproximación desde la hermenéutica. Nursing in the 20th century, between modernity and postmodernity: a hermeneutical approach. Enfermagem do século XXI entre a modernidade e a pós-modernidade: uma aproximação desde a hermenêutica.	_____	pág. 23
Mirliana Ramírez Pereira		
Diseño y desarrollo de una barra energética para deportistas de triatlón. Design and development of an energy bar for triathlon athletes. Concepção e desenvolvimento de uma barra energetica para atletas de triathlon.	_____	pág. 28
Inés Arruti, María Belén Fernández y Rosana Martínez		
Cuidados enfermeros del paciente neurocrítico con monitoreo de la presión intracraneana. Nursing care of the neuro-critical patient with intracranial pressure monitoring. Cuidados enfermeiros do paciente neurocrítico com monitorização da pressão intracraniana.	_____	pág. 33
María Susana Silvera Alvez		
Nivel de uso del lenguaje estandarizado en el Proceso de Enfermería. Level of use of standardized language in Nursing Process. Nível de utilização linguagem no Processo padronizado de Enfermagem.	_____	pág. 40
Erika Caballero, Nataly Aguilar, Marilyn Alegría, Ingrid Díaz, Claudia Chacón, Abdul Hernández y Antonio Rienzo		
<b>SECCIÓN 2</b>		
<b>ACTUALIZACIONES</b>		
Rol del fisioterapeuta en cuidados paliativos y en pacientes al final de la vida. Role of the physiotherapist in palliative care and with patients at the end of life. Papel do fisioterapeuta em cuidados paliativos e com pacientes no fim da vida.	_____	pág. 48
Kitty Löwensberg		
<b>SECCIÓN 3</b>		
<b>EVENTOS ACADÉMICOS</b>		
	_____	pág. 54



SECCIÓN 1  
**Artículos**

# CAMBIO HACIA LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA SEGÚN INSTRUMENTO NORMALIZADO. POLICLÍNICA PEDIÁTRICA DE LA CIUDAD DE MONTEVIDEO.

CHANGING TOWARDS NURSING RECORDS ACCORDING TO A STANDARDIZED INSTRUMENT. PEDIATRIC POLYCLINIC IN MONTEVIDEO CITY.

MUDANÇA PARA OS REGISTROS DE ENFERMAGEM SEGUNDO INSTRUMENTO NORMATIZADO. POLICLÍNICA PEDIÁTRICA DA CIDADE DE MONTEVIDÉU.

**Héctor Rosso**

*Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo, Uruguay.*

hrosso@ucu.edu.uy

Recibido: 27/07/2014

Aceptado: 15/12/2014

## RESUMEN

Los registros de Enfermería forman parte de la labor asistencial que desarrollan los enfermeros durante la atención a las necesidades y cuidados de salud de la población. Es necesario ser conscientes de la importancia de contar con registros de buena calidad en el proceso de atención, así como de las diferentes repercusiones legales de los mismos. El problema que guió este trabajo fue la falta de registros en Enfermería, lo cual generaba inconvenientes en la comunicación del equipo de salud. El estudio se llevó a cabo en el área pediátrica de un hospital de referencia nacional, mediante la implementación de una planilla de registro y la medición de la calidad del llenado del registro. El estudio se realizó en el período del 30 de marzo al 31 de mayo del 2011. En la historia clínica no existía un espacio ni una sección propia para los registros de la actividad de Enfermería. La normalización permite el entendimiento de los fenómenos que ocurren en los usuarios cuando se encuentran en el proceso de atención. Es importante contar con registros de Enfermería, adaptados a los diferentes servicios e instituciones, pudiendo ser en formato papel o electrónico. El instrumento de registro permite individualizar en forma holística el cuidado de Enfermería, favorecer el uso de un lenguaje común facilitando la comunicación interprofesional, evitar errores y omisiones de escritura y realizar la gestión de riesgo, haciendo visible la gestión del cuidado. Asimismo, constituye una herramienta para la investigación y enriquecimiento de la disciplina enfermera.

**Palabras clave:** Cuidado de Enfermería, Historia Clínica, Registro de Enfermería.

## ABSTRACT

Nursing records are a part of the healthcare work undertaken by nurses while caring for the healthcare needs of the population. It is necessary to be aware of the importance of good quality records during the care process, as well as of the legal repercussions they can bring. The problem that guided this study was the lack of nursing records, which generated communication difficulties among health staff. The study was ca-

ried out in the pediatric area of a national referral hospital, by implementing a records form and measuring the quality of what was recorded. The study was conducted from March 30<sup>th</sup> to May 31<sup>st</sup>, 2011. In the clinical record, there was no specific place or section for the nursing records. The standardization allows a proper understanding of the phenomenon that occurs in the users during the care process. It is important to count on the nursing records, adapted to the different services and institutions, whether in paper or digital format. The recording instrument allows individualizing the nursing care in a holistic way, allowing the use of a common language to improve the communication between professionals, to avoid errors and omissions in writing, to facilitate risk management and making the care management visible. Furthermore, it constitutes a tool for research and it enriches the nursing discipline.

**Keywords:** Nursing Care, Clinical Records, Nursing Records.

## RESUMO

Os registros de enfermagem fazem parte do trabalho assistencial desenvolvido pelos enfermeiros durante a atenção das necessidades e dos cuidados de saúde da população. Devemos estar conscientes da importância de ter registros de boa qualidade no processo de atenção, bem como das suas diferentes repercussões legais. O problema que norteou esse estudo foi à falta de registros de enfermagem, o que gerava problemas na comunicação da equipe de saúde. O estudo foi realizado no setor pediátrico de um hospital de referência nacional, através da implementação de um formulário de inscrição e pela medição da qualidade no seu preenchimento. O estudo foi realizado no período de 30 de março a 31 de maio de 2011. No prontuário médico não havia um espaço nem uma seção específica para os registros da atividade de enfermagem. A normatização permite a compreensão dos fenômenos que ocorrem com os usuários quando eles estão no processo de atenção. É importante ter registros de enfermagem, que podem ser em papel ou eletrônicos, adaptados aos diferentes serviços e instituições. O instrumento de registro permite individualizar, de forma holística,

o cuidado de enfermagem; favorece o uso de uma linguagem comum, facilitando a comunicação interprofissional; evita erros e omissões na escrita, e permite efetuar a gestão de risco, tornando visível o acompanhamento do cuidado. Além disso, é uma ferramenta de pesquisa e melhoramento da disciplina Enfermagem.

**Palavras-chave:** Cuidados de Enfermagem, Histórico Médico, Registro de Enfermagem.

## INTRODUCCIÓN

Es necesario ser conscientes de la importancia de contar con registros de Enfermería de buena calidad en el proceso de atención, adaptados a los diferentes servicios y niveles de salud, así como de las diferentes repercusiones legales de los mismos. Los registros de Enfermería forman parte de la labor asistencial diaria que desarrollan los enfermeros durante la atención a las necesidades y cuidados de salud de personas y comunidades.

Diversos estudios científicos de Enfermería a nivel internacional demuestran la importancia de la normalización de los registros. En tal sentido, podemos mencionar a Silva, Guimaraes y Calvacanti, quienes demuestran que la incorporación de variables que resaltan los diferentes patrones funcionales en la valoración pediátrica, constituyen aspectos centrales en los instrumentos de registro (1). Así por ejemplo, han encontrado que en la valoración del patrón respiratorio ha sido importante registrar características tales como el color de la piel, entre otros elementos.

La nomenclatura enfermera es fundamental para universalizar la comunicación entre el colectivo profesional. Así, la utilización de un lenguaje estandarizado contribuye a disminuir el error y optimizar los recursos. En el área de Enfermería los registros constituyen el principal instrumento para garantizar la continuidad de los cuidados. En este sentido, en diferentes partes del mundo se han desarrollado registros informatizados sobre la base de los conceptos aceptados a nivel internacional, fundamentalmente el Proceso de Enfermería (PE) (2).

La falta de registros de Enfermería sobre la información de los pacientes constituye una barrera para una buena planificación. Asimismo, los intentos para mejorar la calidad de los registros se tornan imprescindibles. Se ha demostrado que la capacitación en la redacción de los registros de Enfermería contribuye a mejorar la documentación escrita (3). Históricamente los enfermeros han presentado una resistencia a la documentación del cuidado, motivado por la falta de tiempo, la sobrecarga de trabajo o la inadecuación de los instrumentos de registros (4). El tiempo destinado al cuidado es una variable fundamental a tener en cuenta, si no se desea omitir la calidad de los registros. Los instrumentos para evaluar el estado de salud de los pacientes y la necesidad de cuidados son imprescindibles para mejorar la calidad en la asistencia sanitaria (5).

En la policlínica pediátrica del hospital, no se realizaban registros sistematizados del PE, sólo se registraban datos antropométricos, a través de un sello en la historia clínica (HC), que indicaban fecha, peso, talla, perímetro craneano y nombre del médico tratante. El sello era colocado en la hoja de evolución médica, por el/la enfermero/a actuante en el procedimiento antropométrico y luego llenaba los ítems según los datos recabados. El/la enfermero/a no realizaba ni registraba ninguna acción de valoración, tampoco se registraba quién había realizado el procedimiento.

### Registros de Enfermería

*Policlínica Pediátrica General. Departamento de Enfermería*

*Datos Patronímicos:*

*Nombre: ... H.C..... C.I.....*

*Edad: ...*

*Antropométricos:*

*Peso: ...Kg. Talla: ... cm.*

*Perímetro Craneano: ... cm. Perímetro Abdominal: ... cm.*

*Presión Arterial: .../.....mmHg. Pulso: .....x/m*

*Temperatura: .....° Ext. Int. Respiración: ..... x/m*

*Saturación: ..... Glucemia capilar: .....mg/dl*

<i>Valoración:</i>		<i>Observación:</i>
<i>Sistema Tegumentario</i>	<input type="checkbox"/>	.....
<i>Sistema Respiratorio</i>	<input type="checkbox"/>	.....
<i>Sistema Nervioso</i>	<input type="checkbox"/>	.....
<i>Sistema músculo – esquelético</i>	<input type="checkbox"/>	.....
<i>Sistema Circulatorio</i>	<input type="checkbox"/>	.....
<i>Sistema Urinario</i>	<input type="checkbox"/>	.....
<i>Sistema Digestivo</i>	<input type="checkbox"/>	.....
<i>Niño y Familia (aspectos sociales)</i>	<input type="checkbox"/>	.....

*Fecha.....*

*Nombre de la Enfermera..... Firma.....*

FECHA Y HORA	PROCEDIMIENTO	FIRMA Y ACLARACIÓN

Un Registro de Enfermería es un sistema de documentación que forma parte de todo un registro del usuario y que provee la documentación formal de la interacción entre el/la enfermero/a y la persona. Corresponde a un medio de comunicación entre

los/las enfermeros/as y todo el equipo de salud. Cabe destacar que existen registros en papel y registros electrónicos (6).

A continuación se definen conceptos relevantes relacionados con la historia clínica:

Concepto	Definición
Registro	Procedimiento escrito de comunicación que congrega de modo permanente la información vinculada con el tratamiento de la asistencia sanitaria (6). Un registro es un sistema estructurado para reunir y depositar la información destacada que origina un determinado usuario de un servicio de salud (7).
Registro computarizado	Procedimiento que reúne toda la información pertinente para la solicitud, prestación y documentación de asistencia sanitaria a un usuario determinado (6).
Registro de referencia	Modelo de Historia Clínica en el que cada división, departamento, unidad o especialidad dispone de su propia sección (6).

Los registros enfermeros aportan varios beneficios, entre ellos: estructuran el cuidado del usuario; brindan orden al Proceso de Enfermería; y proveen directamente a los/las enfermeros/as de una forma sistematizada, ordenada y progresiva para recopilar, manejar y gestionar los datos, información y conocimientos diarios necesarios y esenciales para la atención de una persona como parte de una familia, comunidad y sociedad definida (6).

**OBJETIVO**

El objetivo de este trabajo fue elaborar una propuesta de planilla de registros de Enfermería para el área de la policlínica pediátrica y medir la calidad del llenado del registro de Enfermería, en el período del 30 de marzo al 31 de mayo del 2011. Los objetivos específicos fueron: 1) incorporar a la HC una sección de registro de Enfermería y 2) universalizar la utilización del nuevo formato de registros.

**METODOLOGÍA**

El instrumento o planilla de registro de Enfermería se propone en un servicio de policlínica pediátrica, donde se asisten aproximadamente 450 niños por mes. En la policlínica existen diferentes programas y especialidades, destacando los programas de diabetes, obesidad, talla baja y bajo peso. Dentro de las especialidades se encuentran: genética, reumatología, toxicología, cuidados paliativos, endocrinología, anestesia. Allí se realiza la atención de Enfermería con una complejidad moderada dependiendo de los procedimientos según la patología de los niños y adolescentes. Además en dicha policlínica funciona la Unidad de Procedimientos de Enfermería Ambulatorios (UPEA), en la que se realizan las diferentes acciones que requieran los procedimientos de Enfermería especializada en pediatría, de los

usuarios ambulatorios de todo el hospital pediátrico. A su vez, se practican procedimientos que requieren pericia y experticia como son los uro cultivos por cateterismo a lactantes, que son derivados del primer nivel de atención.

El personal de Enfermería está compuesto por dos licenciados en Enfermería, cinco auxiliares de Enfermería, además de dos auxiliares de servicio, distribuidos en el horario de la policlínica de 7:00 a 19:00 horas. Se llevó a cabo un estudio descriptivo y transversal. Las variables estudiadas fueron: cantidad de registros, legibilidad, completitud de los datos del instrumento, identificación de quién realiza el registro y colocación del registro identificador. Se elaboró la propuesta de registro estandarizado mediante un formulario especialmente diseñado y adaptado según las observaciones y las tareas asistenciales que desarrolla el personal de Enfermería en policlínicas.

Se implementó un pilotaje de la planilla en el mismo servicio, durante un mes previo a su implementación. El procedimiento para la evaluación de los registros fue la recolección y valoración de los diferentes datos registrados por Enfermería. El porcentaje esperado de llenado en cada una de las diferentes áreas fue del 100%. Se consideraron todos los registros realizados desde el 30 de marzo al 31 de mayo del 2011. Para el análisis de los datos se utilizó el sistema EpiInfo, versión 3.5.3.

Dentro de las consideraciones éticas, se solicitó autorización a la Dirección del Hospital Pediátrico de la institución para la implementación del estudio, así como el consentimiento informado de los enfermeros que realizaron los registros. Se mantuvo la confidencialidad y anonimato de la información que pudiera identificar a los informantes siguiendo la normativa vigente. La participación fue voluntaria y se anunció previamente a los informantes que podrían abandonar el estudio cuando quisieran sin tener repercusiones de ninguna índole. Luego de probar la planilla, se realizaron los trámites para la incorporación formal del registro de Enfermería en las HC del hospital, en la dirección pediátrica, en los departamentos de pediatría y Enfermería, y en el área de registros médicos.

El registro de Enfermería constó de un instructivo de llenado y se estructuró en diferentes áreas: datos patronímicos, antropométricos, valoración de Enfermería, datos del personal de Enfermería y procedimientos realizados (Ver Anexo 1). El nuevo formato del instrumento de recolección de datos de los usuarios pediátricos tomó en cuenta aspectos físicos y psicosociales.

**RESULTADOS**

En relación a los resultados, se analizaron 731 registros realizados en el período descrito. La legibilidad fue adecuada en el 100% de los registros, lográndose leer sin dificultades toda la información que aparece en dichos sistemas. Con respecto a la calidad de llenado de las diferentes áreas del registro, en datos patronímicos, antropométricos y de Enfermería, el llenado fue entre el 97% o más en la mayoría de los ítems, salvo en el perímetro craneano (92,4%), y en la presión arterial (73,1%).

En forma global se logró una mejor calidad de llenado del registro de Enfermería, en la Policlínica Pediátrica en el periodo estudiado.

### CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES

Se cumplió con el objetivo del proyecto acerca de la aceptación por parte de la institución de la incorporación de una sección en la HC para el registro de Enfermería. Los/las enfermeros/as incorporaron en su trabajo la realización de registros según el formato.

Se alcanzó niveles de registros cercanos al 100% en casi todos los casos. Se plantea como acción a futuro evaluar si con este nuevo sistema de registro, se ha mejorado el trabajo de los/las enfermeros/as y la atención de los usuarios. Asimismo, se plantea la necesidad de otro aspecto en el registro, vinculado a los registros informatizados, ya aplicados y evaluados en países de la región como Chile, cuyos resultados han sido favorables (9-11).

La propuesta de la herramienta de valoración y registro con la participación de los/las enfermeros/as implicados/as constituye una base necesaria para la implantación del proceso de Enfermería, así como para mejorar la calidad de los registros clínicos del usuario pediátrico y su familia. El enfoque enfermero del instrumento contribuye al desarrollo del rol propio del profesional. La simplicidad de la herramienta y la adaptación del personal de Enfermería favorecen su uso y, consecuentemente, la continuidad del cuidado.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva V, Guimarães T, Cavalcanti A, de Melo Vellozo Pereira J, Queluci G, Santana R. Terms of nursing: human responses of children hospitalized with heart disease – a cross-sectional study. *Online Braz J Nurs*. [Internet]. 2014 Jun [citado 7 Nov 2014]; 13(2): 162-170. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=5e857d41-1faf-43cc-ac46-10f86b3f83e0%40sessionmgr4004&vid=5&hid=4106>
2. Hübner U, Flemming D, Heitmann K, Oemig F, Thun S, Dickerson A, et al. The need for standardised documents in continuity of care: results of standardising the eNursing summary. *Stud Health Technol Inform*. [Internet]. 2010 [citado 15 Ene 2015]; 160: 1169-1173. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20841868>
3. Jefferies D, Johnson M, Nicholls D, Langdon R, Lad S. Evaluating an intensive ward-based writing coach programme to improve nursing documentation: lessons learned. *Int Nrs Rev*. [Internet]. 2012 Set [citado 20 Feb 2015]; 59 (3): 394-401. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22897192>.
4. Jiménez Fernández JC, Cerrillo Martín D. Registros de enfermería: un espejo del trabajo asistencial. *Metas Enferm*. 2010; 13 (6): 8-11.
5. Queijo AF, Padilha KG. Nursing activities score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2009 [citado 25 Feb 2015]; 43: 1018-25. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a04v43ns>
6. Caballero E, Becerra R, Hullin C. Proceso de enfermería e informática, para la gestión del cuidado. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2010.
7. Mompert García M, Durán Escribano M. Administración y gestión. Madrid: DAE-Grupo Paradigma; 2001.
8. Rosso H, Añasco G, Yuane G. Evaluación de la calidad del llenado del registro de enfermería, implementado en la policlínica pediátrica general de referencia del CHPR, NI2012: 11th International Congress on Nursing Informatics. Montreal: Canadá; 2012.
9. Caballero E, Becerra R. Instrumentación de la gestión clínica intraoperatoria mediante un registro electrónico. VI Congreso Internacional de Informática en Salud; 2007.
10. Vialart N. Informática. Temas para enfermería. La Habana: Ciencias médicas; 2012.
11. Caballero E, Hullin C. Introducción a la Informática en Salud. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2014.

#### **Anexo 1: Protocolo de llenado de datos**

- Introducir todos los datos patronímicos solicitados.
- Introducir datos antropométricos.

Peso y Talla, siempre.

Perímetro craneano, siempre hasta los dos años o cuando se solicite expresamente.

Perímetro abdominal, siempre, si concurre al programa de obesidad o cuando se solicite expresamente.

Presión Arterial, siempre desde los tres años en adelante o cuando se solicite expresamente.

Pulso, temperatura, respiración, saturación o glucemia capilar, según solicitud médica.

Valoración, se valorará por sistemas, el o la enfermero/a registrarán con un asterisco en el casillero correspondiente al sistema afectado, y en observaciones se especificará. (Ej. Se valora y se constata una lesión de piel en miembro inferior izquierdo, se marca con un asterisco en sistema tegumentario y en observaciones se coloca: miembro inferior izquierdo).

Fecha, siempre, debe aparecer el año completo. (Ej. DD/MM/AAAA).

Nombre y firma, siempre, el nombre debe aparecer legible.

Al reverso de la hoja, se colocarán las indicaciones cumplidas, donde debe aparecer claramente, fecha y hora, procedimiento, firma y aclaración de el/la enfermero/a.

*Todos los procedimientos de Enfermería deben de estar realizados según manual de procedimiento de Enfermería, del Departamento de Enfermería del Hospital Pediátrico.*



# VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE PERSONAS QUE ASISTEN A UN CENTRO DE HEMODIÁLISIS EN MONTEVIDEO.

ASSESSMENT OF NUTRITIONAL STATUS OF PEOPLE ATTENDING A HEMODIALYSIS CENTER IN MONTEVIDEO.

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DAS PESSOAS ATENDIDOS EM UM CENTRO DE HEMODIÁLISE EM MONTEVIDEO.

Ana Paula Churi González

Soledad Calvo Pesce

*Departamento de Nutrición, Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud. Universidad Católica del Uruguay. Montevideo, Uruguay.*  
paulachuri@gmail.com

Recibido: 17/05/2015

Aceptado: 10/06/2015

## RESUMEN

Debido a la importancia del estado nutricional en todas las etapas de la vida, y en especial bajo algunas patologías, se plantea como objetivo valorar el estado nutricional de personas con enfermedad renal crónica que asisten al centro de hemodiálisis en la ciudad de Montevideo en abril del 2014.

Se seleccionó un estudio descriptivo, de corte transversal en el que se estudió a través de indicadores antropométricos y bioquímicos a 47 personas que se realizan hemodiálisis. Se obtuvo que el 38% de las personas presentaban algún tipo de desnutrición: el 30% presentaban sobrepeso y/u obesidad, y del 32% de las personas que se encontraban normonutridos, el 60% presentaba riesgo nutricional por distribución central de grasa. Se detectó que coexisten la malnutrición por déficit como por exceso, predominando la desnutrición. Las personas con mayor tiempo en hemodiálisis presentan malnutrición por déficit o desnutrición en mayor proporción que los que hacen menos tiempo que se dializan.

**Palabras clave:** Evaluación Nutricional, Insuficiencia Renal Crónica, Diálisis Renal, Estado Nutricional.

## ABSTRACT

Due to the importance of nutritional status in all stages of life, particularly in some pathologies, this article seeks to assess the nutritional status of people with chronic kidney disease who attend the hemodialysis center in Montevideo in April, 2014. A descriptive, cross-sectional study was selected, in which 47 patients undergoing hemodialysis were

analyzed using anthropometric and biochemical markers. It was found that 38% of them had some form of malnutrition: 30% were overweight and/or obese, and out of the 32% that were normally nourished, 60% had nutritional risk for central distribution of fat. Patients who spent more time on hemodialysis have more probability of becoming malnourished or undernourished.

**Keywords:** Nutritional Assessment, Chronic Renal Failure, Renal Dialysis, Nutritional Status.

## RESUMO

Devido à importância do estado nutricional em todas as fases da vida, particularmente em algumas patologias, portanto, procura avaliar o estado nutricional de pessoas com doença renal crônica que frequentam o centro de hemodiálise em Montevideo em abril 2014. Foi selecionado no estudo descritivo, transversal, em que foi estudada por indicadores antropométricos e bioquímicos em 47 pessoas em hemodiálise. Verificou-se que 38% das pessoas tinham alguma forma de desnutrição, 30% estavam com sobrepeso e / ou obesidade e 32% das pessoas eram normalmente nutridos 60% tinham risco nutricional para a distribuição central de gordura. Verificou-se que coexistem déficit desnutrição ou excedente, a desnutrição que prevalece. Pessoas com mais tempo de hemodiálise estão desnutridos ou subnutridos déficit maior medida do que menos tempo em diálise.

**Palavras Chave:** Avaliação Nutricional, Insuficiência Renal Crônica, Diálise Renal, Estado Nutricional.

## INTRODUCCIÓN

Durante las últimas dos décadas se ha observado que la incidencia de insuficiencia renal extrema, la cual requiere de un tratamiento sustitutivo, va en aumento, pasando de ser de 32 pmp en 1981 (por millón de población), a 153 pmp en 2010 (1).

En Uruguay el 14,1% de la población es adulta mayor ( $\geq 65$  años), lo cual se ve reflejado en la alta tasa de incidencia de ingreso a diálisis, representando el 49,4% de la población incidente (1, 2). Al ser ésta una enfermedad crónica, la prevalencia es elevada, y va en aumento: de 110 personas en 1981 se ve un importante incremento para el 2011, al alcanzar un valor de 3079 personas (1-3).

La mayoría del material consultado sugiere que el tratamiento de hemodiálisis conlleva un deterioro del estado nutricional con la consecuente aparición de desnutrición (4-7). Se estima que entre el 30 y el 70% de las personas en tratamiento de hemodiálisis presentan malnutrición calórico proteica.

Fernández y otros obtuvieron como resultado que el estado nutricional prevalente en las personas en tratamiento de hemodiálisis es el sobrepeso y la obesidad (8, 9). Gallar-Ruiz y otros introducen el concepto de obesidad paradójica, o bien, epidemiología inversa. Dicho término hace referencia a que las personas que presentan sobrepeso u obesidad, un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 25 kg/m<sup>2</sup>, presentan mayor sobrevida frente a personas con un IMC menor a 25 kg/m<sup>2</sup>. Esta paradoja se ha estudiado en personas que se realizan tratamiento de hemodiálisis, ya que existen datos que indican que la relación entre la grasa corporal y los factores de riesgo cardiovascular no siguen los mismos patrones que la población normal (9).

Dado que el estado nutricional es un importante predictor de morbimortalidad en esta población se plantea el estudio del estado nutricional de los mismos a través de indicadores antropométricos como el peso seco, la talla, los pliegues cutáneos y perímetros corporales; e indicadores bioquímicos, como la albúmina, el colesterol total y la urea.

En Irán en el 2010 se realizó una investigación en dos centros de hemodiálisis con una población de 112 personas y se obtuvo como resultado, según un score de elaboración propia que contemplaba la pérdida de peso en el tiempo, la ingesta de alimentos, síntomas gastrointestinales, estado funcional, influencia de la enfermedad en las necesidades nutricionales y examen físico, que el 49,1% de las personas presentaban desnutrición leve y moderada y el 18,8% desnutrición grave (8).

En un estudio transversal realizado en la Unidad de Tratamiento de Diálisis de Araraquara, en San Paulo, Brasil en el año 2008 se observó que según diferentes indicadores de riesgo nutricional en estas personas, se obtenían diferentes resultados. La frecuencia de malnutrición moderada o grave varió de 22% a 54%, de acuerdo con el parámetro empleado; también se obtu-

vo, con respecto al Índice de Masa Corporal (IMC) que 35% presentaban sobrepeso. Según la medición del pliegue tricúspital se clasificó al 52% como personas obesas; sin embargo, según el área muscular del brazo se obtuvo que el 52% de las personas presentaban desnutrición y únicamente el 2% de la población, obesidad (9).

Otro estudio realizado en Brasil en el año 2012, con una muestra de 575 personas, utilizando la valoración global subjetiva obtuvo que el 19,5% de la población presentaba desnutrición, y concluyó que los factores de riesgo de desnutrición fueron: edad mayor a 60 años, ingreso familiar igual o inferior a un salario mínimo, presencia de depresión, y jubilación (6).

Vallejos Lucas en un análisis regional en la ciudad de Posadas, Misiones obtuvo que según el IMC, el 47,2% de las personas presenta sobrepeso y obesidad, en tanto el 11,1% presentó desnutrición. Esto contrasta con los datos obtenidos a partir de la ingesta calórica diaria estimada para esta población, la cual presentó valores por debajo de las recomendaciones, aunque en cuanto a la ingesta proteica se obtuvo una media de consumo diario muy cercana al ideal para esta población (10). Sin embargo, el estudio realizado por estudiantes de Licenciatura en Nutrición de la Universidad Católica del Uruguay en un centro de hemodiálisis, con una población de 46 personas, obtuvo los siguientes resultados: según el IMC el 52% de la población estudiada presentaba sobrepeso y obesidad, y sólo el 2% se encontraban adelgazados. El resultado según la antropometría completa (medición de pliegues y área muscular del brazo) mostró que 18% de las personas presentaba sobrepeso, 25% obesidad y únicamente el 9% presentaba déficit nutricional (11).

## OBJETIVO

Valorar el estado nutricional de personas con enfermedad renal crónica que asisten a un centro de hemodiálisis de la ciudad de Montevideo en el mes de abril de 2014.

## METODOLOGÍA

De las 69 personas que se dializan en el centro se seleccionó una muestra por conveniencia de 47 personas teniendo en cuenta los criterios de selección previamente determinados. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal en que se valoró el estado nutricional de personas que se realizan hemodiálisis, a través de indicadores antropométricos y bioquímicos. La participación en el estudio quedó sujeta a la voluntad de las personas que por lo menos estuvieran en tratamiento en el centro por un año. Los criterios de exclusión se aplicaron a personas que presentaran trastornos de consciencia, cognitivos o intelectuales que les impidiera la participación en el estudio, y personas que presentaran trastornos motrices que les impidieran movilizarse o dificultaran las mediciones, como por ejemplo, personas amputadas.

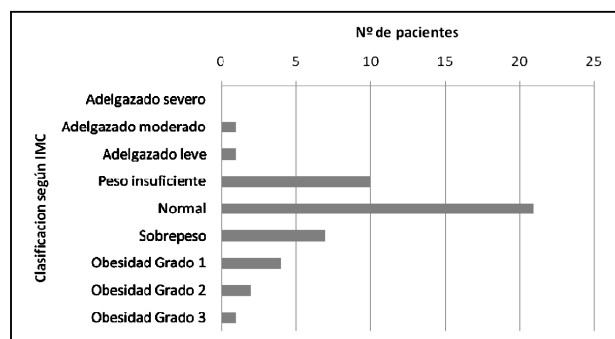
Para la recolección de datos se utilizó una fuente primaria: el interrogatorio. La técnica fue la entrevista a las personas que completaron el formulario diseñado específicamente para esta investigación; también se tomaron las medidas de peso, talla, circunferencia de la cintura, pliegue tricipital y subescapular según la técnica establecida en el consenso de FELANPE 2009. El área muscular del brazo se calculó con la fórmula de Frisancho corregida por Heymsfiel. Como fuente secundaria de recolección de datos se utilizó la revisión de la historia clínica para completar los parámetros clínicos de interés y corroborar el tiempo del paciente en hemodiálisis. Previa a la recolección de datos todas las personas fueron informadas mediante un consentimiento informado acerca de la investigación a realizar, el cual debieron firmar para poder llevar a cabo la misma. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética del centro de hemodiálisis donde se realizó el estudio. Se cumplió además con lo expresado en el Decreto Nº 379/008 del Poder Judicial uruguayo, referente a los aspectos éticos de la investigación con seres humanos (12).

Las variables de este estudio fueron sexo, edad, tipo de nefropatía, tiempo en hemodiálisis, estado nutricional, riesgo cardiovascular y metabólico, reservas proteicas, reservas grasas, riesgo nutricional según albúmina sérica, colesterol sérico y urea.

## RESULTADOS

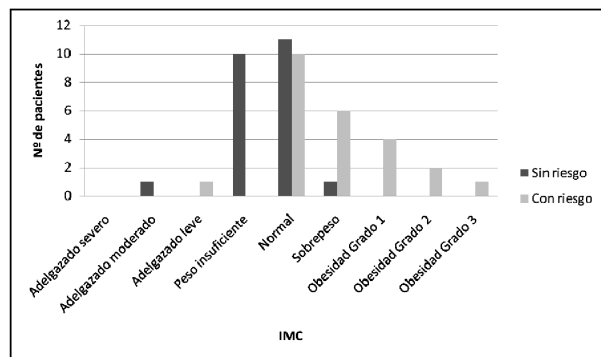
Las edades fluctuaron entre los 29 y 91 años, en tanto la media de edad fue de 66 años. De estos, 17 eran adultos (18-65 años) y 30 adultos mayores ( $\geq 65$  años), los cuales representan el 64% de la población. La principal causa de ingreso a diálisis en la población estudiada fue la nefropatía vascular y en segundo lugar la nefropatía diabética; seguidas por otras causas: poliquistosis renal, glomerulopatías y nefropatía obstructiva. Casi la mitad de la población estudiada (47%) se realizaba hemodiálisis hace más de 5 años, mientras que el 57% lo hacía desde menos de 5 años. Del total de la población estudiada el 45% se encontraba en la normalidad según la clasificación del IMC, en tanto 21% presentó peso insuficiente y 15% sobrepeso. El 15% de las personas presentaban obesidad y únicamente el 4% estaban adelgazados (Ver gráfico 1).

Gráfico 1: Estado nutricional según IMC



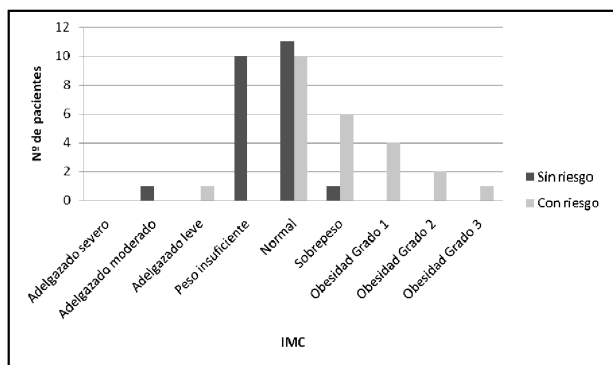
De las 47 personas estudiadas, el 53% presentó riesgo cardiovascular y metabólico medido a través de la circunferencia de la cintura. Al asociar el riesgo con el IMC, casi la mitad de las personas estudiadas (48%) que se encontraban normopeso, tenían riesgo cardiovascular y metabólico (Ver gráfico 2).

Gráfico 2: Distribución de la población según IMC y riesgo cardiovascular y metabólico



Se detectó que el 21% de las personas presentaba desnutrición proteica medida a través del área muscular del brazo, el 75% tenía reservas proteicas normales y un 4% aumentadas. Al medir el riesgo nutricional a través del indicador bioquímico albúmina, se obtuvo que el 70% presentó riesgo leve y únicamente el 30% no presentó riesgos. En cuanto a los valores de urea pre diálisis se obtuvo que casi la mitad (49%) presentó valores por debajo de la normalidad. El 64% de las personas presentaba reservas grasas normales, en tanto el 25% presentó desnutrición calórica y el 11% las reservas grasas aumentadas. Se obtuvo que según los valores de colesterol sérico el 38% de la población estudiada presentaba valores normales. También se destaca que el 34% obtuvo valores bajos que corresponden a riesgo nutricional aumentado, mientras que el 19% se encontraba borderline y sólo el 9% presentaba valores elevados. Considerando los indicadores antropométricos se encontró el predominio de personas con algún tipo de desnutrición (17% desnutrición calórica, 13% desnutrición proteica y 8% desnutrición mixta). En tanto el 30% presenta sobrepeso y/u obesidad y el 32% se encuentra normonutridos, aunque casi la mitad de éstos presenta asociación de grasa central. Al relacionar el diagnóstico antropométrico con el tiempo en tratamiento, se observó un aumento de la desnutrición asociada a los años de tratamiento en hemodiálisis. El 45% de las personas que se dializaban hace más de 5 años presentaron algún tipo de desnutrición, en tanto el sobrepeso y la obesidad se mantuvieron relativamente iguales en personas que se dializan hace más o menos de 5 años. En el grupo de personas que se dializaban hace menos de 5 años se detectó que el 40% se encontraba normonutridos y/o normonutridos con distribución central de grasa, en tanto esta cifra desciende a 23% en las personas que se dializaban hace más de 5 años (Ver gráfico 3).

**Gráfico 3: Distribución de la población según diagnóstico antropométrico y tiempo en hemodiálisis**



**DISCUSIÓN**

Con respecto a las características socio demográficas de la población de estudio se observó que había un predominio de personas del sexo masculino, acorde a lo esperado según el informe anual uruguayo de diálisis crónica en 2011 (3). El rango de edades fluctuó entre 29 y 91 años, siendo la media 66 años. De las 47 personas estudiadas 30 eran adultos mayores, lo cual representa el 64% de la muestra. Este dato es superior a lo esperado según el informe anual 2010, en el cual se obtuvo que el 49,4% de la población incidente en el tratamiento de hemodiálisis era adulta mayor y explica que el aumento del promedio de edad de la población de diálisis se acompaña de una incidencia creciente de la población mayor de edad (1).

La principal causa de ingreso a hemodiálisis fue la nefropatía vascular, seguida de la nefropatía diabética, luego en menor proporción otras causas: poliquistosis renal, glomerulopatías y, por último, nefropatía obstructiva. Se podría inferir que además de la edad avanzada, las nefropatías vasculares y diabéticas podrían ser secundarias a enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), que han ido en aumento en las últimas décadas debido a la transición epidemiológica que está cursando el país (13).

El 47% de las personas se encontraba en tratamiento de hemodiálisis hace más de 5 años, en tanto el 53% hacía de 1 a 5 años. Estas cifras llaman la atención: se presume que los avances tecnológicos y de la medicina aumentan la esperanza de vida de estas personas, y por ende la permanencia en el tratamiento.

En cuanto al IMC se identificó que el 45% de las personas se encontraban dentro de la normalidad, lo cual concuerda con la Encuesta Nacional de Sobrepeso y Obesidad II, que muestra que el 46% de la población uruguaya se encuentra en normopeso (14). Al agrupar a las personas según malnutrición por exceso se obtiene que el 30% presentaba sobrepeso y obesidad, en tanto al agruparlos según malnutrición por déficit el 25% de las personas presentó peso insuficiente y adelgazamiento. Los resultados obtenidos de sobrepeso y/u obesidad y adelgazamiento según el IMC, no son comparables

con otros estudios a nivel regional, como los mencionados en los antecedentes del presente trabajo. Al estudiar el riesgo cardiovascular y metabólico a través de la circunferencia de la cintura se detectó que el 51% de las personas presentaban riesgo, y lo que más llamó la atención fue que casi la mitad de las personas que según el IMC se encontraban en normopeso asociaban riesgo.

Se evaluaron las reservas proteicas con diferentes indicadores y se obtuvieron diferentes resultados. El área muscular del brazo arrojó que el 21% de las personas presentaba desnutrición proteica, en tanto el riesgo nutricional medido a través de la albúmina sérica dio como resultado que el 70% de las personas presentaba riesgo nutricional leve. Los valores deseables de albúmina sérica para las personas en tratamiento de hemodiálisis son 4 - 4,5 g/dl, y según la bibliografía las personas con cifras entre 4 - 3,5 g/dl (riesgo leve) presentan el doble de riesgo de mortalidad que las personas con los valores deseables (>4 g/dl)(15). Al medir las reservas grasas a través de los pliegues tricipital y subescapular se obtuvo que el 25% de las personas presentaba desnutrición calórica y el 11% tenía las reservas aumentadas.

Con respecto al colesterol total, el 34 % de la población presentó valores que corresponden a riesgo de mortalidad aumentado. Existen evidencias que las personas en hemodiálisis que presentan valores de colesterol menores a 150mg/dl presentan mayor morbimortalidad que aquellos que presentan valores más elevados. Como indicador nutricional el colesterol en sangre tiene poca sensibilidad y especificidad: las personas en hemodiálisis que presenten valores bajos de colesterol deben ser evaluados por déficit nutricional (16).

El 9% presentó valores de colesterol elevado, lo cual asocia riesgo nutricional; sin embargo, existen estudios que sugieren que las intervenciones que mejoran el estado nutricional y previenen o mejoran la emaciación y sarcopenia tienen un efecto potencialmente más beneficioso frente a las intervenciones tales como el tratamiento para la hipercolesterolemia, hipertensión u obesidad (17).

El diagnóstico antropométrico que incluye peso, talla, pliegues y circunferencias, mostró que el 30% de las personas presentaban sobrepeso y/u obesidad, el 38% presentaba algún tipo de desnutrición y del 32% de las personas que se encontraban normonutridas, el 48% presentaba riesgo nutricional por distribución central de grasa.

Al asociar el diagnóstico antropométrico con los años de tratamiento se obtuvo que en las personas que están hace más años en el tratamiento aumenta la desnutrición. El 45% de las personas que se dializan hace más de 5 años presentó algún tipo de desnutrición. Se podría suponer que existe una relación entre la edad avanzada, el tiempo de permanencia en el tratamiento y el estado nutricional, dado que en la población de estudio predominan los adultos mayores, más de la mitad se dializan hace más de 5 años y en este grupo de personas se encontró mayor porcentaje de malnutrición por déficit.

## CONCLUSIONES

Como se planteó en los objetivos el estado nutricional se evaluó utilizando indicadores antropométricos y bioquímicos y mostró un predominio de malnutrición por déficit en contraposición con resultados de estudios recientes consultados. Luego siguieron las personas normonutridas, sin embargo, más de la mitad de estos asociaban riesgo nutricional por distribución central de grasa; por último en menor proporción las personas con sobrepeso y/u obesidad. Las personas con mayor tiempo en hemodiálisis presentan malnutrición por déficit o desnutrición en mayor proporción que los que hace menos tiempo que se dializan. Esto puede abrir otra línea de estudio para conocer si ingresar al tratamiento sustitutivo con sobrepeso y/u obesidad representa un factor protector del estado nutricional del paciente en hemodiálisis. Se entiende necesario ampliar este estudio a otros centros de hemodiálisis del país para poder generalizar los datos obtenidos en esta investigación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- González Bedat C, Ferreiro Fuentes A, Schwedt Celiberti E. Informe anual 2010. Montevideo: Sociedad Uruguaya de Nefrología; 2010. [Internet]. [citado Dic 2013]. Disponible en: <http://nefrouuguay.com/wp-content/uploads/2014/01/Informe-RUD-2010.pdf>
- Resultados del censo de población 2011: Población, crecimiento y estructura por sexo y edad. Montevideo: Instituto Nacional de Estadística; 2012 [Internet]. [citado Dic 2013]. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/censos2011/resultadosfinales/analisispais.pdf>
- Informe anual de diálisis crónica año 2011. Montevideo: Fondo Nacional de Recursos, 2011. [Internet]. [citado Dic 2013]. Disponible en: [http://www.fnr.gub.uy/sites/default/files/estadisticas/ia2011/ia\\_dial\\_2011.pdf](http://www.fnr.gub.uy/sites/default/files/estadisticas/ia2011/ia_dial_2011.pdf)
- Riobó P, Ortíz A. Nutrición en la insuficiencia renal. Nutriinfo. [Internet]. 2010 [citado Ene 2014]; 5 (1): 3-17. Disponible en: [http://www.fresenius-kabi.es/pdf/nutri\\_info/Nutri\\_Info\\_05.pdf](http://www.fresenius-kabi.es/pdf/nutri_info/Nutri_Info_05.pdf)
- Piratelli CM, Telarolli JR. Nutritional evaluation of stage 5 chronic kidney disease patients on dialysis. Sao Pablo Med. J. [Internet]. 2012 [citado Ene 2014]; 130 (6): 392-397. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23338736>
- Oliveira GT, Andrade EI, Acurcio F de A, Cherchiglia ML. Nutritional assessment of patients undergoing hemodialysis at dialysis centers in Belo Horizonte, MG, Brazil. Rev Assoc Med Bras. [Internet]. 2012 Mar-Abr [citado Feb 2014]; 58(2):240-7. Disponible en: [http://ac.els-cdn.com.proxy.timbo.org.uy:443/S225548231270187X/1-s2.0-S225548231270187X-main.pdf?\\_tid=6559e9be-0f84-11e5-acd8-00000aab0f6c&acdnat=1433949881\\_30eaa54fde7336694b2a3120802aff6d](http://ac.els-cdn.com.proxy.timbo.org.uy:443/S225548231270187X/1-s2.0-S225548231270187X-main.pdf?_tid=6559e9be-0f84-11e5-acd8-00000aab0f6c&acdnat=1433949881_30eaa54fde7336694b2a3120802aff6d)
- Yashpal P, Kher J, Kher V. Protein energy wasting in chronic kidney disease: An update with focus on nutritional interventions to improve outcomes. Indian J Endocrinol Metab. [Internet]. 2012 [citado Ene 2014]; 16 (2): [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3313743/>
- Alfonso A, Fernández R, Fernández R, Gómez F, García M, García I. Estudio del síndrome metabólico y de la obesidad en pacientes en hemodiálisis. Nutr Hosp. [Internet]. 2014 [citado Feb 2014]; 31 (1): 286-291. Disponible en: <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/8207.pdf>
- Gallar-Ruiz P, Di-Gioia MC, Lacalle C, Rodríguez-Villareal I, Laso-Arias N, Hinojosa-Yanahuaya J, et al. Composición corporal en pacientes en hemodiálisis: relación con la modalidad de hemodiálisis, parámetros inflamatorios y nutricionales. Nefrología. [Internet]. 2012 [citado Feb 2014]; 32 (4). Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-composicion-corporal-pacientes-hemodialisis-relacion-con-modalidad-hemodialisis-parametros-inflamatorios-X0211699512001602>
- Vallejos Lucas SR. Valoración nutricional en los pacientes tratados con hemodiálisis en el centro "DIAVERUM" de la ciudad de Posadas, Misiones durante los meses octubre – diciembre del año 2010. [Tesis]. Misiones: Facultad de Medicina, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud; 2011. Disponible en: <http://barcelo.edu.ar/uploads/contenido/071ad1462b724730e99cf927ea4b402b.pdf>
- Marzano L, Pacella E, Saintagne G. Valoración del estado nutricional de pacientes con enfermedad renal crónica que asisten al Centro de Hemodiálisis del Hospital Evangélico. [Tesis]. Montevideo: Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, Universidad Católica del Uruguay; 2012.
- Investigación clínica en seres humanos. Decreto Nº 379/008 de 4 de Agosto de 2008. Diario Oficial, nº 001-4573, (8 -10 -2008). Disponible en: <http://www.elderecho-digital.com.uy/smu/legisla/D0800379.html>
- Barría RM, Amigo H. Transición nutricional: una revisión del perfil latinoamericano. ALAN. [Internet]. 2006 Mar [citado Feb 2014]; 56 (1): [aprox. 1 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0004-06222006000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0004-06222006000100002&script=sci_arttext)
- Pisabarro R, Gutiérrez M, Bermúdez C, Prendez D, Recalde A, Chaftare Y, et al. Segunda encuesta nacional de sobrepeso y obesidad (ENSO 2) adultos (18-65 años o más). Rev. Med. Urug. [Internet]. 2009 [citado Feb 2014]; 25: 14-26. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/2009v1/art3.pdf>
- Martins C. Protocolo de cuidados y procedimientos nutricionales. En: Riella MC, Martins C. Nutrición y riñón. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006. pp. 333-68.
- Martins C, Riella MC. Nutrición y hemodiálisis. En: Riella MC, Martins C. Nutrición y riñón. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006. p. 122-42.

# ENFERMERÍA DEL SIGLO XXI, ENTRE LA MODERNIDAD Y LA POSTMODERNIDAD: UNA APROXIMACIÓN DESDE LA HERMENEÚTICA.

NURSING IN THE 20TH CENTURY, BETWEEN MODERNITY AND POSTMODERNITY: A HERMENEUTICAL APPROACH.

ENFERMAGEM DO SÉCULO XXI ENTRE A MODERNIDADE E A PÓS-MODERNIDADE: UMA APROXIMAÇÃO DESDE A HERMENÊUTICA.

**Mirliana Ramírez Pereira**

Universidad Católica del Norte. Coquimbo, Chile.

mmramirez@ucn.cl

Recibido: 30/05/2015

Aceptado: 20/06/2015

## RESUMEN

El propósito de este artículo es realizar un análisis hermenéutico de la situación de Enfermería en el modernismo y postmodernismo, tomando como referente a Lyotard. Se discute la posición de Enfermería en los modelos emancipatorios y especulativos del modernismo, aproximándose en el siglo XXI al postmodernismo, pero siempre desde un metarrelato de autogobierno, que podría ser llamado, *postmodernismo emancipatorio*.

**Palabras Clave:** Enfermería, Rol Profesional, Hermeneútica, Valores Sociales.

## ABSTRACT

The purpose of this article is to analyze the current nursing situation from a hermeneutical approach in Modernity and Postmodernity, taking Lyotard's thought as the theoretical frame of work. The article discusses the different positions that Nursing has encountered based on the emancipated and speculative models in the context of Modernity, and by the beginning of the 21<sup>st</sup> century by the Postmodern one. Both contexts are thought by the idea of governmental metanarrative, or emancipator postmodernity.

**Keywords:** Nursing, Professional Role, Hermeneutics, Social Values.

## RESUMO

O propósito deste artigo é realizar uma análise hermenéutica da situação da Enfermagem na modernidade e pós-modernidade, tendo como referência Lyotard. A posição da Enfermagem é discutida nos modelos emancipatório e especulativo da modernidade –próximos, no século XXI, do pós-modernismo–, mas sempre desde uma metanarrativa de autogoverno que poderia ser chamada *pós-modernidade emancipatória*.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Rol Profissional, hermenêutica, Valores sociais.

## INTRODUCCIÓN

La condición de post modernidad según Lyotard es la incredulidad con respecto a los metarrelatos reflejados en el reduccionismo y la interpretación teleológica, entendidos por el modernismo como verdades absolutas. Es en el post modernismo en que se cuestiona el discurso legitimador de las verdades y de la adquisición del saber como indisociable de la formación del espíritu (1).

Según lo anteriormente expuesto, en la post modernidad existe un cuestionamiento al sistema manejado por los *decididores* quienes intentan mantener la legitimidad por medio de la eficacia. Sin embargo, existen contradicciones fundamentales en lo que dicen en relación con la inequidad y desigualdad, como así también en la concentración del poder en unos pocos en desmedro de los muchos (2). En este nuevo escenario, Enfermería sigue luchando por ser reconocida como Ciencia y lograr el reconocimiento social; se ha visto limitado por ser una profesión femenina en que el objetivo central de la disciplina, vale decir el cuidado, se continúa asociando a los menesteres del hogar, sin que para eso se requiera necesariamente una formación superior (3). El interés por estudiar a Lyotard surge al observar su capacidad de prever en cierta medida el futuro inmediato, marcado por la globalización, la digitalización de los medios, las migraciones, democratización del conocimiento y por sobre todo el derrumbe de los metarrelatos y la desconfianza de la población frente a las súper estructuras de poder. Al situar a Enfermería en este nuevo escenario, considero plantear:

- ¿De qué manera Enfermería se inserta en el post modernismo?
- ¿Qué ocurre con las pequeñas narrativas del cuidado?
- ¿Realmente están reemplazando a los metarrelatos?

Para Lyotard no hay certezas de las ideas, sólo mejores o peores interpretaciones de las cosas. Desde ese punto de vista me pregunto: ¿de qué manera las enfermeras interpretan su cotidianidad?

Este artículo tiene como objetivo reflexionar sobre la situación de Enfermería entre el modernismo y condición postmoderna según Lyotard y explorar la validación del discurso de Enfermería desde una perspectiva crítica y dialéctica.

## METODOLOGÍA

El método usado en esta investigación es el ensayo hermenéutico que según Gadamer enfatiza en el aspecto ontológico. Para este autor, el ser del hombre reside en el comprender, por lo tanto es consciente y reconoce los aspectos históricos y sociales que lo constituyen. El ensayo hermenéutico invita a un proceso permanente de apertura y reconocimiento y a la consiguiente homologación con la realidad. Es un proceso inacabado, en constante construcción, donde se fusionan la realidad individual, grupal, social, histórica y política permitiendo una mejor comprensión de los fenómenos (4). Si bien la condición de post modernidad como idea ha sido escasamente tratada en la literatura de Enfermería, los temas subyacentes a este nuevo escenario han sido recogidos desde la década de los noventa especialmente en Norteamérica. Tomando en cuenta estos parámetros, se revisaron artículos tendientes a situar a la Enfermería desde una perspectiva crítica y transformadora.

## DISCUSIÓN

Según el Consejo Internacional de Enfermeras (C.I.E.):

La Enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la Enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y en los sistemas de salud, así como en la formación (5).

Si bien la profesionalización de la Enfermería, comienza a mediados del siglo XX, su origen es anterior (6). De acuerdo a Fernández, la historia de la Enfermería se da en dos momentos: a) etapa pre profesional que abarca desde las culturas antiguas hasta finales del siglo XIX, y b) etapa profesional en la que, transcurriendo en el siglo XIX, se inicia a principios del siglo XX con la aparición de programas formativos que propician el gran desarrollo de un cuerpo propio de conocimientos teóricos (7). En la etapa pre profesional la Enfermería, entendida como sinónimo del cuidado, existe desde el origen del hombre y nace como amalgama de las explicaciones mágico religiosas que más tarde se sintetizan con la explicación religiosa, en la cual persiste una integración de la salud y el cuidado desde una concepción holística del ser humano. Esta comprensión del fenómeno continuo salud-enfermedad se mantiene hasta 1641 cuando Descartes en su obra *Meditaciones metafísicas* disocia el cuerpo y la mente, bajo el llamado dualismo cartesiano,

origen de la visión que persiste hasta nuestro tiempo en las ciencias de la salud, incluyendo Enfermería (8).

Estas distinciones conceptuales se relacionan con la segunda etapa en la historia de la Enfermería, en la cual el rol profesional continúa fundamentalmente enfocado en la visión biomédica y la comprensión del hombre como una máquina (9, 10). En este período predomina el concepto desarrollado por Heidegger, en que la esencia de la investigación es el conocimiento de tipo anticipador, el cual en el caso de Enfermería, es el conocimiento biomédico asociado al paradigma positivista (11). En estas conceptualizaciones del conocimiento, el médico o profesional de la salud se convierte en el eje central del diagnóstico y tratamiento de la salud y cualquier explicación al fracaso se busca en los pacientes. Con este modelo nos olvidamos de la mirada de los usuarios, de su sentir, sus vivencias y la relación con el medio, es decir, desde esta visión hay elementos subjetivos y estructurales de tipo económico, social, político e histórico que se postergan. Sin embargo, las distintas teorías y modelos de Enfermería poseen esta visión holística produciéndose una disociación entre praxis y teoría.

Para Lyotard la condición de post modernidad está dada por un descontento frente a los sistemas, una incredulidad con respecto a los meta relatos de tipo unificador sobre los cuales se sustentó la modernidad. En este aspecto la Enfermería también entra en esta incredulidad y comienza tímidamente a desarrollar un cuerpo de conocimientos propios, pero sin que esto signifique que se haya identificado en la postmodernidad, ya que el relato legitimador sigue siendo hasta hoy las dos versiones descritas por Lyotard: la *emancipatoria*, con el cuestionamiento de la hegemonía médica, el poder y la dependencia asociado a éste, y la *especulativa* en el saber, enmarcado a cierto tipo de reglas que validan la ciencia sólo si es construida de acuerdo a una visión del mundo predeterminedada, que en el caso de Enfermería, es la visión positivista (1).

Pareciera que la Ciencia del cuidado se encuentra aún en la modernidad, en la estructura y en los poderes formales y alienantes, luchando por hacerse un espacio en un mundo que no es el propio, buscando un reconocimiento de las otras ciencias, sin valorar desde su propio cuerpo de conocimientos el aporte que se hace muchas veces desde lo empírico. A pesar del alto número de enfermeros/as con especializaciones y postgrados, y con la mejora sustantiva de la calidad del cuidado, fruto de la investigación en las Ciencias de la Enfermería, no existe una mejora proporcional a la visibilidad social, ni el reconocimiento de los otros profesionales de la salud (12). En este contexto aparecen teorías y modelos y un juego de lenguaje conformado por una modalidad para plantear diagnósticos de Enfermería, intervenciones y objetivos NANDA, NIC y NOC por sus siglas en inglés, con la esperanza de que la aceptación y el uso en la práctica cotidiana podría ser conducente a ser Ciencia (13).

Los modelos de legitimación usados en la modernidad y con ello en Enfermería tienen las limitaciones descritas por Lyotard. En el caso del modelo emancipatorio, recién en la década de los noventa se visualiza una posibilidad de autonomía con la

obtención del grado de licenciado y con la incorporación de la Profesión de Enfermería, dentro de la legislación chilena. En Chile, en el año 1997 con la Ley número 19.536 se introdujo un cuarto inciso al artículo 113 del Código Sanitario, definiendo el rol social de el/la enfermero/a, como denominación propia para designar función y estructura exclusiva de los/las enfermeros/as (14, 15) y en el año 2007 con la promulgación de la Ley de Gestión del Cuidado, con la consiguiente creación de la Subdirección de la Gestión del Cuidado en todos los hospitales del país. Éstas, no son dependencias médicas sino de Enfermería, logrando así antecedentes legales que prestan un claro sustento a la disciplina de Enfermería (16). Por otro lado, el modelo especulativo, está asociado a la visión biomédica de la salud legitimado bajo las reglas del positivismo, donde el/la enfermero/a es un objeto separado del sujeto. Para ello se utilizan los juegos del lenguaje, que lo verdadero sólo lo es en la medida que hace referencia al relato que los legitima (12).

El cuestionamiento al orden establecido surge según Lyotard, en la segunda mitad del siglo XX donde se da paso a la heterogeneidad; lo justo y lo verdadero es reemplazado por el utilitarismo. Este post modernismo está condicionado por la globalización, con un acento en las comunicaciones y uso de nuevas tecnologías, homogeneización social y multicultural. Esta concepción ha disuelto de alguna manera el concepto de ser humano, familia y comunidad tradicional pre moderna, concebidas como holísticas, centradas en el ser y conectada con los ciclos naturales. En Occidente el mercado prevalece: se centra en el consumidor y el mercado y en la novedad, la que se vende sólo por ser novedad (17). Los seres humanos han pasado a ser consumidores y los deseos humanos han sido definidos como *buenas cosas*, el único camino para que las personas sean felices es dándoles más bienes (18, 19).

Los grandes procesos mencionados y las características que éstos imprimen o retroalimentan en las personas, familias y comunidades, generan inmensos cambios en distintas dimensiones de la vida cotidiana influyendo y complejizando todas las ciencias. En la Enfermería y dada esta coyuntura, existe cierto grado de disconformidad hacia las prácticas que hasta el momento hemos estado desarrollando. Hay un *algo*, que está quedando sin resolver, en lo que respecta al reconocimiento social de sus profesionales, que quizás esté influido por la falta de identidad y unidad como gremio. Este aspecto nos desvincula de elementos y factores ambientales, contextuales, sociales y comunitarios que deben ser tomados en cuenta, para visibilizarnos como profesionales y por sobre todo para ser un aporte sólido a la mejora en la calidad de vida de los usuarios. Estos fenómenos, propios de la vida de las personas y comunidades, no son interesantes para la investigación en Enfermería, aun impregnada de una visión positivista del mundo (20). La esperanza está puesta en *un sentir y un darse cuenta*, que los sistemas político-sociales vigentes no legitiman al ser humano como persona digna de derechos sino que más bien oprimen y generan exclusión y desigualdad (21, 22).

Luego de las crisis económicas de los últimos años, de las decisiones de cúpulas que excluyen a los muchos por el bienestar

de unos pocos, se ha producido un levantamiento de *indignados* en Europa y Latinoamérica, con un rechazo generalizado al sistema. La pregunta reflexiva a plantear es: ¿estamos nuevamente volviendo a la modernidad con el modelo emancipatorio? o ¿es una postmodernidad emancipatoria? Creo que definitivamente la humanidad y los movimientos sociales le llevan la delantera a las ciencias y se anticipa al modelo especulativo. En la sociedad se reconoce que existe una tendencia a producir ciencia a merced de los poderes fácticos, las grandes potencias, los grandes grupos económicos y las grandes familias en desmedro de la salud de la mayoría. Las desigualdades no son sólo entre países, también ocurren dentro de los países (23, 24).

## CONCLUSIONES

Enfermería se encuentra entre la modernidad y la condición de postmodernidad, buscando su autogobierno, validándose desde los paradigmas positivistas y post positivistas, intentando demostrar al mundo que es una ciencia, y que el cuidado constituye un aporte a la sociedad (25, 26). Por otro lado, la democratización del conocimiento por medio de internet, los cambios legislativos que involucran a Enfermería en los distintos países del mundo, cautelando el ejercicio, definiendo roles y reconociendo su papel en la mejora de la calidad de vida de las personas, han permitido ampliar la mirada con solidaridad y liderazgo (27, 28).

Enfermería al posicionarse en una óptica más vanguardista que Lyotard, con un postmodernismo emancipador y Durán con una validación de la heterogeneidad de culturas, pretende a través de los modelos, teorías y saberes de los cuidados ancestrales, llenar un espacio vinculado a la mirada holística, respetuosa de las culturas, con equilibrio, comunión con nuestro entorno y tolerancia a la diversidad (29, 30). No tan sólo para desarrollar nuestra disciplina sino para cumplir con lo que es la misión fundamental enfermera: *incidir con presencia, con investigación, con responsabilidad social, con participación y ciudadanía, en los grandes cambios que se están produciendo en el mundo.*

El tomar las pequeñas narrativas o historias de nuestro trabajo empírico, los cuales recogemos de nosotras/os, de los usuarios y estudiantes, nos permite humanizar el cuidado enfermero, comprendiéndolo como un empoderamiento de las personas y comunidades dirigido hacia el desarrollo de una sociedad sustentable y feliz (31). Más aún, permite a la sociedad, abrir espacios para el diálogo y conexiones sanadoras. Esto facilita llegar a sentir cómo las persona que invitan a la identificación y conexión empática, se vuelven responsables de convertirse en un ser humano completo (32).



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lyotard JF. La condición postmoderna: informes sobre el saber. Madrid: Cátedra; 1982.
2. Cardona D, Acosta LD, Bertone CL. Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010). Gaceta Sanitaria. [Internet]. 2013 [citado 14 Ene 2015]; 27 (4): 292-297. Disponible en: <http://gacetasanitaria.org/es/inequidades-salud-entre-paises-latinoamerica/articulo/S0213911112003433/>
3. Arroyo Rodríguez A, Lancharro Taverro I, Romero Serrano R, Morillo Martín MS. La Enfermería como rol de género. Index Enferm. [Internet]. 2011 Dic [citado 5 Mar 2015]; 20 (4): 248-251. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962011000300008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300008&lng=es).
4. Ángel Pérez Da. La hermenéutica y los métodos de investigación en ciencias sociales. Estud.filos. [Internet]. 2011 Dic [citado 05 Mar 2015]; 44: 9-37. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/ef/n44/n44a02>
5. Benítez M, Rodríguez E. Síndrome de Burnout en el equipo de enfermería de cuidados. Enfermería (Montev.). [Internet]. 2014 Jun [citado 21 Feb 2015]; 3 (1): 21-27. Disponible en: [http://www.ucu.edu.uy/sites/default/files/publicaciones/2014/revista\\_enfermeria\\_cuidados\\_humanizados\\_vol.3.1\\_jun2014.pdf](http://www.ucu.edu.uy/sites/default/files/publicaciones/2014/revista_enfermeria_cuidados_humanizados_vol.3.1_jun2014.pdf)
6. Urra EM. Avances de la ciencia de enfermería y su relación con la disciplina. Cien. enferm. [Internet]. 2009 Ago [citado 10 Dic 2014]; 15 (2): 9-18. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532009000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532009000200002&script=sci_arttext)
7. Hernández Martín F, del Gallego Lastra R, Alcaraz González S, González Ruiz JM. La enfermería en la historia: un análisis desde la perspectiva profesional. Cul Cuid. [Internet]. 1997 [citado 10 Dic 2014]; 1 (2): 21-35. Disponible en: [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5239/1/CC\\_02\\_05.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5239/1/CC_02_05.pdf)
8. Descartes R. Discurso del método: meditaciones metafísicas. 4ª ed. Buenos Aires: Espasa-Calpe; 1941.
9. Le Breton D. Lo imaginario del cuerpo en la tecnociencia. Reis. [Internet]. 1994 [citado 10 Dic 2014]; 68: 197-210. Disponible en: [http://eva.universidad.edu.uy/pluginfile.php/348092/mod\\_resource/content/1/Le\\_Breton,\\_Imaginario\\_del\\_cuerpo\\_en\\_la\\_tecnociencia.pdf](http://eva.universidad.edu.uy/pluginfile.php/348092/mod_resource/content/1/Le_Breton,_Imaginario_del_cuerpo_en_la_tecnociencia.pdf)
10. Hernández R, Martínez de Ita ME. La trata de mujeres con fines de explotación sexual como expresión de violencia en el capitalismo patriarcal. Tec sistemat. [Internet]. 2013 Dic [citado 15 Dic 2014]; 5 (15): [aprox 1 p.]. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/tecsistemat/n15/trata-mujeres.html>
11. Heidegger M. La época de la imagen del mundo. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. [Internet]. [citado 15 Dic 2015]. [aprox. 2 p.]. Disponible en: [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/096\\_problemas\\_filosoficos/material/heidegger\\_epoca\\_imagenmundo.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/096_problemas_filosoficos/material/heidegger_epoca_imagenmundo.pdf)
12. Ribeiro da Silva MJ. Autonomía profesional dos enfermeiros. Rev. Enf. Ref. [Internet]. 2011 Dic [citado 18 Ene 2015]; 3 (5): 27-36. Disponible en: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832011000300003&lng=es](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000300003&lng=es).
13. Wittgenstein L. Investigaciones filosóficas. 3a ed. Barcelona: Crítica; 2010.
14. García V, Paredes P, Rivas E. Aproximaciones a la ética y responsabilidad Profesional de enfermería. Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería. [Internet]. 2012 [citado 01 Feb 2015]; 2 (4): 48-57. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/55/>
15. Milos Hurtado P, Larrain Sundt AI. La gestión del cuidado en Chile: de la función a la estructura. Cienc. enferm. [Internet]. 2013 [citado 1 Feb 2015]; 19 (2): 7-10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000200001>
16. Milos Hurtado P, Bórquez Polloni B, Larrain Sundt AI. La gestión del cuidado en la legislación Chilena (II) estado actual. Cienc. enferm. [Internet]. 2011 Dic [citado 2 Feb 2015]; 17 (3): 23-33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300003>
17. Giraldo Díaz R, Quiceno Martínez Á, Valencia Trujillo FL. Una salida ética a la crisis ambiental contemporánea. Entramado. [Internet]. 2011 Ene [citado 25 Ene 2015]; 7 (1): 148-158. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1900-38032011000100010&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-38032011000100010&lng=en).
18. Castro Solano A, Tonon G. Naciones felices: más allá del dinero. ECOS. [Internet]. 2013 [citado 02 Feb 2015]; 3 (2): 1-10. Disponible en: <http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/ecos/article/view/1252/896>
19. Iglesias Vázquez E, Pena López J, Sánchez Santos J. Bienes-tar subjetivo, renta y bienes relacionales: los determinantes de la felicidad en España. R Int Soc. [Internet]. 2013 Sep [citado 02 Feb 2015]; 71 (3): 567-592. Disponible en: <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revint-sociologia/article/view/515/537>
20. Villegas M, González FE. La investigación cualitativa de la vida cotidiana. Medio para la construcción de conocimiento sobre lo social a partir de lo individual. Psicoperspectivas. [Internet]. 2011 [citado 2 Feb 2015]; 10 (2): 35-59. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/psicop/v10n2/art03.pdf>
21. Estermann J. Colonialidade, descolonização e interculturalidade: notas desde a filosofia intercultural. Polis. [Internet]. 2014 Ago [citado 05 May 2015]; 13 (38): 347-368. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-65682014000200016&lng=es&tlng=p](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682014000200016&lng=es&tlng=p)
22. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública. [Internet]. 2013 Dic [citado 04 Dic 2014]; 31 (1): 13-27. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en)
23. Ortiz I, Cummins M. Desigualdad global: la distribución del ingreso en 141 países. Nueva York: Unicef; 2011. [Internet]. [citado 04 May 2015]. Disponible en: [http://www.unicef.org/socialpolicy/files/Desigualdad\\_Global.pdf](http://www.unicef.org/socialpolicy/files/Desigualdad_Global.pdf)

24. Gerstenblüth M, Melgar N, Rossi M. Ingreso y desigualdad. ¿Cómo afectan a la felicidad en América Latina? Cuad. Econ. [Internet]. 2013 Ene [citado 04 May 2015]; 32 (59): 163-178. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-47722013000100008&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-47722013000100008&lng=en&tlng=es)
25. Seguel-Palma FA, Valenzuela-Suazo S, Sanhueza-Alvarado O. Corriente epistemológica positivista y su influencia en la generación del conocimiento en enfermería. Aquichán –Col-. [Internet]. 2012 Ago [citado 04 May 2015]; 12 (2): 160-168. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n2/v12n2a07>
26. Vázquez-Cano E, López Meneses E. Los MOOC y la educación superior: la expansión del conocimiento. Profesorado. Revista de Currículum y Formación de Profesorado. [Internet]. 2014 [citado 02 Feb 2015]; 18 (1): 3-12. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56730662001>
27. Ferreira Lima Basto L, Trench Ciampone MH, Mira VL. Evaluación de apoyo a la transferencia de la formación y el impacto en la práctica de las enfermeras. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2013 Nov [citado 2 Feb 2015]; 21 (6): 1274-81. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000601274&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000601274&script=sci_arttext&tlng=es)
28. Aguirre A, Manasía N. Derechos humanos de cuarta generación: inclusión social y democratización del conocimiento. Télématique. [Internet]. 2015 [citado 5 Ene 2015]; 14 (1): 2-16. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78435427002>.
29. Durán Migliardi C. Multiculturalismo, publicidade e cidadania. Polis [Internet]. 2012 Abr [citado 5 Ene 2015]; 11 (31): 125-140. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-65682012000100007&lng=es&tlng=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682012000100007&lng=es&tlng=pt).
30. García Salman JD. Consideraciones sobre la medicina natural y tradicional, el método científico y el sistema de salud cubano. Rev. cub. salud pública. [Internet]. 2013 Sep [citado 21 Abr 2015]; 39 (3): 540-555. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662013000300010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000300010&lng=es).
31. Morse JM. Qualitative health research: creating a new discipline. California: Left Coast Press; 2012.
32. Pelias RJ. A methodology of the heart: evoking academic and daily life. New York: Altamira; 2004.

# DISEÑO Y DESARROLLO DE UNA BARRA ENERGÉTICA PARA DEPORTISTAS DE TRIATLÓN.

DESIGN AND DEVELOPMENT OF AN ENERGY BAR FOR TRIATHLON ATHLETES.

CONCEPÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE UMA BARRA ENERGETICA PARA ATLETAS DE TRIATHLON.

Inés Arruti

María Belén Fernández

Rosana Martínez

*Departamento de Nutrición, Facultad de Enfermería y  
Tecnologías de la Salud, Universidad Católica del Uruguay.  
Montevideo, Uruguay.*  
inesarruti@hotmail.com

Recibido: 11/04/2014

Aceptado: 22/05/2015

## RESUMEN

Se propone la elaboración de una barra energética a base de carbohidratos y un importante aporte proteico. Se elaboraron 4 formulaciones que fueron sometidas a la opinión de triatletas de Uruguay, para determinar el grado de satisfacción de cada una de ellas y escoger la más aceptada. La formulación escogida fue el sabor original con dátiles, que se sometió a análisis sensoriales con panelistas entrenados, obteniéndose 201 kcal por barra de 50 g con un aporte de 71% de carbohidratos, 17% de proteínas, 12% de lípidos y 2gs. de fibra, con un costo de \$35 (U\$1,5). La fórmula final obtuvo una muy buena aceptación.

**Palabras clave:** Deportes, Cereales, Diseño.

## ABSTRACT

In this article we propose the elaboration of an energetic bar based on carbohydrates and an important protein intake. Four formulas were created and tested by Uruguayan triathletes to determine the degree of satisfaction and to choose the most favored one. The chosen formula was the date flavored one, that was tested in a sensorial analysis by trained panelists, containing 201 calories per 50 g bar, 71% carbohydrates, 17% proteins, 12% lipids and 2% fiber, and costing \$35 Uruguayan pesos (1,5 US dollars). The final formula was very well accepted.

**Keywords:** Sports, Cereals, Design.

## RESUMO

A proposta é a elaboração de uma barra energética à base de carbohidratos, com importante provisão proteica. Foram elaboradas quatro formulações, que se submeteram à opinião de triatletas do Uruguai para determinar o grau de satisfação com cada uma delas e escolher a mais aceita. A formulação escolhida foi o sabor original com tâmaras, que se submeteu a análise

sensoriais de participantes treinados; conseguiu-se 201 kcal por barra de 50 g, com fornecimento de 71% de carbohidratos, 17% de proteínas, 12% de lípidos e 2 g de fibra, com custo de \$35 (USD 1,5). A fórmula final teve muito boa aceitação.

**Palavras-chave:** Esportes, Cereais, Desenho.

## INTRODUCCIÓN

La temática a abordar es el diseño y desarrollo de una barra energética para deportistas con el objetivo de brindar un importante aporte de energía y a su vez retrasar la fatiga durante la competencia, como también mejorar la reposición de nutrientes una vez finalizada la actividad. Se procuró que la misma sea accesible económicamente, ya que las barras similares que se encuentran en el mercado son de elevado costo. Asimismo, se puso especial énfasis en relacionar el tema planteado con los requerimientos nutricionales particulares que presenta esta población, así como también con la oferta de productos similares existentes en el mercado nacional y su valor nutricional (1-5).

La realización de este trabajo se fundamenta desde la óptica de la nutrición aplicada al deporte con aportes de la Ingeniería de Alimentos. En los últimos años se ha dado énfasis al diseño de diferentes productos, y particularmente alimentos. Cuando éstos se diseñan, lo fundamental es tener en cuenta que van dirigidos a seres humanos y, en consecuencia, deben satisfacer las expectativas de sus consumidores y su accesibilidad económica, sin olvidar su valor nutricional. Un producto alimenticio diseñado inadecuadamente puede dañar la imagen de una empresa alimentaria o impedir su crecimiento, en particular si coloca en el mercado productos no inocuos o cuya estabilidad no sea la esperada por los consumidores.

En este trabajo se planteó como objetivo general diseñar y desarrollar una barra energética a base de cereales para un grupo de deportistas de triatlón de Uruguay. Junto con esto, se realizó una investigación de mercado de barras energéticas para un grupo de deportistas uruguayos. Para esto, se diseñaron tres fórmulas experimentales tomando como base la mezcla

seleccionada en el análisis de preferencia de la investigación de mercado. Se quiso obtener una distribución de macronutrientes que se aproxime a un 70% de hidratos de carbono, 20% de proteínas y 10% de lípidos. También se llevaron a cabo análisis sensoriales con panelistas entrenados y consumidores frecuentes. Y, por último, se calculó el costo de producción, venta al público y se diseñó el envase del producto (4-11).

## METODOLOGÍA

El diseño y desarrollo de la barra energética comenzó a través de la planificación, revisión, verificación y validación del producto en todo el proceso (10,11). Se realizó una investigación de mercado, en la que se determinó las características de la población que las consume, aspectos de valor agregado y calidad del producto. Para llevar a cabo dicha investigación se realizaron las siguientes actividades: método de encuesta diseñada para deportistas consumidores frecuentes de barras energéticas. Con un "n" de 102, se realizó la encuesta a diferentes grupos de deportistas: 11 jugadores de fútbol de la Institución Atlética Sudamérica (IASA), 10 deportistas de carreras aventura que asisten al gimnasio Colón, 19 triatletas que asisten al gimnasio Perfil, y 30 atletas que participaron del triatlón olímpico de Punta del Este el 17 de marzo del 2013, 18 participantes del campeonato nacional de duatlón realizado en San José el 9 de junio del 2013 y 14 atletas participantes del duatlón de Parque del Plata que se llevó a cabo el 20 de julio del 2013, con un total de 102 sujetos. Todos tenían como única condición para participar de la encuesta ser deportistas, mayores de edad y consumidores frecuentes de barras energéticas. La encuesta fue realizada en todas las ocasiones por las autoras de este trabajo, a excepción de los jugadores de fútbol donde los formularios fueron auto administrados. Se les explicó el cometido de dicha encuesta y se fueron leyendo una a una las preguntas con las respectivas opciones las cuales los encuestados iban contestando. A modo de complementar la investigación de mercado se diseñaron 4 recetas básicas de diferentes sabores, dígame: manzana (F1), banana (F2), manteca de maní con chocolate (F3) y original con dátiles (F4). En todas, el cereal empleado fue la avena, y fueron enriquecidas con Whey Proteín® y claras de huevos como aporte proteico. Se hizo una degustación en un evento deportivo de carrera aventura en la ciudad de Parque del Plata con posterior encuesta de preferencia a 100 deportistas. Los resultados de la encuesta fueron validados por estadística con el empleo del programa informático INFOTAT versión 2010, realizándose un análisis de las proporciones ya que se trataba de una muestra de conveniencia (10-13).

Se determinó el perfil de la población objetivo, así como el posicionamiento del alimento en el mercado. Para la estimación del nivel socioeconómico se asociaron: el hecho del triatlón ser un deporte que requiere instrumentos de elevado costo, los barrios en que viven los deportistas y nivel educativo con los estudios realizados por el Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. Teniendo en cuenta: sondeo de mercado, cliente encubierto (Mystery Shopping) y la observación de los recursos publicita-

rios. Con los datos obtenidos se realizó el diseño conceptual y brief del producto (10-13). Asimismo, se realizaron cuatro formulaciones de barras energéticas empleando los sabores que formaban parte de uno de los ítems de la encuesta diseñada en el estudio de mercado, considerando las características más relevantes de los sustratos energéticos más apropiados para el deporte en cuestión. Con dichas formulaciones se realizó un análisis de preferencia con consumidores frecuentes en el duatlón de Parque del Plata. La fórmula más aceptada fue tomada como base para el posterior desarrollo del nuevo producto.

El análisis sensorial de comparación se realizó una vez seleccionada la receta básica comenzando a reformularla con el fin de cumplir las metas establecidas en cuanto a macronutrientes. A la par de los ajustes de fórmulas se hicieron diversos ensayos experimentales analizados por las autoras. Una vez conformes con el resultado se realizó un análisis sensorial de comparación. Para éste se realizó un reclutamiento y entrenamiento de panelistas, seleccionándose 14 individuos que tuvieran como característica común realizar tareas relacionadas al área alimentaria y estar dispuestos a participar del proyecto (13, 14). Finalmente se llevó a cabo un ensayo triangular para realizar los ajustes correspondientes con el objetivo de identificar posibles mejoras estéticas, defectos en el olor o sabor, así como la textura inadecuada que perjudique su consumo. Dicho ensayo se realizó en las mismas instalaciones y condiciones que el ensayo sensorial (13-15).

Una vez seleccionada la fórmula se determinó y diseñó el envase considerando los ingredientes seleccionados y su interacción con el mismo. A su vez, se diseñó el rotulado nutricional basado en el Reglamento Bromatológico Nacional (16-19). Para la estimación de la vida útil se elaboraron y empaquetaron 10 barras de cereales, fueron mantenidas a temperatura ambiente. Cada una semana se abría una barra para determinar cambios organolépticos a nivel sensorial. A nivel industrial se realizarían ensayos químicos y microbiológicos para determinar vida útil del producto (13, 14). Culminado el proceso de diseño y desarrollo se realizó una degustación en los gimnasios donde se llevaron a cabo parte de las encuestas de la investigación de mercado. Junto con el producto se suministraron formularios a 40 deportistas de triatlón donde los encuestados que estuvieran dispuestos a participar señalaron el grado de aceptación del producto (13, 14). Para la elección de los colores del envase de la barra energética se tomaron como referencia estudios recientes de marketing profesional que demuestran que los colores de los envases pueden jugar un rol fundamental en la decisión de compra de los consumidores (19).

## RESULTADOS Y ANÁLISIS

Los resultados de la encuesta de opinión aplicadas a 102 individuos, arrojan que el rango de edad se situó entre 20 a 40 años, y la distribución por sexo fue de 82% masculino y 18% femenino. En lo que respecta a las características y al acceso intrínsecas de las barras, la preferencia fue el tamaño mediano, sabor original y tendencia hacia la crujiente. La estimación del nivel

socioeconómico de la población objetivo es medio-alto a alto. Se prevé que la marca que será la mayor competencia es Sylab, cuyo punto de venta más fuerte se encuentra en las farmacias. La frecuencia de mayor consumo es semanal, con un factor determinante de compra basado en la lista de ingredientes.

Los resultados según la encuesta de preferencia fueron: manzana (F1) 17 individuos, banana (F2) 8 individuos, manteca de maní y chocolate (F3) 14 individuos y sabor original con dátiles (F4) 61 individuos. De los 100 encuestados, el 61% prefirió la fórmula F4, el 17% optó por la F1, el 14% se inclinó por la F3 mientras que el 8% por la F4. La F4, es la receta de sabor original, por lo que se tomó ésta como base para el desarrollo de la fórmula final. La consistencia de la barra no era crujiente, por lo que se agregó ingredientes como hojuelas de maíz y copos de arroz para lograr mejor consistencia en base a los resultados de la encuesta de opinión.

Para el análisis estadístico del ensayo sensorial se realizó un análisis de varianza sobre el producto. Mediante el programa informático INFOTAT se aplicó el Test de Tukey, una prueba de comparación múltiple de medias, dónde se plantean dos posibles hipótesis: Hipótesis nula (Ho), no hay efecto de las muestras sobre el tratamiento (dígase textura, aspecto visual, consistencia, dulzor y humedad); Hipótesis alterna (Ha), al me-

nos una muestra tiene un efecto directo sobre el tratamiento. Se obtuvo como resultado una muestra que alcanzó la mayor aceptación en todos los puntos menos en la consistencia, por lo que el ensayo triangular trabajará este aspecto de la misma, tomando dicha muestra y reformulándola en tres posibles nuevas mezclas para alcanzar la mejor consistencia posible. Para el análisis de los resultados del ensayo triangular se empleó la prueba de Friedman. Por último, para la determinación de la fórmula final se encuestaron 40 triatletas que manifestaron el grado de aceptación al producto de la siguiente manera: 62% “me gusta mucho”, el 35% declaró que “le gusta”, mientras que el 3% optó por “no me gusta”.

Descripción del producto, del proceso y uso al que se destina: barra de cereales para deportistas con elevado aporte de hidratos de carbono así como de proteínas especialmente diseñada para que sus nutrientes estén rápidamente disponibles para ser absorbidos y aprovechados durante la competencia a modo de optimizar el rendimiento.

La fórmula general de la fabricación de la barra energética fue la siguiente cada 100 gramos: 19% de avena arrollada, 8% de hojuelas de maíz, 2% de arroz inflado, 9% de leche en polvo descremada, 26% de jarabe de glucosa, 6% Whey Proteín® vainilla.

FICHA TÉCNICA				
<b>Nombre de la preparación:</b> Barra de cereales energética				
Total obtenido: 64,4g	Nº de porciones: 1	Tamaño de la porción: 50g		
Tiempo total de elaboración: 20 minutos	Tiempo de cocción: 15 minutos			
Temperatura de cocción: 180°C	Temperatura interna: < 100°C			
Ingrediente básico:	Función	Otros ingredientes:	Función:	
Avena	sabor, consistencia	Arroz inflado	Textura	
Hojuelas de maíz	consistencia	Proteína aislada		
Leche en polvo descr.	textura	Jugo de naranja	Húmedad, sabor, acidez.	
Claras de huevo	aglutinante	Canela	Sabor, aroma	
Dátiles	Húmedad, sabor, aglutinante	Isomalta	Color, Aglutinante.	
Jarabe de glucosa	Agglutinante, dulzor, textura			
Especificaciones:		Especificaciones:		
PROCEDIMIENTO	PESOS Y MEDIDAS	INGREDIENTES	%	EQUIPO TOTAL
Procesar	7,5g	Dátiles	12%	Procesadora
	4,5g	Clara de huevo	7%	Espátula
Mezclar	17g	Jarabe de glucosa	26%	
	3,1g	Jugo de naranja	5%	
	12,5g	Avena arrollada	19%	Mezcladora
	5g	Hojuelas de maíz	8%	
	1g	Arroz inflado	2%	
	4g	Whey protein	6%	
	0,8g	Clara en polvo	1%	
	3g	Isomalta	5%	
	6g	Leche descr. En	9%	
	c/n	Canela		
Verter y unir mezclas anteriores				Recipiente
Verter en chapa aceitada				Chapas de horno
Prensar y cocinar.				Prensa
Desmoldar y cortar.				Moldes cortantes
Servicio:	Servir a temperatura ambiente (25°C)			
Variaciones:	No			
Sustituciones:	No			
Cualidades sensoriales:	Consistencia firme, humedad intermedia, sabor suave			
	HC (%)	Prot (%)	Lip (%)	
		71%	17%	12%
Valor calórico por barra:	201 kcal			

En cuanto a las especificaciones del producto, el nombre será Barra de cereales Power Mix. En el caso de ser lanzado al mercado se debe indicar el código interno que llevará el producto para poder seguir su trazabilidad. Formato/Peso Bruto y Peso Neto; Forma rectangular de 15 x 4,5cm, gramaje de 50g., cuyos ingredientes serán: avena laminada, hojuelas de maíz, arroz inflado, leche en polvo descremada, jarabe de glucosa, Whey Protein® (lactosuero concentrado, caseinato de calcio, dextrosa, sabor vainilla), clara de huevo en polvo, clara de huevo líquida, dátiles, jugo de naranja, isomalta. Con respecto al uso esperado y grupos vulnerables, la barra energética de cereales está destinada a deportistas de triatlón y otros deportes de alto rendimiento, no es recomendada para personas con diabetes y personas con obesidad. En cuanto a las características organolépticas la barra es de sabor original con dátiles, textura crujiente, color caramelo, y olor avainillado, siendo un alimento hipercalórico con densidad energética 4,02 kcal/g.

El almacenamiento de este producto se realizará a temperatura ambiente (25º C), se transportará en envase secundario de cajas de cartón corrugado de primer uso, mientras que el envase primario será de polipropileno metálico biorientado en rojo, negro y metalizado con el lema Energía instantánea, destacando el no uso de aditivos. Tendrá una imagen ilustrativa del producto y de dátiles, y una leyenda remarcando el contenido de hidratos de carbono y el agregado de Whey Protein®. El envase secundario será rectangular de 15 cm x 4,5 cm, con una altura de 2 cm. La imagen representativa del producto destacando nuevamente los dátiles y su nombre del producto.

El costo por lote de 10 barras será de 100 pesos Uruguayos (4,3 dólares americanos) o 10 pesos uruguayos (0,43 dólares americanos) por unidad, mientras que el costo de insumos será del 10% y 15% de costos de envase. Así, el costo de la barra será 13 pesos uruguayos (0,56 dólares americanos). La utilidad será del 200% (impuestos incluidos), mientras que el precio tentativo de venta a proveedores será de 26 pesos uruguayos (1,1 dólares americanos). Finalmente, el precio tentativo de venta al público será de 35 pesos uruguayos (1,5 dólares americanos).

**Tabla 1: ROTULADO NUTRICIONAL**

INFORMACION NUTRICIONAL		
Porción 50g (1 unidad)		
	Cantidad por Porción	% VD (*)
Valor energético	201 Kcal=840 KJ	
Carbohidratos	37 g	7%
Proteínas	8,5 g	2%
Grasas totales	2,8 g	1%
Fibra alimentaria	2 g	8%
Sodio	92 mg	4%
"No aporta cantidades significativas de grasas saturadas y grasas trans".		

(\*) Valores Diarios con base a una dieta de 2000Kcal u 8400Kj. Sus valores diarios pueden ser mayores o menores dependiendo de sus necesidades energéticas.

## CONCLUSIONES

La barra de cereales elaborada logró cumplir con las expectativas organolépticas y necesidades nutricionales del grupo de deportistas objetivo. Se logró obtener la formulación de una barra energética, de alta densidad calórica: 201 kcal, a base de cereales. El producto final presenta un mayor aporte de carbohidratos y proteínas así como un menor aporte de lípidos que sus similares en el mercado. La formulación final de la barra energética fue bien aceptada por parte de los deportistas que realizaron la degustación y prueba de preferencia final. La combinación de los cereales con los dátiles proporciona un alimento de alto valor nutricional y de adecuadas propiedades funcionales. Se logró establecer un costo de 35 pesos uruguayos (1,5 dólares americanos), lo que la hace competitiva en el mercado. El diseño del envase estuvo acorde a las propiedades del alimento evitando posibles interacciones entre los mismos y presentando el rotulado nutricional correspondiente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Burke L. Nutrición en el deporte. Madrid: Médica Panamericana; 2011.
- Ibañez J, Gómez Vides C. Guía de alimentación y deporte. Centro de Estudios, Investigación y Medicina del deporte. Navarra: Universidad de Navarra; 2010.
- Peniche C, Boullosa B. Nutrición aplicada al deporte. México DF: Mc Graw Hill; 2011.
- Asker E, Jeukendrup R. Nutritional consideration in triathlon. Sports Med. [Internet]. 2005 [citado 20 Nov 2012]; 35 (2): 163-181. Disponible en: <http://www.janainaportoalegre.com.br/wp-content/uploads/2014/08/2-Considera%C3%A7%C3%B5es-nutricionais-no-triathlon.pdf>
- Hawley J, Schabort EJ, Noakes TD. Carbohydrate loading and exercise performance: an update. Sports Med. [Internet]. 1997 Ago [citado 23 Nov 2012]; 24 (2): 73-81. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9291549>
- Roberts O. Manual completo de triatlón. Barcelona: Hispano Europea; 2012.
- Torres García A, San Alvaro B. Dieta de triatletas en período pretemporada y precompetitivo. Madrid: Departamento de rendimiento humano del INEF, Facultad de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. [Internet]. s.f. [citado 25 Nov 2012]. Disponible en: <http://www.eweb.unex.es/eweb/cienciadeporte/congreso/04%20val/pdf/c49.pdf>
- Bearden M, Bunce L. Energy supplements and foods in sports: when to use what. Am J. Sports Med. 2003; 5: 30 – 33.
- Kerksick C, Harvey T, Stout J, Campbell B, Wilborn C, Kreider R, et al. International society of sports nutrition position stand: nutrient timing. J Int Soc Sports Nutr. [Internet]. 2008 [citado 02 Dic 2012]; 5:18 [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.jissn.com/content/5/1/>
- Diseño y desarrollo de alimentos. Conferencia; 2012 nov. Montevideo: Instituto Uruguayo de Normas Técnicas; 2012.

11. Alexander AG. Manual para documentar sistemas de calidad. México DF: Prentice Hispanoamericana; 1999.
12. Reglamento Bromatológico Nacional. Decreto nº 315/994. Ministerio de Salud Pública Uruguay. Montevideo: IMPO; 2010. (5 -7-1994).
13. Ramos Díaz, MF. Elaboración de una barra energética con aporte de quinoa (*Chenopodiumquinoa*) y amaranto (*Amaranthusspp*), para un grupo de deportistas aventura de la ciudad de Riobamba. [Tesis]. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo; 2011. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/123456789/146/1/FI-EAI-40A006.pdf>.
14. Watts BM, Ylimaki G, Jeffery LE, Elías LG. Métodos sensoriales básicos para la evaluación de alimentos. Ottawa: Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo; 1995.
15. Costel E. El análisis sensorial en el control y aseguramiento de la calidad de los alimentos: una posibilidad real. Digital. CSIC. [Internet]. [actualización 2015; citado 12 Dic 2012]. [aprox. 10 p.]. Disponible en: [http://digital.csic.es/bitstream/10261/5729/1/IATA\\_AGROCSIC\\_Analisis.pdf](http://digital.csic.es/bitstream/10261/5729/1/IATA_AGROCSIC_Analisis.pdf).
16. Sistema de análisis y puntos críticos de control. Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura FAO. [Internet]. [actualización 2015; citado 13 Mar 2013]. [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/005/y1579s/y1579s03.htm>.
17. Paine FA, Paine HY. Manual de envasado de alimentos. Madrid: Vicente; 1994.
18. Bustos S. Migración de los materiales en contacto con los alimentos: aspectos analíticos. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. [Internet]. 2013 [actualización 2015; citado Jun 2013]. Disponible en: [http://www.aesan.mspsi.gob.es/AESAN/docs/docs/notas\\_prensa/6\\_Juana\\_BustosMl\\_Garcia\\_de\\_Castro.pdf](http://www.aesan.mspsi.gob.es/AESAN/docs/docs/notas_prensa/6_Juana_BustosMl_Garcia_de_Castro.pdf).
19. Singh S. Impact of color on marketing. Management decision. [Internet]. 2006 [citado Jun 2013]; 44 (6): 783-789. Disponible en: <http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=1558119&show=abstract>

## ANEXO

Composición nutricional de la fórmula

Alimento	Cantidad (g)	HC(g)	Prot (g)	Lip (g)	Fibra (g)	Sodio (mg)	G.saturadas (g)
Avena	125g	70	16,2	9,8	13,7	8,7	1,8
Hojuelas maíz	50g	40,5	4	0,3	1,9	450	0
Arroz inflado	10g	8,6	0,63	0	0,1	60	0
Leche en polvo descremada	60g	26	15,6	15,6	0	264	0
Jarabe de glucosa	170g	135	3,4	0	0	8,5	0
Whey protein vainilla	40g	3	29,4	1,7	0	50	0
Claros huevo	45g	0	5,2	0	0	72	0
Clara polvo	8g	0	8	0	0	0	0
Dátiles	75g	50	1,8	0,4	5,3	2,2	0
Jugo naranja	31g	2,6	0,3	0	0	5,5	0
Isomalta	30g	30	0	0	0	0	0
	1227,5g						
TOTAL		365,7	84,53	27,8	21	920,9	1,8
ENERGIA		1426,8	338,12	250,2			
VCT= Kcal	2015,12						
%VCT		71%	17%	12%			

Fuente: datos extraídos de software NUTEC, rotulado nutricional de Whey protein, tabla de composición de alimentos de consumo habitual en España

# CUIDADOS ENFERMEROS DEL PACIENTE NEUROCRÍTICO CON MONITOREO DE LA PRESIÓN INTRACRANEANA.

NURSING CARE OF THE NEURO-CRITICAL PATIENT WITH INTRACRANIAL PRESSURE MONITORING.

CUIDADOS ENFERMEIROS DO PACIENTE NEUROCRÍTICO COM MONITORIZAÇÃO DA PRESSÃO INTRACRANIANA.

**María Susana Silvera Alvez**

*Departamento de Áreas Clínicas, Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, Universidad Católica del Uruguay. Montevideo, Uruguay.*  
enfermeria@ucu.edu.uy

Recibido: 02/10/2014

Aceptado: 14/12/2014

## RESUMEN

El objetivo de este trabajo es realizar un plan de cuidados enfermeros estandarizado, basado en la mejor evidencia científica, que sirva de guía para el cuidado del paciente neurocrítico con monitoreo de la presión intracraneana internado en la unidad de cuidados intensivos. La metodología utilizada ha sido la revisión de 59 casos clínicos y los procesos realizados a los pacientes con monitoreo, durante la experiencia práctica profesional de más de diez años en una Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente. Se identificaron cinco necesidades básicas alteradas, según el modelo de Virginia Henderson, para las cuales se enunciaron en orden prioritario siete etiquetas diagnósticas con sus respectivas intervenciones y cuidados. Podemos concluir que el Proceso Enfermero permite a Enfermería brindar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, previniendo la variabilidad de la asistencia y estableciendo un lenguaje común en el cuidado de pacientes neurocríticos.

**Palabras clave:** Atención de Enfermería, Procesos de Enfermería, Presión Intracranial.

## ABSTRACT

The aim of this study is to create a standardized nursing-care plan, based on the best scientific evidence that works as a guide for the care of the neuro-critical patient with intracranial pressure monitoring in the intensive care unit. The methodology used is the revision of 59 clinical cases and the process performed to the patients with monitoring for more than ten years of professional practice experience in the Intensive Care Unit. Five basic altered needs were identified according to the Virginia Henderson model, for which seven diagnostic labels

were created with their respective interventions and care. We conclude that the Nursing Process allows the nursing discipline to provide care in a rational, logical, and systematic way, preventing the variability in assistance and establishing a common language in caring for the neuro-critical patients.

**Keywords:** Monitoring, Attention in Nursing, Nursing Process, Intracranial Pressure

## RESUMO

O objetivo desse trabalho é realizar um plano padronizado dos cuidados de enfermagem baseado na melhor evidência científica, que sirva de guia para o cuidado do paciente neurocrítico com monitorização da pressão intracraniana internado na unidade de tratamento intensivo. A metodologia utilizada foi a revisão de 59 casos clínicos e dos procedimentos realizados aos pacientes com monitorização, durante a experiência prática profissional de mais de dez anos em uma unidade de tratamento intensivo polivalente. Foram identificadas cinco necessidades básicas alteradas, segundo o modelo de Virginia Henderson, para as quais se enunciaram, em ordem prioritária, sete etiquetas diagnósticas, com suas respectivas intervenções e cuidados. Podemos concluir que o Processo de Enfermagem lhe permite oferecer cuidados de uma forma racional, lógica e sistemática, prevenindo a variabilidade da assistência e estabelecendo uma linguagem comum o cuidado do paciente neurocrítico.

**Palavras-chave:** Atenção de Enfermagem, Processo de Enfermagem, Pressão Intracraniana



## INTRODUCCIÓN

El paciente neurocrítico es aquel que presenta alguna enfermedad que afecta al Sistema Nervioso Central (SNC); dentro de estas afecciones se encuentra el traumatismo craneoencefálico grave (TCE), causa frecuente de ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (1, 2).

La incidencia de TCE en todo el mundo va en aumento, debido principalmente a las lesiones asociadas con el creciente uso de vehículos de motor, en particular en países de medios y bajos ingresos (3). La lesión traumática encefálica (TBI) puede ser causada por un choque, un golpe o una sacudida que afecte la cabeza o una lesión penetrante en la cabeza que comprometa el funcionamiento normal del cerebro (4).

Actualmente se considera una “epidemia silenciosa”, ya que la sociedad es en gran parte inconsciente de la magnitud de este problema (5). La TBI es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, estimándose que es responsable de casi la mitad de las muertes relacionadas con eventos traumáticos (6). Representa un importante problema de salud pública a nivel mundial, cuyas consecuencias pueden ser temporales o permanentes y causar parcial o total discapacidad y desajuste psicosocial (7, 8).

Una percepción común es que la mayoría de los pacientes con TCE son hombres adultos jóvenes que sufren lesiones en accidentes en vehículos de motor, pero el patrón de lesiones varía según la región. En los países de altos ingresos, las personas con una TBI son generalmente los ocupantes de vehículos de motor; mientras que en los países de ingresos medios y bajos son usuarios de carreteras de tránsito como peatones, ciclistas y motociclistas (3).

Como resultado de la mayor expectativa de vida, las personas de 75 años de edad tienen mayor incidencia de hospitalizaciones relacionadas con TBI, cuyas probabilidades de morir a causa de sus lesiones son mayores que cualquier otro grupo de edad, debido a que presentan múltiples morbilidades pre-trauma y son propensas a tomar una serie de medicamentos, incluyendo anticoagulante y de agregación plaquetaria, los que se asocian con un alto riesgo de contusiones hemorrágicas y hematoma subdural (4, 5, 9).

La National Head Injury Foundation de los EEUU, define al daño cerebral traumático como: *“un daño al cerebro, de naturaleza no degenerativa causado por una fuerza externa que puede producir una disminución o alteración del estado de conciencia, dando como resultado un deterioro del funcionamiento de las capacidades cognitivas y físicas”* (10). La TBI puede ser una lesión abierta o cerrada, la cual desde el punto de vista fisiopatológico incluye múltiples interacciones que producen cambio en la hemodinamia cerebral, reacciones y cambios celulares, hipertensión intracraneal y edema cerebral (11).

En 1974 Teasdale elabora un método simple y fiable de registro y monitorización del nivel de conciencia en pacientes con TCE, conocida como Escala de Coma de Glasgow (GCS), la cual

evalúa tres parámetros de manera independiente: la apertura ocular sobre 4 puntos, la respuesta verbal sobre 5 y la respuesta motora sobre 6, los cuales luego se suman para obtener la puntuación global. La puntuación de la GCS máxima y normal es 15 y la mínima 3 (12).

Se considera traumatismo craneoencefálico leve al que presenta un Glasgow de 15 a 13 puntos, moderado de 12 a 9 y grave menor o igual a 8. En este último caso el pronóstico depende además de la puntuación del GCS, del mecanismo de la lesión traumática, de la edad del paciente, del estado de las pupilas después de las maniobras de reanimación y del tipo de lesión mostrada por la neuroimagen (13).

Las lesiones del SNC son causadas por un daño primario que ocurre inmediatamente después del impacto. Como consecuencia de la lesión inicial se pueden producir lesiones tisulares que se manifiestan en los primeros minutos, horas o días después del accidente, al que se denomina “daño secundario”, dando lugar a una mayor mortalidad e incapacidad grave (13).

Existe evidencia científica que la prevención de la lesión secundaria mejora el pronóstico de la persona (14). Entre el período 2002-2006 en Estados Unidos se estimó un promedio de 1.365.000 visitas a sala de emergencia por lesiones traumáticas encefálicas, 275.000 requirieron hospitalización y 52.000 fallecieron. En todos los grupos etarios las tasas fueron más altas para el sexo masculino. Las caídas fueron la causa principal de TBI entre los niños de 0 a 4 años y entre los adultos de 75 años y más. Para los adultos de 20 a 24 años los accidentes de tránsito fueron la causa principal de muerte por TBI (4).

En el 2006 en España se estimó que la incidencia TCE anual es de 200 nuevos casos /100.000 habitantes. De esos casos, el 70% tienen buena recuperación, el 15% fallecen antes de la internación o durante la misma y el 15% quedan funcionalmente incapacitados en diferentes grados. El TCE constituye la primera causa de muerte en los individuos menores de 45 años de edad y la tercera en todos los rangos de edad, siendo su impacto sanitario y socioeconómico muy importante (13).

Según un informe de la Organización Panamericana de la Salud (2009) en las Américas, los traumatismos causados por el tránsito ocasionan alrededor de 150 mil defunciones/año y más de 5 millones de lesionados. Brasil, México, Colombia y Venezuela son los países de la región con mayor número de muertes relacionadas con el tránsito. Las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud indican que para el año 2020, los traumatismos resultantes del tránsito podrían ser la tercera causa de muerte y discapacidad en el mundo, convirtiéndose en una crisis mundial de salud pública (15).

En el 2012 en Uruguay se registraron 22.096 siniestros de tránsito: como consecuencia 28.301 personas resultaron lesionadas, de las cuales fallecieron 510. La tasa de mortalidad calculada fue de 15.5 muertos/100.000 habitantes. El grupo de

mayor incidencia fueron los jóvenes entre los 15 y 34 años, que sumados alcanzan el 50.3% del total de lesionados (16).

La alta complejidad del paciente neurocrítico requiere ingreso en la UCI; su tratamiento incluye medidas y cuidados generales de todo paciente crítico, además de cuidados específicos, como el monitoreo invasivo de presiones y el control neurológico, clínico e instrumental (17).

El papel activo de Enfermería en la UCI es fundamental para detectar precozmente mínimas variaciones en el estado de la persona, que permitan el tratamiento oportuno para prevenir el daño cerebral secundario (14). Con la finalidad de disminuir los riesgos y optimizar la calidad de los cuidados brindados, se realiza un plan de cuidados enfermeros estandarizado, basado en la mejor evidencia científica (18-21), que sirva de guía para el cuidado del paciente neurocrítico con monitoreo de la presión intracraneal internado en un área de cuidados intensivos. Los objetivos específicos son enunciar los diagnósticos enfermeros priorizados, que surgen de la valoración presentada. Utilizar la clasificación NANDA NOC- NIC para planificar las intervenciones de Enfermería acorde a cada etiqueta priorizada.

## METODOLOGÍA

La metodología utilizada fue un estudio de los casos clínicos y los procesos enfermeros realizados a los pacientes con monitoreo de la PIC, durante la experiencia práctica profesional de más de diez años en la atención y cuidado de los mismos, asistidos en una unidad de cuidados intensivos polivalente. El número de pacientes atendidos en este período fue de 59, a los cuales se les realizó un plan de cuidados, tomando en cuenta la taxonomía NANDA 2009-2011 y las Interrelaciones NANDA, NOC y NIC como soporte básico. Como ejemplo se expone uno de los casos, cuyas generalidades no escapan al resto de los pacientes recibidos y atendidos en la unidad.

*Caso Clínico.* Varón de 16 años que viaja en moto sin casco. Sufre TCE al chocar contra un semáforo. Sin antecedentes a destacar, ingresa en la UCI: Vía aérea artificial (tubo endotraqueal Nº 8) permeable, con soporte respiratorio mecánico, saturación periférica de oxígeno 97%. GCS de 7 (apertura ocular al dolor, movimientos de retirada, sin respuesta verbal), anisocoria mayor a derecha 4/2 mm, con reactividad bilateral a la luz. Buena perfusión periférica, pulsos presentes en los cuatro miembros. Dos vías venosas periféricas en ambos MMSS (catéter Nº 16 y 18), permeables. Sonda orogástrica a bolsa colectora. Sonda vesical permeable a bolsa colectora. Valorado por el neurocirujano, se decide colocación de Tornillo de Richmond.

Se realiza el Plan de cuidados de Enfermería tomando como referencia el modelo de Virginia Henderson, donde surgen las siguientes necesidades afectadas:

## Necesidad de evitar peligros

Diagnóstico Enfermero	NOC Criterios de Resultados
00049 Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal relacionado con la lesión cerebral manifestado por aumentos desproporcionados de la presión intracraneana después de un estímulo.	0909 Estado neurológico. 0912 Estado neurológico: conciencia. 0601 Equilibrio hídrico. 0600 Equilibrio electrolítico y ácido base.

## NIC Intervenciones de Enfermería

### \*2000 Manejo de electrolitos.

Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de electrolitos. Mantener accesos intravenoso permeables. Mantener la solución intravenosa que contenga electrolitos a un flujo constante. Observar si se producen pérdidas de líquidos ricos en electrolitos (succión gástrica, diaforesis, poliuria). Comunicación con el médico.

### \*2080 Manejo de líquidos/ electrolitos.

Monitorizar el estado hemodinámico. Controlar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos. Valorar las mucosas bucales, la esclerótica y la piel.

### \*2540 Manejo del edema cerebral.

Elevar la cabecera de la cama. Mantener la alineación de la cabeza-cuello-tronco. Planificar los cuidados. Minimizar los estímulos ambientales. Monitorizar temperatura, presión sanguínea, pulso, estado respiratorio. Observar si se presenta la triada de Cushing: hipertensión sistólica, bradicardia y bradipnea. Monitorizar las presiones encefálicas. Restringir la administración de líquidos.

### \*2550 Mejora de la perfusión cerebral.

Consultar con el médico para determinar el margen de los parámetros hemodinámicos. Evitar la flexión del cuello, caderas y rodillas. Vigilar el estado neurológico. Monitorizar la presión intracraneana (PIC), la presión arterial media (PAM) y calcular la perfusión cerebral (PPC). Monitorizar la respuesta neurológica a las actividades de cuidado. Registrar todos los parámetros monitorizados. Mantener las vías aéreas permeables. Controlar el patrón respiratorio y la adaptación del paciente a la ventilación mecánica. Controlar el suministro de oxígeno para prevenir la hipoxemia e hipercapnia.

### \*2590 Monitorización de la presión intracraneal.

Acompañar al médico para informar a la familia. Instrumentar durante la inserción del Tornillo de Richmond. Controlar el efecto de la sedo analgesia. Calibrar y nivelar el transducer. Irrigar el sistema de lavado con suero fisiológico. Observar si hay burbujas en el tubo de presión. Ajustar las alarmas. Registrar las lecturas de PIC horaria y analizar las ondas. Vigilar la PPC. Mantener la PAM dentro de los márgenes especificados. Colocar al paciente con la cabecera elevada entre 30 y 45°, con el cuello en posición neutra. Observar y registrar la respuesta

nerológica y de la PIC del paciente a las actividades de cuidados. Alterar el procedimiento de aspiración para minimizar el aumento de la PIC (limitar el número de aspiraciones). Notificar al médico si la PIC elevada no responde a los protocolos establecidos.

**\*2620 Monitorización neurológica.**

Comprobar tamaño, simetría y reacción a la luz de las pupilas. Vigilar las tendencias de la escala de Glasgow. Observar si hay movimientos de pronación o temblores. Monitorizar y registrar los parámetros hemodinámicos, PIC y PPC cada hora. Observar la forma de sedación. Notificar al médico los cambios. Proporcionar información a la familia sobre el estado del paciente.

*Necesidad de comer y beber en forma adecuada.*

<p><b>Diagnóstico Enfermero</b> 00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con la cirugía y la lesión traumática.</p>
<p><b>NOC Criterios de Resultados</b> 0601 Equilibrio hídrico. 0602 Hidratación.</p>

NIC Intervenciones de Enfermería

**\*4120 Manejo de líquidos.**

Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación. Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas y pliegue cutáneo). Monitorizar el estado hemodinámico. Distribuir y administrar el aporte líquido en 24 horas. Realizar cateterismo vesical y control estricto de la diuresis. Consultar al médico ante cambios significativos en la hemodinamia y en el volumen de la diuresis.

**\*4130 Monitorización de líquidos.**

Mantener el nivel de flujo intravenoso. Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (hipertermia, poliuria, otros). Llevar un registro preciso de ingresos y egresos. Vigilar presión sanguínea, frecuencia cardíaca y estado de la respiración. Observar las mucosas y turgencia de la piel, color y cantidad de orina, características de las venas del cuello, presencia de crepitanes pulmonares y de edema periférico.

**\*6680 Monitorización de los signos vitales.**

Controlar y registrar cada hora: PIC, PAM, PPC, frecuencia y ritmo cardíaco, frecuencia, ritmo respiratorio y pulsioximetría. Controlar los signos vitales durante y después de la actividad. Colocar el dispositivo de control continuo de temperatura rectal y registrar los valores. Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales. Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para recoger los datos.

*Necesidad de respirar normalmente*

<p><b>Diagnóstico Enfermero</b> 00031 Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionada con la presencia de una vía aérea artificial manifestada por producción de esputos.</p>
<p><b>NOC Criterios de Resultados</b> 0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias. 1918 Control de la aspiración.</p>

NIC Intervenciones de Enfermería

**\*3140 Manejo de las vías aéreas artificiales.**

Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo. Auscultar sonidos respiratorios observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de ruidos adventicios. Eliminar las secreciones de la vía naso y orofaríngea mediante succión. Marcar la referencia del tubo endotraqueal. Minimizar la acción de palanca y la tracción de la vía aérea artificial mediante la suspensión de los tubos del ventilador.

**\*3160 Aspiración de las vías aéreas.**

Determinar la necesidad de aspiración traqueal. Limitar el número de aspiraciones. Anotar tipo y cantidad de secreciones obtenidas. Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal. Proporcionar humedad a las vías aéreas a través del sistema de ventilación mecánica.

**\*3200 Precauciones para evitar la aspiración.**

Posicionar al paciente, lo más incorporado posible. Auscultar los pulmones. Mantener el balón del tubo endotraqueal (TET) correctamente inflado. Realizar higiene bucal frecuente. Comprobar la colocación de la sonda gástrica, medir el residual gástrico y lavar la sonda con solución fisiológica cada 4 horas. Registrar las características del residual gástrico. Mantener el equipo de aspiración disponible.

**\*3320 Oxigenoterapia.**

Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. Administrar oxígeno humidificado. Comprobar periódicamente la concentración administrada de oxígeno y la saturación. Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno periódicamente.

**\*3350 Monitorización respiratoria.**

Valorar frecuencia, ritmo, profundidad, esfuerzo de la respiración, simetría en la expansión pulmonar. Auscultar los sonidos respiratorios para determinar si requiere aspiración. Auscultar luego de la aspiración y registrar los resultados. Registrar las lecturas del ventilador mecánico; aumento o disminución de la presión inspiratoria, volumen corriente y frecuencia respiratoria. Observar si hay intranquilidad del paciente por falta de aire. Anotar los cambios en la saturación periférica.

*Necesidad de evitar peligros.*

<p><b>Diagnóstico Enfermero</b> 00004 Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos (inserción del Tornillo de Richmond, sistemas de alta presión de la PIC y PAM, vías venosas periféricas, vía arterial y sonda vesical).</p>
<p><b>NOC Criterios de Resultados</b> 1902 Control del riesgo. 1102 Curación de la zona de inserción del Tornillo de Richmond. 0703 Estado infeccioso.</p>

NIC Intervenciones de Enfermería

\*2440 Mantenimiento de los dispositivos de acceso vascular. Utilizar técnica aséptica durante la manipulación de todos los accesos venosos, y arteriales. Realizar curación oclusiva. Cambiar los sistemas, curaciones y tapones con técnica aséptica según protocolo del servicio. Cambiar los planes de sueros c/24h. Documentar el día de inserción de cada catéter. Valorar la permeabilidad de los mismos. Mantener todas las conexiones de los sistemas herméticamente cerradas. Nivelar y calibrar el sistema de monitoreo de presiones con técnica aséptica, uso de guantes estériles previo lavado de manos y uso de tapaboca. Observar si hay signos y síntomas de infección local o sistémica (enrojecimiento, tumefacción, sensibilidad, fiebre). Control y registro regular de temperatura. Controlar el recuento de glóbulos blancos.

\*3440 Cuidados del sitio de incisión. Inspeccionar el sitio de inserción del Tornillo de Richmond en busca de enrojecimiento, inflamación o supuración. Limpiar las zonas con solución salina desde la zona más limpia hacia la zona menos limpia. Aplicar antiséptico según protocolo del servicio. Durante la curación utilizar técnica aséptica y tapaboca para el operador. Documentar cualquier cambio detectado.

\*6540 Control de las infecciones. Instruir a las visitas sobre el lavado de manos al entrar y salir de la habitación del paciente. Exigir al personal la realización del lavado de manos correcto antes y después del cuidado entre pacientes. Adoptar medidas universales de higiene.

\*1876 Cuidado del catéter urinario. Mantener el sistema de drenaje urinario cerrado. Valorar la permeabilidad del catéter y las características de la orina. Vaciar la bolsa colectora cada 3 o 4 horas. Evitar acodamientos de la sonda y tubuladura de la bolsa. Colocar la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga del paciente. Mantener la válvula de la bolsa colectora lejos del piso y evitar el contacto con el recipiente para recolectar la orina. Realizar higiene genital y del catéter urinario por fuera del meato a intervalos regulares. Extraer el catéter lo antes posible.

\*3140 Manejo de las vías aéreas artificiales. Posicionar al paciente para permitir el máximo potencial de ventilación. Inflar el balón de neumotaponamiento con 25 cc

de agua y controlar la presión en cada turno. Marcar el punto de referencia en el TET para evitar desplazamientos. Proporcionar humidificación al gas inspirado. Realizar aspiración endotraqueal con técnica aséptica, entre dos operadores. Utilizar un equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración. Disponer precauciones universales (guantes estériles, tapaboca y gafas). Eliminar las secreciones de la orofaringe en cada turno y realizar higiene bucal. Cambiar la cinta de sujeción del TET cada vez que esté sucia o mojada y valorar la piel y mucosa oral. Auscultar ambos campos pulmonares luego de cambiar la fijación.

*Necesidad de mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.*

<p><b>Diagnóstico Enfermero</b> 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con alteraciones sensoriales, factores mecánicos e inmovilización física.</p>
<p><b>NOC Criterios de resultados</b> 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas. 1902 Control del riesgo.</p>

NIC Intervenciones de Enfermería

\*3540 Prevención de úlceras por presión. Utilizar un instrumento (escala) para valorar los factores de riesgo. Eliminar la humedad excesiva en la piel. Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión. Proteger codos, talones y otros puntos de apoyo. Utilizar colchón neumático. Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.

\*3590 Vigilancia de la piel. Valorar y registrar el estado de la piel al ingreso y luego diariamente.

\*4070 Precauciones circulatorias. Valoración de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, relleno capilar, color y temperatura de miembros inferiores). Aplicar medias elásticas o neumáticas. Quitar las medias durante 20 min cada 8 horas. Realizar ejercicios pasivos y activos cuando sea posible. Evitar el apoyo de una extremidad sobre la otra. Proteger las zonas con edemas.

*Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada.*

<p><b>Diagnóstico Enfermero</b> 00085 Deterioro de la movilidad física relacionado con deterioro sensorio perceptivo e intolerancia a la actividad, manifestado por limitación de la amplitud de movimientos.</p>
<p><b>NOC Criterios de Resultados</b> 0208 Nivel de movilidad.</p>

NIC Intervenciones de Enfermería

\*0844 Cambios de posición: neurológico.  
Mantener la cabecera de la cama entre 30º y 45º. Asegurar una correcta alineación corporal. Girar al paciente en bloque teniendo en cuenta la situación hemodinámica. Mantener manos y pies en posición funcional. Valorar en el paciente durante la movilización claves no verbales de dolor.

*Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada.*

<p><b>Diagnóstico Enfermero</b> 00108 Déficit de auto cuidado: baño relacionado con el deterioro cognitivo manifestado por incapacidad para lavarse el cuerpo.</p>
<p><b>NOC Criterios de Resultados</b> 0301 Auto cuidado baño. 0305 Auto cuidados higiene.</p>

NIC Intervenciones de Enfermería

\*1801 Ayuda con los autocuidados baño / higiene.  
Valorar el momento oportuno para realizar el baño. Realizar el procedimiento entre dos operadores. Evitar enfriamientos. Valorar la respuesta del paciente durante los cuidados. Realizar higiene de nariz y boca diariamente.

\*1650 Cuidado de los ojos.  
Observar si hay exudación. Realizar higiene diaria con suero salino. Aplicar protección ocular (gotas o ungüento lubricante).

**CONSIDERACIONES FINALES**

La aplicación de la taxonomía NANDA, NIC, NOC permite a Enfermería brindar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, previniendo la variabilidad de la asistencia y estableciendo un lenguaje común en los pacientes neurocríticos internados en Unidades de Cuidados Intensivos.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Soriano Navarro T. Atención de enfermería al paciente neurocrítico [Tesis]. Santander: Universidad de Cantabria; 2012. Disponible en: <http://bucserver01.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/902/SorianoNavarroT.pdf?sequence=1>
2. Carmona J, Gallego J, Llabata P. El paciente neurocrítico: actuación integral de enfermería. *Enferm Global*. [Internet]. 2005 May [citado 23 Oct 2014]; (6): 1 – 20. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/502/499>
3. Maas A, Stocchetti N, Bullock R. Moderate and severe traumatic brain injury in adults. *Lancet Neurol*. [Internet]. 2008 Ago [citado 23 Oct 2014]; 7 (8): 728-41. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lanneur/article/PIIS1474-4422\(08\)70164-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanneur/article/PIIS1474-4422(08)70164-9/fulltext)
4. Faul M, Xu L, Wald MM, Coronado VG. Traumatic brain injury in the United States: emergency department visits, hospitalizations and deaths 2002–2006. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. [Internet]. 2010 [citado 12 Oct 2014]. Disponible en: [http://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/pdf/blue\\_book.pdf](http://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/pdf/blue_book.pdf)
5. Roozenbeek B, Maas A, Menon D. Changing patterns in the epidemiology of traumatic brain injury. *Nat Rev Neurol*. [Internet]. 2013 Abr [citado 28 Oct 2014]; 9: 231-236. Disponible en: <http://www.nature.com/nrneurol/journal/v9/n4/full/nrneurol.2013.22.html>
6. Saatman KE, Dunaime AC, Bullock R, Maas AI, Valadka A, Manley GT, et al. Classifications of traumatic brain injuries for targeted therapies. *J Neurotrauma*. [Internet]. 2008 Jul [citado 29 Oct 2014]; 25 (7): 719-38. Disponible en: <http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/neu.2008.0586>
7. Shivaji T, Lee A, Dougall N, McMillan T, Stark C. The epidemiology of hospital treated traumatic brain injury in Scotland. *BMC Neurology*. [Internet]. 2014 [citado 29 Set 2014]; 14 (2): 1-7. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2377-14-2.pdf>
8. López Ulloa MO, Atiaja Arias JV. Valor pronóstico del neuromonitoreo inicial en pacientes con trauma craneoencefálico grave. *Metro cienc*. 2008 Jul; 17 (2): 411-415.
9. Parekh AK, Barton MB. The challenge of multiple comorbidity for the US healthcaresystem. *JAMA* [Internet]. 2010 Abr [citado 04 Nov 2014]; 303 (13): 1303–1304. Disponible en: [http://amaprod.silverchaircdn.com/data/Journals/JAMA/4506/jco05031\\_1303\\_1304.pdf.gif](http://amaprod.silverchaircdn.com/data/Journals/JAMA/4506/jco05031_1303_1304.pdf.gif)
10. Calderón C, Rodríguez G, López R, García A, Ramírez R. Intervenciones de enfermería en la atención del adulto con traumatismo craneoencefálico grave. México DF: Secretaría de Salud; 2013 [Internet]. [citado 04 Nov 2014]. Disponible en: [http://www.cenotec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS\\_604\\_13\\_ENFERMERIAENTRAUMACRANEOENCEFALICO/604GER.pdf](http://www.cenotec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_604_13_ENFERMERIAENTRAUMACRANEOENCEFALICO/604GER.pdf)
11. Costanti Settervall CH, Cardoso de Sousa RM, Fürbringer ES. Escala de coma de Glasgow más primeras 72 horas após trauma craneoencefálico e mortalidadehospitalar.

- Rev Lat Am Enfermagem. [Internet]. 2011 Nov [citado 7 Nov. 2014]; 19 (6): 1-7. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt\\_09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_09.pdf)
12. Matis G, Birbilis T. The Glasgow Coma Scale--a brief review. Past, present, future. *Acta Neurol Belg*. 2008 Set; 108 (3): 75-89.
  13. Bárcena-Orbe A, Rodríguez-Arias CA, Rivero-Martin B, Cañizal-García JM, Mestre-Moreiro C, Calvo-Peréz JC, et al. Revisión del traumatismo craneoencefálico. *Neurocirugía*. [Internet]. 2006 [citado 08 Nov 2014]; 17: 495-518. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/pdf/neuro/v17n6/1.pdf?origin=publication\\_detail](http://scielo.isciii.es/pdf/neuro/v17n6/1.pdf?origin=publication_detail)
  14. López Díaz C. Paciente neurocrítico: cuidados de enfermería. *Rev. Rolenferm*. 2009; 32 (12): 841-850.
  15. Zepeda M, Vásquez A, Silveira E. Traumatismos causados por el tránsito y discapacidad. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2011. [Internet]. [citado 08 Nov 2014]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=20910&Itemid](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=20910&Itemid)
  16. Siniestralidad vial en Uruguay informe 2012. Unidad Nacional de Seguridad Vial UNASEV. Montevideo: UNASEV; 2015. [Internet] [actualizado 2015; citado 10 Nov 2014]. [50 p.]. Disponible en: [http://unasev.gub.uy/wps/wcm/connect/cf0a02804fc6a03cb2d3f7deba2def97/InformeSiniestralidadVialUruguay\\_2012.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT\\_TO=url&CACHEID=cf0a02804fc6a03cb2d3f7deba2def97](http://unasev.gub.uy/wps/wcm/connect/cf0a02804fc6a03cb2d3f7deba2def97/InformeSiniestralidadVialUruguay_2012.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=url&CACHEID=cf0a02804fc6a03cb2d3f7deba2def97)
  17. Montforte C, Urdangarín J. Atención de enfermería al paciente neurotraumático. En: Gómez Ferrero, O. *Manual de enfermería en cuidados intensivos: enfermería de cuidados intensivos médico-quirúrgicos*. Madrid: Monsa-Prayma; 2008. p. 243-287
  18. *Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011*. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) Internacional. Barcelona: Elsevier; 2010.
  19. Johnson M, Bulechek G, McCloskey J, Maas M, Moorhead S, Butcher H, Swanson E. *Interrelaciones NANDA, NOC y NIC*. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2006.
  20. McCloskey J, Bulechek G. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.
  21. Moorhead S, Johnson M, Maas M. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.

# NIVEL DE USO DEL LENGUAJE ESTANDARIZADO EN EL PROCESO DE ENFERMERÍA.

LEVEL OF USE OF STANDARDIZED LANGUAGE IN NURSING PROCESS.

NÍVEL DE UTILIZAÇÃO LINGUAGEM NO PROCESSO PADRONIZADO DE ENFERMAGEM.

**Erika Caballero**

*Escuela de Enfermería, Universidad Finisterrae UVISA.  
Santiago, Chile.  
ecaballe@gmail.com*

**Nataly Aguilar, Marilyn Alegría, Ingrid Díaz, Claudia Chacón**

*Escuela de Enfermería, Universidad Autónoma. Santiago,  
Chile.*

**Abdul Hernández**

*Escuela de Enfermería, Universidad Finisterrae UVISA.  
Santiago, Chile.*

**Antonio Rienzo**

*Escuela de Ingeniería Biomédica, Universidad de Valparaíso.  
Valparaíso, Chile.*

Recibido: 04/04/2015

Aceptado: 31/05/2015

## RESUMEN

El objetivo de este trabajo es determinar los factores que se relacionan con el uso del proceso y terminología clínica en enfermeros/as colegiados/as en el 2014. Para esto se realizó un estudio descriptivo correlacional con un universo de 3000 enfermeras, muestra por conveniencia de 186 enfermeras del Colegio de Enfermeras de Chile, que consintieron participar en encuesta on line, validada. Los resultados fueron: 79% mujeres, entre 23 y 60 años, con 9 años de desempeño laboral en promedio; 66% trabajaba en atención cerrada; 60% cumplía rol clínico con 18 pacientes en promedio durante el turno hospitalario y 20 pacientes en box. Un 40% recibió enseñanza sobre proceso y terminología clínica. 59,8% declaró usar el Proceso de Enfermería y 39% usar NANDA internacional (I y II). Un 41,7% señaló conocer NANDA pero no usarlo. Porcentajes similares se observaron en NIC y NOC donde 41% y 43% lo conocía pero no lo usaba. Entre las causas de no uso destacó el no contar registro estandarizado (70,7%), sobrecarga laboral (36,2%), falta de tiempo (25,9%) y falta de interés de directivos. Se evidenció en este grupo una correlación r de Pearson significativa positiva débil entre uso del proceso y contar con registro estandarizado (p.0008). El artículo demuestra que los/las enfermeros/as en estudio tienen un bajo uso del Proceso de Enfermería y terminología propia, asociado a factores como falta de registro estandarizado y sobrecarga laboral. Es necesario actualización en taxonomías, clasificaciones, y estandarización de registros clínicos.

**Palabras clave:** Vocabulario controlado, Semántica, Clasificación, Enfermería.

## ABSTRACT

The goal of article is to establish the factors that are related to the process and the clinical terminology used in Nursing schools in Chile in 2014. Our method was an analytical correlational study with a universe of 3000 nurses, convenience sample of 186 nurses at the College of Nurses of Chile, who consented to participate in online survey, validated. The results were: 79% female between 23 and 60 years, with 9 years of work performance on average; 66% worked in close attention; 60% met clinical role with an average of 18 patients in hospital and 20 patients in box. 40% received education on clinical process and terminology; 59.8% reported using the Nursing Process and 39% use international NANDA (I and II). 41.7% declared knowing NANDA but not using it. Similar percentages were observed in NIC and NOC where 41% and 43% knew but did not use it. Among the causes of non-use not having a standardized record (70.7%), work overload (36.2%), lack of time (25.9%) and lack of interest from directives. It was observed in this group a significant weak positive Pearson r correlation between the use of the process and having a standardized record (p.0008). The nurses studied have a low frequency use of the nursing process and terminology associated with factors such as lack of standardized record and work overload. It is necessary to update taxonomies, classifications, and standardization of medical records.

**Keywords:** Controlled vocabulary, Semantics, Classification, Nursing.

## RESUMO

Nós nos preocupamos com a semântica, a terminologia clínica e interoperabilidade envolvidos. Para determinar os fatores associados com o uso de terminologia processo clínico e enfermeiros de 2014. Estudo analítico correlacional. Universo 3000 enfermeiros, amostra de conveniência de 186 enfermeiros da Faculdade de Enfermagem do Chile, que consentiram em participar da pesquisa on-line, validado. 79% do sexo feminino, entre 23 e 60 anos, com 9 anos de

desempenho no trabalho, em média. 66% trabalhavam em estreita atenção; 60% preencheram papel clínico com uma média de 18 pacientes em hospital e 20 pacientes em caixa. 40% receberam educação sobre o processo clínico e terminologia. 59,8% relataram o uso do processo de enfermagem e a utilização de 39% NANDA International (I e II). 41,7% disseram saber NANDA, mas não usá-lo. Percentagens semelhantes foram observadas em NIC e NOC, onde 41% e 43% sabiam, mas não usá-lo. Entre as causas da não utilização não têm a registo padronizada (70,7%), sobrecarga de trabalho (36,2%), falta de tempo (25,9%) e falta de interesse dos executivos. Evidenciada neste grupo de correlação de Pearson significativa positiva entre o uso do processo e padronizaram registo (p.0008). O estudo enfermeiros têm uma baixa utilização do Processo de Enfermagem e terminologia associada a fatores como a falta de registo padronizado e sobrecarga de trabalho. É necessário atualizar as taxonomias, classificações e padronização dos registros clínico.

**Palavras-chave:** Vocabulário controlado, Semântica, Classificação, Enfermagem.

## INTRODUCCIÓN

El intercambio de información clínica entre profesionales de la salud o desde los sistemas de información y gestión clínicos para la atención de los pacientes y la administración es hoy en día un proceso crítico para el sector. Debido a la especial sensibilidad de los datos y los aspectos éticos y restricciones legales respecto de ellos, este intercambio debe hacerse de manera cuidadosa, evitando cualquier posibilidad de malentendidos o interpretaciones erróneas. Dos desafíos principales surgen cuando se persigue este objetivo. En muchos hospitales y centros de salud no existe un sistema de información unificado como tal ni sistemas informáticos disponibles. Los datos de salud se distribuyen a través de varios sistemas heterogéneos y autónomos cuya interconexión e integración es difícil de lograr. Por este motivo es vital contar con estándares de lenguaje, especialmente en el caso del cuidado que brindan los profesionales de Enfermería. Este artículo analiza las conceptualizaciones asociadas al uso de estándares en Enfermería y da a conocer los resultados de una investigación sobre el nivel de uso.

Algunos estudios realizados en Europa muestran problemas en la implementación como la variabilidad entre lo que plantea el modelo y lo que se realiza en la práctica, problemas en la realización con el diagnóstico de Enfermería y las intervenciones programadas (1). Una investigación realizada en Colombia concluye que la falta de tiempo durante el turno (OR: 6,53 IC 95% 1,41-30,26, p 0,022), dedicarse a la administración de medicamentos (OR: 11,57 IC 95% 1,172; 114,26, p: 0,037) y llevar más de 4 años en el ejercicio profesional (OR: 10,1 IC 95% 1,260; 79,33, p: 0,052) son factores determinantes para que no se implemente el Proceso de Enfermería (2). Duque en un estudio mixto demostró que la sobrecarga laboral y las múltiples tareas asignadas al profesional inflúan negativamente en la realización del proceso a pesar de existir el deseo de brindar un cuida-

do con calidad (3). Por otro lado, los modelos más utilizados en el país Vasco en la implementación del proceso enfermero para disminuir su resistencia al uso fueron el Modelo de Henderson, el sistema de Gordon y el Modelo Bifocal de Carpenito (4).

El objetivo general de esta investigación fue determinar los factores que se relacionan con el uso del Proceso de Enfermería y terminología clínica.

Para continuar es necesario determinar algunos conceptos claves. Para dar atención sanitaria es fundamental poder habilitar un proceso efectivo de comunicación. Las estructuras de lenguaje sanitario y su uso forman la base para todos los sistemas de información como el software para dar atención de salud efectiva. Una comunicación efectiva requiere que el emisor y el receptor de información compartan un marco de referencia común que permita la interacción. Los estándares proveen ese marco común promoviendo una uniformidad en la denominación de componentes del sistema de salud, ya sean objetos, diagnósticos, personas, e intervenciones, entre otras. La utilización de estándares también permite un mejor uso de los datos para el cuidado de la persona, la medición de la calidad, la investigación y la gestión.

El proceso de comunicación en informática de la salud ha sido plasmado como interoperabilidad, lo cual se ha definido por diversas instituciones entre ellas el NAHIT (National Alliance for Health Information Technology), que señala que: *“interoperabilidad es la comunicación entre diferentes tecnologías y diferentes aplicaciones de software, que permite el intercambio de datos en forma precisa, efectiva y consistente, y que permite el uso de la información intercambiada”* (5). Contar con estándares de terminologías permite el proceso de interoperabilidad y el manejo integrado armónico de los sistemas de información en salud. Dado que el lenguaje de la salud es extenso y complejo, el proceso natural del lenguaje (PNL) involucra el desarrollo de grandes léxicos, que necesitan ser representados en una forma legible para la computadora, como máquina que maneja sólo datos estructurados. Un lenguaje artificial en cambio, es un lenguaje creado para satisfacer un propósito específico y es más frecuentemente llamado una terminología (6).

En la terminología clínica se observa variaciones sutiles del lenguaje, al describir un mismo fenómeno dentro de un contexto de la atención sanitaria. Las diferencias son discernibles entre los diferentes tipos de servicios, ya sea desde la atención primaria hasta la atención de alta complejidad, o entre Unidades de un mismo hospital o sectores en un centro de salud. Lo anterior hace que la informatización de un lenguaje de salud sea un proceso complejo, ya que las computadoras no reconocen las diferencias culturales que cada profesional usa al escribir en el registro clínico en forma digital (las computadoras sólo reciben instrucciones a nivel de datos, necesitando de un ser humano para otorgar significado, contexto y explicación correcta).

Estudios realizados en Australia, Europa y otros lugares dan cuenta de que los sistemas de salud recolectan el 90% de su información en un formato no estructurado, por ejemplo, las no-



tas clínicas y sólo el 10% en un formato estructurado. Los datos estructurados son capturados más fácilmente en los sistemas informáticos; esta realidad de la no estructuración, ha sido un impedimento para la adopción de las TIC's en la industria sanitaria donde la gran mayoría de la información está basada en las comunicaciones de lenguaje natural, aspectos que están en vías de solución con sistemas de reconocimiento de texto libre en la forma de expresiones regulares a nivel digital (6).

Un sistema terminológico es un sistema de conceptos con designaciones estructuradas según las relaciones entre ellos. Éstos se ordenan en una clasificación; clasificar es la actividad de agrupar los elementos de información de acuerdo a atributos o propiedades comunes entre ellos. Un sistema de clasificación, es un sistema de organización temática del conocimiento en un gran esquema que trata de comprender o abarcar las distintas facetas conocidas del mismo. Es una disposición sistemática de fenómenos relacionados en grupos o clases basándose en las características en común. Las clasificaciones más conocidas en Enfermería son intervenciones y resultados esperados (NIC y NOC). A su vez, una taxonomía es una clasificación según relaciones naturales que se suponen entre tipos y subtipos; es un estudio teórico de la clasificación sistemática incluyendo sus bases, principios, reglas y procedimientos. La más conocida en Enfermería es la taxonomía NANDA.

Las terminologías son importantes porque: permiten una organización inequívoca de datos e información; habilitan la digitalización de información de la salud con el propósito de automatizar los datos e información que procesan para adquirir el conocimiento; normalizan una nomenclatura y facilitan la comprensión y tener lenguaje común; amplían el conocimiento, ya que facilitan la granularidad de la información; ayudan a la enseñanza de la toma de decisiones en estudiante; facilitan el desarrollo de sistemas de información de los cuidados sanitarios y permiten mantener un sistema informatizado con estructura y organización; y, por último, benefician al paciente por la continuidad de los cuidados (6).

En los sistemas terminológicos la codificación y los sistemas de la clasificación ayudan a estandarizar la recolección de información de la salud. CIE 10 es un ejemplo de ello, pero hay numerosas nomenclaturas relacionadas con la salud y sistemas de clasificación. Son ejemplos de estos sistemas, la Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC), las clasificaciones de resultados esperados (NOC), las taxonomías de diagnósticos de Enfermería NANDA; los diagnósticos de Campbell, y la clasificación comunitaria de cuidados (CCC). Cuando se hace referencia a estandarizar el dato clínico hay saber qué recoger (planificar la recogida de datos), cómo (aspectos técnicos, estándares de cuidados), porqué (para que se usará y cuando se considerará mal recogido o mal usado), y qué se hará para interpretar, usar, y reusar el dato. Esto requiere un lenguaje unificado de Enfermería, en la forma de una terminología clínica.

De esta manera, una terminología de Enfermería permite entregar una semántica estandarizada entre los profesionales; habilita la recogida y análisis de la información, documenta la

contribución, facilita la evaluación de los cuidados, favorece el desarrollo de sistemas electrónicos de información clínica y del registro electrónico del usuario, información significativa para la generación de políticas organizativas y públicas respecto a la atención sanitaria y entre otras facilita la enseñanza y la toma de decisiones clínicas a los estudiantes de Enfermería. Como se mencionó, las clasificaciones más usadas NANDA, NIC, NOC, reconocen la operacionalización del Proceso de Enfermería en un registro, sea este manuscrito o informatizado; si es que ya se ha valorado el perfil o perfiles de usuarios a los cuales se debe gestionar el cuidado. De esta manera se podrá proponer una trayectoria o vía clínica para pacientes con un determinado problema de salud o para aquellos grupos de pacientes que tienen diagnósticos de Enfermería relacionados. Esto es aplicable tanto a pacientes, como también a personas sanas, su familia y comunidad.

Demostrar la relación entre la taxonomía NANDA y las clasificaciones NIC y NOC, tiene un significado desde la ciencia de Enfermería, y poder usar los tres en conjunto facilita la comprensión. Se deben considerar las características sociodemográficas de las personas, su familia y comunidad, dependiendo de las políticas de las instituciones y de salud que pueden influir en la toma de decisiones, para un fin en común: la consecución de los resultados deseados con indicadores que se puedan medir y reflejar en un continuo *asistir con ciencia*.

A pesar de que en la segunda edición de Interrelaciones NANDA, NOC y NIC de Johnson, Bulechek, y colaboradores (7), no se relata alguna acepción significativa de las interrelaciones propias tales, sino que se cuenta con una valoración cabal de los usuarios, pueden ser sólo ordenamiento, sin un aporte significativo al avance de las teorías de rango medio, en Enfermería, favoreciendo la solidez del cuerpo de conocimientos. Al contar con las relaciones entre las tres taxonomías NNN, se podría hacer uso de deducciones investigativas y concluir algunas convergencias con otras taxonomías como CIPE, Omaha, y Campbell, que tienen un enfoque más simultáneo y menos totalitario del cuidado. En la actualidad y para las intervenciones anteriores, se han obtenido propuestas de uso fácil, accesible y práctico, sin embargo, la estandarización interrelacionada no reemplaza el juicio o pensamiento crítico del profesional de Enfermería.

El considerar la integración de las 3N en la práctica clínica, sirve como una orientación y guía, especialmente, para su uso en la enfermeras novatas que necesitan adquirir destrezas intelectuales para las interrelaciones, que las expertas evocan pudiendo generalizar algunas respuestas humanas compilando las 3N, inclusive relacionándolas. Esta interrelación debe permitir la evaluación clínica de los profesionales que la utilizan y para ello, la atemporalidad de la misma la hace versátil para cualquier escenario clínico y no se excluyen, según la necesidad del paciente el uso combinado de varias relaciones 3N al mismo tiempo. Aquí juega un papel importantísimo la experticia clínica de los/las enfermeros/as que tienden a usar con rapidez la interrelación manual o informatizada, haciendo uso ágil de las deducciones e inferencias clínicas que favorezcan la salud desde las personas junto a sus familias y comunidad.

**OBJETIVO**

El objetivo general de esta investigación fue determinar los factores que se relacionan con el uso del Proceso de Enfermería y terminología clínica.

**METODOLOGÍA**

En el año 2014 se desarrolló un estudio descriptivo correlacional cuya pregunta de investigación fue: ¿cuáles son los factores que se relacionan con el uso del Proceso de Enfermería y terminología clínica en enfermera/os del Colegio de Enfermeras de Chile? De un total de 3000 enfermeras, se seleccionó una muestra por conveniencia, de 186 enfermeras/os que dieron su consentimiento informado para contestar una encuesta, previamente validada en el 2006, de 30 preguntas cerradas y 4 abiertas, y con una alpha de Cronbach de 0,79 en aplicaciones anteriores en Chile, por Caballero E. y Becerra R. La encuesta se manejó en el sistema SurveyMonkey, con un enlace alojado en la página del Colegio de Enfermeras y estuvo disponible de marzo a junio de 2014. La encuesta indagó sobre los antecedentes sociodemográficos de los/las enfermeros/as, a saber, edad, género, estado civil, lugar de trabajo, área y servicio de desempeño, cargo actual, número de años de ejercicio profesional, modalidad de trabajo, número de pacientes que atiende, así también acerca de la formación en pregrado y postgrado en modelos y teorías en Enfermería, Proceso de Enfermería y terminología clínica. Las variables del estudio fueron: utilización del Proceso y terminología de Enfermería, carga laboral medida por el número de pacientes en atención en turno hospitalario, o atendidos en nivel primario de atención, conocimiento del uso del Proceso y terminología clínica, y existencia de un registro estandarizado para el uso del proceso. Los datos y análisis estadísticos fueron realizados en SPSS 21, se analizó estadística descriptiva e inferencial.

**RESULTADOS**

Este estudio permitió identificar el uso de las taxonomías de NANDA, NIC, y NOC en este grupo de enfermeros/as colegiados/as. De 186 enfermeros/as encuestados/as un 79% son mujeres, de entre 23 y 60 años, el promedio de años de desempeño laboral fue de 9 años. El 66% de las encuestadas trabaja en atención cerrada, 25% en atención abierta y 19% en docencia. El 66% trabaja en el sector privado; y el 60% cumple un rol clínico y atiende en promedio a 18 pacientes en cada turno y alrededor de 20 en box. Solamente un 2,3% no recibió formación de Proceso de Enfermería en su pregrado. Un 40% recibió enseñanza en las taxonomías NANDA, NIC y NOC y sólo un 40% contaba con un instrumento estandarizado de registro del Proceso de Enfermería en su servicio clínico o unidad. Un 59,8% de los/las enfermeros/as encuestados/as señala usar el Proceso de Enfermería en su desempeño profesional. Al preguntar por el uso de un sistema terminológico como NANDA Internacional I o NANDA Internacional II, Sistema Omaha, Sistema Campbell, Sistema CCC, Sistema Luney, un 61% declaró no usar ningún tipo de clasificación y un 39% indicó usar NANDA internacional (en sus taxonomías I y II). En las preguntas específicas del uso del Proceso y terminología de Enfermería 75, personas no respondieron; de las 11 que sí respondieron, un 6% considera manejar la taxonomía NANDA internacional II como experto, un 41,7 % señala conocerlas pero no usarlas. Estos porcentajes son muy similares a los que se observaron en cuanto al conocimiento y uso de las clasificaciones de NIC y NOC, donde el 41% y 43% respectivamente lo conoce pero no lo usa, como muestran los gráficos N° 1, N° 2 y N° 3. Las causas por las cuales Enfermería no utiliza el Proceso fueron la falta de un sistema de registro estandarizado (70,7%), la sobrecarga de trabajo (36,2%), la falta de tiempo (25,9%) y la falta de interés de los directivos de la institución.

Gráfico N°1. Distribución porcentual según conocimiento y uso de NANDA Internacional II (n=111).

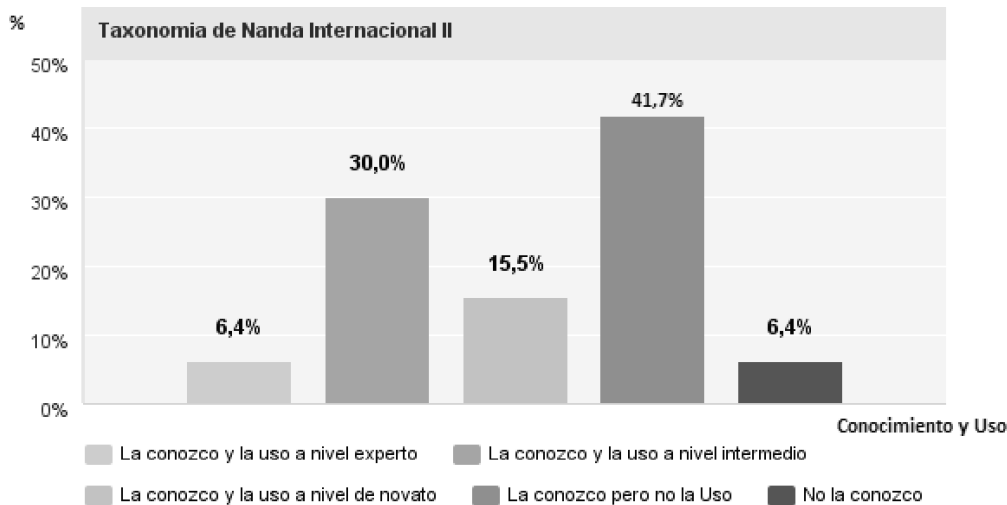


Gráfico N°2. Distribución porcentual según conocimiento y uso de clasificación NOC (n=111).

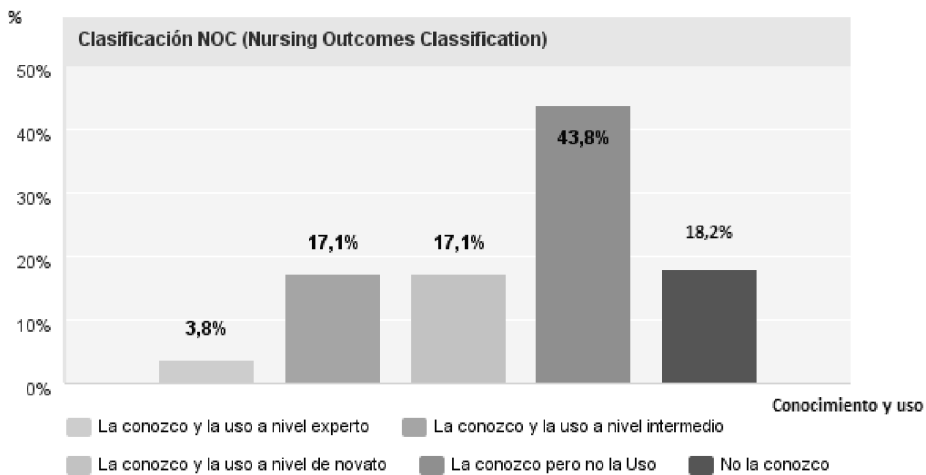
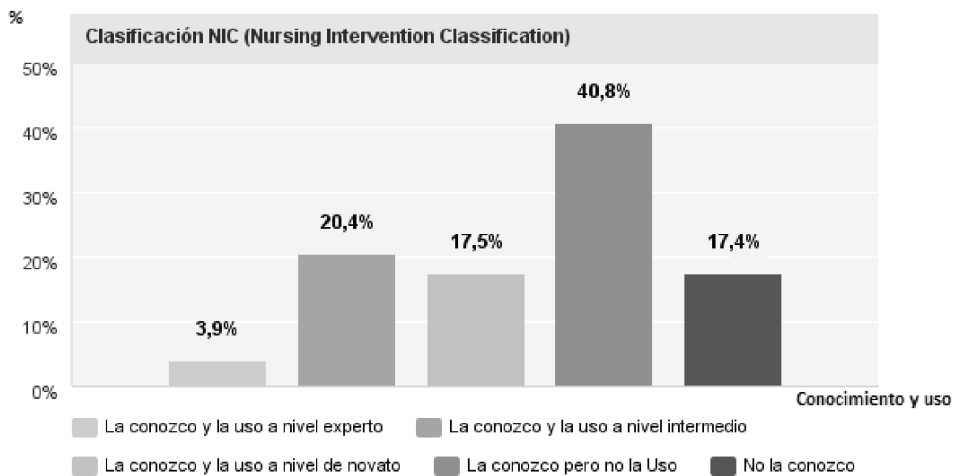


Gráfico N°3. Distribución porcentual según conocimiento y uso de clasificación NIC (n=111).



Al realizar la correlación de variables de los factores asociados al uso del Proceso, sólo fue significativo ( $p < 0,008$ ) la relación entre la existencia de un registro estandarizado y el uso del Proceso, siendo la correlación positiva débil. Lo que indica que en este grupo de estudio la existencia de un registro estandarizado en el lugar de trabajo aumenta la aplicación del Proceso Enfermero.

## DISCUSIÓN

Los resultados del estudio vinculados al uso de los sistemas estandarizados difieren de los encontrados en la literatura en Estados Unidos y son similares a los obtenidos en América Latina. Según Hahn (2014) la media de intervenciones realizadas en el cuidado domiciliario basados en el sistema de clasificación NIC fue de 4,7 en la primera visita a 6,1 en la segunda (8); a diferencia del bajo uso de los sistemas de clasificación declarados en este estudio. Del mismo modo, otra investigación realizada en Corea del Sur demuestra que sólo fueron realizadas 18 inter-

venciones (NIC) en los hogares de ancianos a diferencia de las 56,712 realizadas en Estados Unidos en el mismo período. Las diferencias encontradas entre ambos países demuestran que no sólo en Chile se encuentra esta problemática, sino que en otros países como Corea se observan comportamientos similares. Estudios previos del uso del Proceso de Enfermería de Becerra R. y Caballero E. en el año 2006, señalaban una falta de uso del Proceso de Enfermería, asociado a la falta de tiempo para el registro y sobrecarga de trabajo por el alto número de pacientes, sin embargo, no exploraron la relación entre el uso de la terminología clínica (3N) y la existencia de un registro estandarizado (9).

Una revisión de la literatura científica que se enfoca en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC/CIE) disponible entre enero de 1980 y enero de 2004 en Brasil, señala que son necesarios más estudios sobre esta taxonomía para generar nuevos conocimientos y contribuir al avance de la Enfermería brasileña (10). Con respecto a la falta de implementación del Proceso de Enfermería evidenciados en este estudio, los resul-

tados son similares a los encontradas por Gutiérrez (2009), en los cuales nota como causas más frecuentes la falta de tiempo y la sobrecarga de trabajo (2). A pesar de que se identifique al Proceso Enfermero como una herramienta que permite afianzar identidad y ganar autonomía, y que 82% de los encuestados perciba que éste influye en la calidad de la atención y el grado de utilización es muy bajo. El aporte más importante de este trabajo es la correlación entre la existencia de un sistema de registro estandarizado y el uso del Proceso de Enfermería. Una investigación realizada en Suiza demuestra que un sistema de documentación en Enfermería se relaciona favorablemente con el uso del Proceso de Enfermería (11). Esto es un tema que se debe seguir investigando en el contexto chileno: el desarrollo vertiginoso de las Tecnologías de la Información y Comunicación junto con la incorporación de sistemas de registros electrónicos pudiera tener un impacto favorable en la implementación y desarrollo del Proceso de Enfermería.

En las limitaciones de este estudio lo constituye la estrategia de muestreo.

Este tema se ha convertido en un área de importancia en el mundo de la Enfermería, lo que queda evidenciado en el discurso de la ceremonia de conmemoración del día internacional de la enfermera, pronunciado por Paola Pontoni Zúñiga, presidenta Nacional Colegio de Enfermeras de Chile en Santiago en mayo del 2014:

El aseguramiento de la calidad de los servicios con acceso a los servicios sanitarios de manera equitativa, y un servicio de Enfermería óptimo y que finalmente las personas se sientan satisfechas con la prestación de salud. Se necesita que las enfermeras usen el proceso de atención de Enfermería y otras evidencias de indicadores de calidad, las que permitirán asegurar la calidad de los cuidados que brindan a toda la red de atención de salud. Por ello se requiere evidenciar la aplicación de estándares, protocolos e instrumentos que se ajusten a la población que atienden (12).

## CONCLUSIONES

Los sujetos de este estudio demostraron poseer conocimientos y formación en el Proceso de Enfermería: sin embargo, tienen menor formación en terminología propia, especialmente NANDA; NIC y NOC, y no se consideran expertos/as en su uso. En la investigación realizada se observaron una serie de factores que influyen en el uso del Proceso de Enfermería y de un sistema de terminología clínica por parte de las enfermeros/as colegiados/as, entre los cuales se encontraron como causa principal la falta de un registro estandarizado, seguido por la sobrecarga de trabajo, la falta de tiempo y el bajo de interés de los directivos de la institución. Se recomienda realizar una profunda reflexión respecto al uso del Proceso de Enfermería, especialmente desde una mirada paradigmática, promover la actualización respecto a las taxonomías y clasificaciones propias y apoyar los procesos de informatización y estandarización de los registros de Enfermería.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. de Fátima LA, Rivero de Gutiérrez MG, Echer IC, Bottura Leite de Barros AL. Intervenciones de enfermería utilizadas en la práctica clínica de una unidad de terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2010 Oct [citado 28 May 2015]; 18 (5): 873-880. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692010000500006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000500006&lng=en).
2. Gutiérrez Lesmes O. Factores que determinan la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias de Villavicencio, Colombia, 2008. *Av.enferm*. [Internet]. 2009 Jul [citado 11 May 2015]; 27 (1): 60-68. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002009000100007&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002009000100007&lng=en).
3. Duque PA. Factores relacionados con la aplicabilidad del proceso atención de enfermería en una institución de salud de alta complejidad en la ciudad de Medellín, Colombia. *Rev Univ. Salud*. [Internet]. 2014 Jun [citado 28 May 2015]; 16 (1): 91-102. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-71072014000100009&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072014000100009&lng=en).
4. Huitzi-Egilegor J, Elorza-Puyadena MI, Urkia-Etxabe JM, Asurabarrena-Iraola C. Implementation of the nursing process in a health area: models and assessment structures used. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2014 Sep [citado 11 May 2015]; 22 (5): 772-777. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692014000500772&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000500772&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
5. National Alliance for Health Information Technology [Documento]. Newton [Massachusetts]: NAHIT; 2008. pp.10.
6. Caballero E, Hullin C. Introducción a la informática en salud. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2014.
7. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey Dochterman J, Maas M, Moorhead S, Swanson E. *Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
8. Hahn J. Using nursing intervention classification in an advance practice registered nurse-led preventive model for adults aging with developmental disabilities. *J Nur Scholarsh*. [Internet]. 2014 Sep [citado 11 May 2015]; 46 (5): 304-313. Disponible en: <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=2012697978&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMnLE80SeqLM4yOvsOLCmr02ep69SsKy4SbWWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGqrk6uqbJOUepfgeyx44Dt6fIA>
9. Caballero E, Becerra S. Grado de uso del proceso de enfermería. Informe investigación. [Informe interno]. Santiago de Chile: Escuela de Enfermería, Universidad Mayor; 2005.
10. Alves Napoleão A, Couto Machado Chianca T, Campos de Carvalho E, Barcellos Dalri MC. Análise da produção científica sobre a classificação das intervenções de enfermagem (NIC) de 1980 a 2004. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2006 Ago [citado 11 Mayo 2015]; 14 (4): 608-613. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692006000400020&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000400020&lng=en)

11. Bruylants M, Paans W, Hediger H, Müller-Stab M. Effects on the Quality of the Nursing Care Process Through an Educational Program and the Use of Electronic Nursing Documentation. *Int J of Nurs Knowl*. [Internet]. 2013 Oct [citado 11 May 2015]; 24 (3): 163-170. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=cf6091d2-fc74-412a-9b4a-f85a81ad5fc7%40sessionmgr4005&vid=11&hid=4206>
12. Pontoni Zuñiga P. Discurso de la Presidenta del Colegio de Enfermeras de Chile A.G. en la conmemoración día internacional de la Enfermera. [Internet]. 2014 [citado 12 May 2014]. Disponible en: <http://colegiodeenfermeras.cl/documento-de-enfermeria-destacado-el-discurso-de-la-presidenta-del-colegio-de-enfermeras-por-dia-de-la-enfermera-2014/>.



SECCIÓN 2

# Actualizaciones

# ROL DEL FISIOTERAPEUTA EN CUIDADOS PALIATIVOS Y EN PACIENTES AL FINAL DE LA VIDA.

ROLE OF THE PHYSIOTHERAPIST IN PALLIATIVE CARE AND WITH PATIENTS AT THE END OF LIFE.

PAPEL DO FISIOTERAPEUTA EM CUIDADOS PALIATIVOS E COM PACIENTES NO FIM DA VIDA.

**Kitty Löwensberg**

*Departamento de Ciencias del Movimiento Humano, Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, Universidad Católica del Uruguay. Montevideo, Uruguay.*

kittylowensberg@correo.ucu.edu.uy

## RESUMEN

El objetivo de esta revisión es analizar la función del fisioterapeuta en la atención de personas al final de la vida. Artículos relacionados al cuidado de personas en etapa avanzada de la enfermedad vinculan la asistencia del fisioterapeuta, fundamentalmente en el tratamiento analgésico, la quinesia respiratoria y el mantenimiento de las funciones motrices en el período final de la vida. Surge de este análisis la importancia de la formación específica del fisioterapeuta involucrado en Cuidados Paliativos.

**Palabras clave:** Fisioterapia, Fisioterapeuta, Rol Profesional, Cuidados Paliativos.

## ABSTRACT

The goal of this revision is to analyze the physiotherapist's role in caring for patients at the end of their lives. Other articles related to the caring of terminal patients focus on the analgesic treatment, respiratory techniques, and the maintenance of basic motors functions. This article shows the importance of specific training involved in palliative care.

**Keywords:** Physiotherapy, Physiotherapist, Role, Palliative Care.

## RESUMO

O objetivo desta revisão foi analisar a função do fisioterapeuta na atenção das pessoas no fim da vida. Artigos relacionados com cuidados às pessoas em etapa avançada da doença salientam a assistência do Fisioterapeuta, fundamentalmente, no tratamento analgésico, cinesioterapia respiratória e manutenção das funções motrices, no período final da vida. Essa análise revela a importância da formação específica do fisioterapeuta envolvido em Cuidados Paliativos.

**Palavras-chave:** Fisioterapia, Fisioterapeuta, Papel Profissional, Cuidados Paliativos.

## INTRODUCCIÓN Y DESARROLLO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Fisioterapia como: "arte y ciencia del tratamiento físico por medio de diferentes técnicas y aplicaciones", cuyo objetivo es aliviar el dolor, mejorar la circulación, prevenir y corregir discapacidades, así como contribuir a la recuperación máxima de la fuerza, motilidad y coordinación (1). Los tratamientos comprenden pruebas manuales y eléctricas para determinar la capacidad funcional, la amplitud del movimiento articular y las medidas de capacidad vital, así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución hacia el fin inexorable.

La World Confederation for Physical Therapy WCPT en 1999 define a la Fisioterapia, asignándole nuevos fines como desarrollar, mantener y restaurar el máximo movimiento y la habilidad funcional a lo largo de todo el ciclo de vida (2). El movimiento y la función están en el objetivo y el vínculo entre fisioterapeutas, pacientes, sus familias y sus cuidadores lo cual permite que se lleve a cabo la intervención. La OMS también define el concepto de Cuidados Paliativos: se trata de un enfoque de mejora de calidad de vida para personas cuya existencia está amenazada por la enfermedad, a la que la Fisioterapia lleva alivio del dolor y coadyuvan instancias dificultosas que aparecen en la última etapa de la vida (3). La Prof. Dra. Mabel Burger establece el fin de la vida como un proceso de deterioro fisiológico del ser humano que incluye a todos los sistemas del organismo; un proceso normal en el ser humano que se extiende hasta la muerte (4).

La Fisioterapia tiene un lugar propio en los Cuidados Paliativos, no sólo en pacientes oncológicos, sino también en portadores de enfermedades terminales neumológicas (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, fibrosis quística, tuberculosis), neurológicas (enfermedad de Duchene, esclerosis múltiple, esclerosis lateral, amiotrófica), HIV-SIDA y otras enfermedades autoinmunes, virales, bacterianas, hereditarias, congénitas y/o adquiridas. El objetivo de la Fisioterapia en Cuidados Paliativos, es el trabajo en equipo para tratar el dolor, prevenir las lesiones de piel, las complicaciones respiratorias y cardiovasculares, incentivar y mantener la actividad física autónoma mientras sea posible y una vez perdida, colaborar con el resto del equipo y con la familia en el cuidado del enfermo. Dentro de las capacidades del fisioterapeuta está mantener móvil las articulaciones, evitando rigideces articulares que dificultan en demasía la atención digna y correcta del enfermo (5). En el último tiempo de vida del enfermo, al igual que el resto del equi-



po, el fisioterapeuta debe tener gran empatía con el paciente y su entorno.

En el 8º Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos celebrado en La Coruña en el 2010, un grupo de investigadores de la Universidad de Granada sugiere que es de vital importancia que el/la fisioterapeuta dedicado/a a Cuidados Paliativos y terapia de fin de la vida tenga la formación específica en esta especialidad (6). En el estudio presentado en una comunicación de dicho congreso: "Efectos de un programa de formación en Cuidados Paliativos sobre el afrontamiento de la muerte", se llega a la conclusión que la formación en esta especialidad por parte de los fisioterapeutas: *"mejora en forma considerable el afrontamiento ante la muerte de los futuros profesionales de ciencias de la salud"* (6). Asimismo, en esta investigación se observó que 27 profesionales, que previamente no habían tenido formación en ese campo, una vez capacitados en la temática, mostraron un incremento en la calidad asistencial de los procesos de fin de vida (6).

En otro estudio, Eric Ries muestra la importancia que los pacientes internados en hospital-hogares para enfermos terminales otorgan al vínculo fisioterapeuta-paciente. Los fisioterapeutas también sienten este vínculo como algo especial (7). Expresan que si bien con pacientes terminales es limitado el uso de las herramientas y técnicas de la Fisioterapia, éstas adquieren un sentido especial para quienes la reciben. Para estos pacientes su objetivo ya no es la rehabilitación, sino que están interesados en situaciones puntuales: ser capaz de permanecer sentado fuera de la cama por más tiempo, comer, asearse y vestirse por sí mismo, poder caminar desde la cama al baño por sus propios medios y, no menos importante, liberarse del dolor por un lapso. En otro tipo de paciente, estas situaciones son sólo una etapa en el tratamiento; en pacientes terminales o al final de sus vidas, el planteo de estos objetivos, que parecen ser alcanzables en un tiempo relativamente corto, da otro sentido al tiempo que les queda de vida.

Los fisioterapeutas que colaboraron en este trabajo mencionan la importancia de sentirse preparados para la tarea desde el punto de vista psicológico y del conocimiento específico, pero también comentan acerca de la alegría que les da su función dentro del equipo, ya que se presentan nuevos desafíos cuando se enfrenta a pacientes que transitan el final de sus vidas. En estos desafíos, parece ser que la cuestión del tratamiento *piel a piel* y el involucramiento afectivo por ambas partes es muy decisivo, altamente valorado y representa para las dos partes un enriquecimiento personal muy positivo. El mismo autor comenta que la ley Medicare de los EEUU no obliga a incluir la Fisioterapia como un servicio básico de los hospital-hogares. La Fisioterapia es un servicio que estos centros pueden elegir ofrecer a sus pacientes, en base a la percepción y conocimiento en esos lugares (7).

Referido al rol del fisioterapeuta en los Cuidados Paliativos, de María Dolores Reboredo Redondas y colaboradores describe los diferentes problemas en Cuidados Paliativos y de qué

manera el fisioterapeuta está involucrado en ellos, pudiendo proporcionar la solución con sus herramientas (8). Así mejoran la sintomatología y la calidad de vida. Sería oportuno que el profesional sea criterioso para aplicar las técnicas correspondientes en la ocasión adecuada, teniendo en cuenta los objetivos propuestos, así como los cambios que van surgiendo. La Fisioterapia posee un extenso conjunto de técnicas que complementan los Cuidados Paliativos, tanto en la mejoría de la sintomatología como en la calidad de vida.

En la percepción de los pacientes con cáncer de pulmón avanzado ante los Cuidados Paliativos de la Fisioterapia, Ticiano Pinto Torre de Melo y colaboradores, mencionan los efectos de la misma y cómo éstos contribuyen a la reinserción del paciente para retomar las actividades de vida diaria, dirigiéndolos a nuevos objetivos (9). Asimismo, se observó que estos profesionales actúan con sus herramientas en un tratamiento multi-profesional. En el mencionado estudio cualitativo los pacientes manifestaron como respuesta a un cuestionario, qué era lo que sentían en relación al tratamiento de Fisioterapia. El estudio define los diferentes tipos de enfermos y sus problemas, que pueden ser muy disímiles, donde se incluyeron los siguientes temas:

- *"¿Cómo está su salud hoy?"*
- *"¿Cuándo comenzaron los primeros síntomas?"*
- *"¿Cuáles son los principales cambios en su modo de vida?"*
- *"¿Cuál es su opinión sobre la actuación de la Fisioterapia en su tratamiento?"*

El resultado destaca la actuación del fisioterapeuta, ya que trabaja en forma directa con el enfermo en una etapa en la que el dolor es el síntoma más frecuente y es causa de gran sufrimiento. El equipo de fisioterapeutas trata de entender al paciente y ayudarlo en la situación comprometida en la que se encuentra. Según estos autores, la Fisioterapia con su intervención puede minimizar los síntomas y promover el interés por la vida, contribuyendo a la independencia funcional dentro de las posibilidades de cada persona. Lo interesante de estas opiniones es que expresan aspectos positivos y necesarios del rol de los fisioterapeutas.

El papel de la Fisioterapia en los Cuidados Paliativos de pacientes con cáncer, de Fernando Carlos Iwamoto Marucci, describe la situación en la que se encuentra el fisioterapeuta al enfrentar un paciente en Cuidados Paliativos, situación para la cual no fue formado (10). Es una revisión bibliográfica sistemática, que trata sobre el manejo de las técnicas fisioterapéuticas dentro de los marcos éticos y filosóficos adecuados en la *asistencia a enfermos sin posibilidad de cura*, el fisioterapeuta interviene fundamentalmente aplicando métodos analgésicos, actuando en las complicaciones osteomioarticulares, beneficiando la función pulmonar, e incluyendo pacientes adultos y pediátricos con otras patologías.

El trabajo de Didier Marcant, Charles Henry Rapin describe los problemas que se presentan en Cuidados Paliativos y

cómo mejorarlos (11). Sugiere una mejor formación de los fisioterapeutas en aspectos específicos que tienen que ver con enfermedad terminal y muerte, así como cambiar las actitudes profesionales hacia la atención del paciente en el fin de su vida. De igual manera, hace hincapié en la importancia de informar del rol de la Fisioterapia en los Cuidados Paliativos a los gestores de servicios sanitarios y a los equipos de estos servicios. El trabajo se extiende además en explicar las diferentes técnicas que se usan específicamente en Cuidados Paliativos. Muestran aquí los autores su experiencia en el tema, mencionando un listado de maniobras y técnicas acotada y reducida a aplicar, cuidando mucho de satisfacer al paciente en sus necesidades.

El trabajo fue escrito hace más de veinte años; sin embargo, se reconoce su vigencia. Los autores describen la experiencia en un centro geriátrico, en el cual se llevó a cabo un programa de Fisioterapia para pacientes en etapa final de la enfermedad, allí se observó los beneficios tanto desde el punto de vista físico como funcional. El programa consistió en el uso de técnicas fisioterapéuticas sencillas, que en cada sesión, se adaptaran a las necesidades del paciente. Los resultados mostraron el control del dolor, la mejora de las actividades de vida diaria, en especial la mejora de la marcha, así como la relajación muscular y los cambios de ambiente (cama del paciente en su habitación versus ejercicios adecuados al aire libre). Con esto influyeron en optimizar la calidad de vida en la última etapa, mejorando además la relación con los familiares y entre sus pares.

Tabla 1

Tratamientos provistos por el fisioterapeuta en 84 enfermos con cáncer avanzado			
Tratamiento	Síntoma objetivo	Prevalencia (%)	Tipos de terapia
Respiratorio	Disnea	52	Reeducación respiratoria
Analgesia	Dolor	52	Técnicas manuales Electroterapia
Autonomía	Inmovilidad	41	Técnicas de reeducación
	Incontinencia	35	
Relajación	Debilidad	52	Técnicas centrales o periféricas
	Depresión	38	
	Ansiedad	24	

Fuente Marcant D, Rapin CH (1993). Traducción libre.

**CONSIDERACIONES FINALES**

Además de mantener la integridad psicológica y física del paciente y su familia, también es menester mantener la salud mental del equipo de salud. Para eso, la bibliografía encontrada

indica la importancia de la formación de los profesionales en la asistencia de personas en el final de su vida. Se percibe que existe un área común al trabajar con personas que enfrentan el fin de su vida cargando solamente con el deterioro natural de sus sistemas y órganos y con personas que enfrentan el fin de su vida en medio de una patología invalidante y agresiva. Esta área común puede incluir situaciones que generan grandes angustias, deterioros rápidos, limitaciones graves que aumentan la depresión ya existente. Incluye la atención afectiva que se le da al paciente y que él entiende que recibe. Para el fisioterapeuta implica una carga afectiva importante, quien debe mantener la distancia óptima y la neutralidad cordial y, a su vez, necesita ser respaldado y contenido.

Las intervenciones más habituales de los fisioterapeutas se hacen directamente con las manos, en especial al manejar las técnicas quinésicas y la relajación muscular. Son todas técnicas que se extienden en el tiempo y que, además de cumplir con los objetivos previstos para la etapa que se transita, tienen la virtud de acercar tanto en forma física como emocional a los dos actores en ese momento: paciente y fisioterapeuta. En Cuidados Paliativos y en el período al final de la vida, el TENS resulta muy efectivo para la analgesia, ya que es muy bien tolerado, tanto en adultos como en niños, por lo que resulta ser casi el único representante de la electroterapia. En este período, el fisioterapeuta suele transformarse en un receptor de confianzas porque su trabajo incluye tratamientos *piel a piel* al colocar sus manos sobre el cuerpo del paciente. Al usar alguna de las técnicas clásicas de la Fisioterapia como masaje, movilización, apoyo, relajación muscular, sostén en los traslados y en la marcha, ese vínculo le da al tratamiento del fisioterapeuta un alto valor de intimidad. Se agrega así el involucramiento afectivo por ambas partes que es muy decisivo, altamente valorado y representa para las dos partes un enriquecimiento personal muy positivo.

De la bibliografía consultada, el artículo de Eric Reis parece acercarse al tema de manera más precisa. Reis describe experiencias propias y desarrolla los pensamientos que se generan en esas circunstancias. Quizás lo más importante es que expresa la importancia del vínculo del fisioterapeuta con el enfermo en fase terminal de la enfermedad y sus efectos. La intervención de la Fisioterapia en pacientes al fin de su vida, ya sea aquellos en Cuidados Paliativos o aquellos en los que el devenir de la vida ha recortado sus posibilidades de autocuidado y de relacionarse adecuadamente con los que los rodean, colabora en llegar a cumplir con objetivos concretos:

- Combatir el dolor
- Optimizar la función respiratoria
- Mejorar la situación motriz
- Mantener la deambulación en lo posible

Cumplir estas metas, aun en forma parcial, causa satisfacción en el enfermo, colabora en disminuir el dolor mediante técnicas no invasivas y mejora los vínculos interpersonales con los allegados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Comité de expertos de la OMS en rehabilitación médica: segundo informe. Ginebra: OMS; 1969. Serie de Informes Técnicos: 419. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_419\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_419_spa.pdf)
2. El arte de ser fisioterapeuta Blog [Internet]. [s.n]: Mundo fisioterapia. 2013 Sep – [citado 22 May 2015]. Disponible en: <https://mundofisioterapia.wordpress.com/>
3. Palliative care is an essential part of cancer control. World Health Organization. [Internet]. [actualizado 2015; citado 11 May 2015]; [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative>
4. Pérez Tamayo R. El final de la vida. Revista Letras libres. [Internet]. 2008 Ene [citado 15 May 2015]; 24-29. Disponible en: <http://www.letraslibres.com/revista/convivio/el-final-de-la-vida>
5. ¿Qué es el envejecimiento activo? Bilbao: Gobierno Vasco, 2011 [Internet]. [citado 22 May 2015]. Disponible en: <http://www.envejecimientoactivo2012.net/Menu29.aspx>
6. Schmidt-Rio Valle J, Montoya - Juárez R, Campos-Calderón CP, García-Caro MP, Prados-Peña D, Cruz-Quintana F. Efectos de un programa de formación en Cuidados Paliativos sobre el afrontamiento de la muerte. Medicina Paliativa. [Internet]. 2012 [citado 11 May 2015]; 19 (3): 113-120. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.proxy.timbo.org.uy:443/science/article/pii/S1134248X11000127>
7. Reis E. A Special place: physical therapy in hospice and palliative care: this undeserved practice area alive with possibilities and opportunities. Revista PT Magazine of Physical Therapy. Mar 2007; 15 (3): 42.
8. Redondas MD, Medina Muñoz MI, Martínez Herrás I. El papel del fisioterapeuta en los Cuidados Paliativos. Jornadas de Fisioterapia. Madrid: Hospital Universitario Severo Ochoa. [Internet]. s.f. [citado 15 May 2015]. [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.jornadasdefisioterapia.info/jornadas/2014/finish/7-4a-jornada/99-cartel-el-papel-del-fisioterapeuta-en-los-cuidados-paliativos>
9. Pinto Torres de Melo T, de Oliveira Maia EJ, de Araujo Magalhães CB, Correia Nogueira I, Aguiar Pessoa Morano MT, Silva Araújo FC, et al. La percepción de los pacientes con cáncer de pulmón avanzado ante los Cuidados Paliativos de los cuidados de la fisioterapia. Revista Brasileira de Cancerología. [Internet]. 2013 [citado 19 May 2015]; 59 (34): 547-553. Disponible en: [http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_59/v04/pdf/08-artigo-percepcao-dos-pacientes-portadores-neoplasia-pulmonar-avancada-diante-dos-cuidados-paliativos-fisioterapia.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v04/pdf/08-artigo-percepcao-dos-pacientes-portadores-neoplasia-pulmonar-avancada-diante-dos-cuidados-paliativos-fisioterapia.pdf)
10. Iwamoto Marcucci FC. O papel da Fisioterapia nos Cuidados Paliativos a pacientes com câncer. Revista Brasileira de Cancerología. [Internet]. 2005 [citado 19 May 2015]; 51(1): 66-77 Disponible en: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_51/v01/pdf/revisao4.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v01/pdf/revisao4.pdf)
11. Marcant D, Rapin CH. Role of the physiotherapist in palliative care. J Pain Symptom Manage. [Internet]. 1993 [citado 17 May 2015]; 8 (2): 68-71. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.proxy.timbo.org.uy:443/science/article/pii/0885392493901022>
12. Rodríguez Martín CR, López Liria R, Cela Pérez Rodríguez R. La esperanza en el final de la vida. Gerokomos. [Internet]. 2008 [citado 22 May 2015]; 19 (3): 129-134. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v19n3/128rincon.pdf>



SECCIÓN 3

# Eventos Académicos

## EVENTOS DE INTERÉS ACADÉMICO

El Centro de Extensión e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, invita al “Simposio Latinoamericano en mejores prácticas para la prevención del daño de la piel-sipiela” el 23 y 24 de julio de 2015. Información en <http://www.enfermeria.unal.edu.co/sipiela/index.html>

El 16 y 17 de Julio de 2015 se llevará a cabo el “2º Encuentro y congreso opción Médica” en Montevideo, Uruguay. Organizan este evento por Medicina el Dr. Edison Romero Galván y por Enfermería el Dr. Augusto Ferreira. Inscripciones por el teléfono 29158911 o por email: [opmedica@gmail.com](mailto:opmedica@gmail.com)

VII Edición del Máster en “Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud 2015/2016” de la Universidad de Huelva .Los plazos para realizar la preinscripción son del 15 de mayo al 15 de septiembre de 2015.  
Por más información: <http://www.uhu.es/mastermics/>

Cursos de la escuela andaluza de Salud Pública impartido en la EASP. Curso del 2015: “Evaluación de tecnologías sanitarias. Nivel básico”. Modalidad Virtual de 45hs.  
Inscripciones hasta el 20 de julio de 2015.  
Por más información: <http://www.easp.edu.es/ProgramaDocente/>

Jornadas de enfermería en la Intendencia Municipal de Montevideo. Ronda COCEMI XXIV el 22 y 23 de octubre del 2015.  
Por más información: <http://www.cocemi.com.uy/>

La XIII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería (XIII CIENF) promovido por la ALADEFE / UDUAL se llevará a cabo en Río de Janeiro de 4 al 8 de septiembre de 2015.  
Por más información: <http://www.aladeferio2015.net.br/>

# Normas Editoriales

# NORMAS EDITORIALES

La Revista Enfermería: Cuidados Humanizados es editada como publicación oficial de la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud de la Universidad Católica del Uruguay para la difusión del conocimiento de la Enfermería y disciplinas afines a nivel nacional e internacional.

La Revista solo acepta para su publicación artículos inéditos, reservándose los derechos exclusivos para la publicación de los trabajos seleccionados.

Los conceptos, juicios y opiniones contenidos en los artículos serán de responsabilidad de los autores.

## Formato y envío de los trabajos

- Los escritos se realizarán en letra CAMBRIA tamaño 12, interlineado 1,5, con margen de 3 cm. en toda la página. Los anexos, las tablas, fotos u otras figuras, irán al final del cuerpo del trabajo.

- La extensión del texto tendrá como máximo: 12 páginas en el caso de artículos de actualizaciones y reseñas, 20 páginas para investigaciones, 10 páginas para avances de investigaciones en curso y 2 páginas para otras publicaciones.

- Se enviará el trabajo al Consejo Editorial de la Revista al correo electrónico [enfucuidadoshumanizados@ucu.edu.uy](mailto:enfucuidadoshumanizados@ucu.edu.uy), en formato Word, para la revisión del mismo a doble ciego.

- En caso de existir conflictos de intereses de algún tipo los autores deben informarlo a las autoridades de la Revista.

## Normas para autores

Trabajos que se podrán presentar y normas exigidas:

### - Artículos originales

Se compondrán de título, resumen Y PALABRAS CLAVE en español, inglés y portugués; cuatro palabras clave basadas en los Descriptores en Ciencias en la Salud (<http://deCs.bvs.br/E/homepagee.htm>) introducción; material y método; resultados; discusión; conclusiones; referencias bibliográficas.

### - Otros trabajos a presentar

Pueden también publicarse artículos relacionados con aspectos metodológicos del proceso de investigación, proyectos de intervención, aplicación de resultados de investigaciones, reflexiones o análisis que se relacionen con el proceso de producción científica, avances de investigación en proceso, actualizaciones sobre un tema de interés para el colectivo profesional, novedades de eventos relacionados al área de interés de la Revista.

Pueden enviarse cartas al Director y notas cortas con un máximo de 2 páginas en las que se viertan opiniones sobre trabajos publicados o comentarios que se relacionen con la Revista.

## Guía de organización para trabajos de investigación

- Cada sesión irá en hoja separada.

- Título: Debe ubicarse en la primer página, debe ser concreto reflejando lo que contiene el trabajo, con letra mayúscula (en español, inglés y portugués), con no más de 15 palabras, las que preferentemente incluirán los descriptores. Nombre completo de autor/es. En el pie de página y con números debe colocarse: organización institucional a la que pertenece, país, y correo electrónico del autor principal.

- Resumen: Se enviará en idioma español, inglés y portugués. Debe contener objetivos, metodología, resultados, conclusiones y palabras clave, en un máximo de 250 palabras escritas.

- Introducción: Debe contener, al menos: a) Problema donde describe la problemática específica de estudio de la investigación y como se abordará. Formulación del qué y porqué de la investigación; b) Revisión de antecedentes, que justifica el trabajo de investigación, con las citas que dan reconocimiento de estudios anteriores que se relacionan específicamente con el trabajo; c) Objetivos, enunciado formal del fin que se persigue.

- Material y Método: Paradigma al que se ajusta la investigación, universo, selección de la muestra, instrumentos y procedimientos utilizados, proceso de recolección y análisis de los datos, describiéndolos con precisión. Cuando la investigación involucre seres humanos, indicar si se obtuvieron las autorizaciones y normas éticas establecidas por un comité de ética.

- Resultados: Deberán presentarse con un orden lógico y tener un análisis estadístico satisfactorio (si corresponde). Si se incluyen tablas o gráficos, deberán adjuntarse en hojas separadas, numeradas, y tituladas expresando concisa y claramente su contenido, incluyéndolos solo si se justifican para aclarar la exposición del dato.

- Discusión: Se confronta sobre la base de los objetivos y resultados y se compara con la evidencia existente sobre el tema. Agregue especialmente los aspectos nuevos que emergen del estudio.



- Conclusión: Solo se debe expresar el nivel de logro de los objetivos propuestos, las posibilidades de generalización, las limitaciones del estudio y las recomendaciones o proyecciones.

- Referencias bibliográficas: Solo se referencia aquello citado en el cuerpo del artículo. Se sugiere no menos de 15 referencias, en su mayoría con no más de 5 años de publicadas. Se debe utilizar el estilo "de Vancouver", según el cual las referencias deben citarse en el texto con números consecutivos, entre paréntesis, de acuerdo a su aparición. Por mayor información consultar el documento en el sitio web:

[http://library.vcc.ca/downloads/VCC\\_VancouverStyleGuide.pdf](http://library.vcc.ca/downloads/VCC_VancouverStyleGuide.pdf)

### Modelo de citas en el texto

Se deben realizar las referencias bibliográficas al final, de la siguiente manera:

a) Artículos de revistas de autores individuales. Se escribirán los apellidos e iniciales de los primeros seis autores y si son más, se añadirá la expresión "...et al."

Ejemplo:

Medrano M.J, Cerrato E, Boix R, Delgado-Rodríguez M. Factores de riesgo cardiovascular en la población española: metaanálisis de estudios transversales. *Med Clin (Barc)*. 2005; 124(16): 606-12.

b) Libros. Se incluirán los apellidos e iniciales de todos los autores (editores, compiladores, etc.) o nombre de una entidad; título, número de edición, lugar de publicación, editorial y año. Si procede se agregan los números de volumen y páginas consultadas, serie y número de serie.

Ejemplo:

Balderas, M. Administración de los servicios de Enfermería. 4ªed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2005.

c) Otros materiales: Se deben seguir las indicaciones para citar un libro, especificando procedencia (autores o institución), título, denominación del material, sitio de elaboración o emisión y fecha.

d) Materiales de Internet:

Ejemplo de Revistas de Internet:

Francés I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. En *Sisa. Sanit. Navar*. [Revista en internet] 2003 setiembre-diciembre [acceso 19 de octubre de 2005]; 26 3. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis.html>

Ejemplo de Bases de Datos:

Cuiden [base de datos en internet]. Granada: Fundación Índex

[actualizada en abril 2004; acceso 19 de diciembre de 2005]. Disponible en: <http://www.doc6.es/index>

Ejemplo de Ley:

Colombia. Ley nº 266, del 25 de enero de 1996. Reglamentación de La Profesión Enfermería en Colombia. Diario Oficial Nº 42710, 5 de febrero de 1996.

Ejemplo de un Organismo:

Consejo Internacional de Enfermeras. Modelos para el siglo XXI. Ginebra; 2002.

e) Fuentes inéditas, resúmenes, trabajos presentados en conferencias, congresos o simposios, no se consideran referencias apropiadas por lo que, si es absolutamente necesario citar fuentes inéditas difíciles de conseguir, se pueden citar en el texto entre paréntesis o como notas a pie de página.

Cualquier duda sobre la forma de presentar las referencias en el texto y la lista final de referencias consultar en: International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journal: writing and editing for biomedical publication en: [www.icmje.org](http://www.icmje.org)

### Autoría

Sólo deben constatar como autores quienes hayan tomado parte en el trabajo de manera suficiente como para responsabilizarse públicamente del contenido.

Cuando se envía un manuscrito se requiere que se adjunte hoja de Declaración de responsabilidad del autor y derechos de autor confirmando que el trabajo es inédito, que no ha sido publicado anteriormente en formato impreso o electrónico y que no se presentará a otro medio antes de conocer la decisión de la revista. Además de la transferencia de derechos de autor a la Revista Enfermería: Cuidados Humanizados.

### Sistema de Evaluación y Arbitraje

El Consejo Editorial de la Revista recibe los trabajos de parte de los autores, los procesa evaluando que los mismo cumplan con los requisitos formales de presentación descritos anteriormente. A continuación, los envía al menos a dos pares evaluadores, uno nacional y otro internacional. Puede otorgarse la aceptación de la investigación, la aceptación con sugerencias o el rechazo de los artículos. Estos resultados serán informados oportunamente al autor principal, a través de un correo electrónico, de parte del editor responsable.

### Consideraciones éticas

La Revista Enfermería: Cuidados Humanizados adhiere a los principios éticos universales como el contribuir al bien común con los aportes que la revista realice a la sociedad y en particular al conocimiento de la disciplina, igualdad de

oportunidades de publicar artículos en igualdad de condiciones que cumplan con la normativa establecida previamente.

Rechaza cualquier tipo de discriminación individual o grupal, protege la discreción y confidencialidad al mantener en reserva el nombre de los autores de los trabajos recibidos, el nombre de los pares y los artículos seleccionados para la publicación, veracidad de la información otorgada y transparencia en todas

las etapas del proceso de selección y publicación de los artículos seleccionados. La Revista Enfermería: Cuidados Humanizados asume que cada investigación a publicar ha cumplido previamente el requisito de ser evaluada por el respectivo comité de Ética, quedando de tal forma claramente estipulado el procedimiento utilizado para obtener el consentimiento informado. De este modo existe constancia que se aseguró el anonimato y la confidencialidad de las personas involucradas en la investigación.

## DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL AUTOR Y DERECHOS DE AUTOR

### I) RESPONSABILIDAD DEL AUTOR

TÍTULO COMPLETO DEL ARTÍCULO EN LA LENGUA EN QUE HA SIDO ESCRITO

---

---

El (los) autores(es), que en la parte inferior de este documento firma(n), DECLARA

- El contenido es original, no ha sido publicado ni está siendo considerado para ser publicado en otra revista, ya sea en formato papel o electrónico.
- El (los) autor(es) cumple(n) los requisitos de AUTORÍA mencionados en este documento.
- El comité editorial no tiene responsabilidad alguna por la información de este artículo.

#### Firma del (los) autor(es)

Firma \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### II) TRANSFERENCIA DE DERECHOS DE AUTOR

Declaro que en caso de aceptación del artículo, estoy de acuerdo en que los derechos de autor sean transferidos a la Revista Enfermería: Cuidados Humanizados, por lo tanto no se autoriza la reproducción total o parcial en cualquier otra parte o medio de divulgación impresa o electrónica, sin la autorización previa.

Firma del (os) autor (es).

---

Fecha:

---

## EDITORIAL GUIDELINES

The journal *Enfermería; Cuidados Humanizados* is published as an official publication of the Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud of the Universidad Católica del Uruguay, for the dissemination of knowledge in nursing and related disciplines nationally and internationally.

The journal accepts only original articles for publication, and reserves the exclusive rights to publish selected papers.

The concepts, judgments and opinions contained in the articles are the responsibility of the authors.

### Manuscript requirements

- The letter written CAMBRIA will be in size 12, line spacing 1.5, margin of 3 cm. across the page. The annexes, tables, pictures or other figures, appear at the end of the body of work.

- The text should not have more than 12 pages for updates of articles and reviews, 20 pages for research, 10 pages for current research advances and 2 pages for other publications.

- Ships work to the Editorial Board of the Journal to email [encuidadoshumanizados@ucu.edu.uy](mailto:encuidadoshumanizados@ucu.edu.uy), in Word format, to the revision of the double-blind.

- If there are conflicts of interest of any authors should notify the authorities of the Journal.

### Guidelines for authors

The journal accepts the following types of manuscripts:

#### - Original articles

They consist of title, summary and Keywords Descriptors, in English, Spanish and Portuguese, four based on keywords Descriptors in Health Sciences (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>) introduction, material and methods, results; discussion, conclusions, references.

#### - Other works to present

They can also publish articles related to methodological aspects of the research process, intervention projects, application of research findings, reflections or analyzes that relate to the process of scientific, research advances in process, updates on a topic of interest to the professional group, news of events related to the area of interest of the journal. Letters may be sent to the Director and short notes with a maximum of two pages that are discharged published reviews or comments that relate to the Journal.

### Guide for research organization

- Each session will be on a separate sheet.

- Title: Must be placed on the first page, it must reflect what is in concrete work, in capital letters (in English, Spanish and Portuguese), with no more than 15 words, which preferably include descriptors. Full name of author / s. In the footer and numbers should be placed: institutional organization to which they belong, country and email.

- Summary: Ships in Spanish, English and Portuguese. It should contain objectives, methodology, results, conclusions and key words, in a maximum of 250 words written.

- Introduction: Must contain at least: a) Problem which describes the specific problems of research and study and will be addressed. Formulation of the what and why of research, b) background check, which justifies the research, with quotations that give recognition to previous studies that relate specifically to the work; c) Objectives, formal statement of the purpose intended .

- Methods: paradigm that fits the research universe, sample selection, instruments and procedures used, the process of collecting and analyzing data, describing them accurately. When research involving humans, indicate whether permits were obtained and ethical standards set by an ethics committee.

- Results: should be presented in a logical order and have a satisfactory statistical analysis (if applicable). The analysis of the data should be related to the problem, the objective variables and assumptions of the study. If you include tables or graphs should be attached on separate sheets, numbered and titled concise and clearly expressing its content, including them only if justified to clarify the data exposure.

- Discussion: faces based on the objectives and results and compared with the existing evidence on the subject. Add especially new issues that emerge from the study.

- Conclusion: One should express the level of achievement of the objectives, the generalizability, limitations of the study and the recommendations or projections.

- References: Only that reference cited in the article body. We suggest no less than 15 references, mostly with no more than five years of publication. You should use the style "Vancouver", whereby references should be cited in the text by consecutive

numbers in brackets according to their emergence. For more information see the document on the website:  
[http://library.vcc.ca/downloads/VCC\\_VancouverStyleGuide.pdf](http://library.vcc.ca/downloads/VCC_VancouverStyleGuide.pdf)

### Model of citations in the text

Carry out the references at the end, as follows:

a) Journal articles by individual authors. They write the names and initials of the first six authors and if more is added to the expression ... "et al."

Example:

Medrano MJ, Cerrato E, Boix R, Delgado-Rodriguez M. Cardiovascular risk factors in the Spanish population: metaanalysis of cross-sectional studies. *Med Clin (Barc)*. 2005, 124 (16): 606-12.

b) Books. Should include the surnames and initials of all authors (editors, compilers, etc..) Or an entity name, title, edition number, place of publication, publisher and year. Possibly added volume numbers and pages viewed, number and serial number.

Example:

Balderas, M. Administration Nursing services. 4th ed. Mexico: American Mc Graw Hill, 2005.

c) Other materials should follow signs to cite a book, specifying source (author or institution), title, description of material, site preparation or issuance and date.

d) Internet Materials:

Internet Magazines Example:

French I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Psicocognoscitiva stimulation in dementia. In Sisa. *Sanit. Navar*. [Online journal] September-December 2003 [accessed 19 October 2005], March 26. Available at: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis.html>

Database Example:

Take care [online database]. Granada: Index Foundation [updated in April 2004; access December 19, 2005]. Available at: <http://www.doc6.es/index>

Example of Law:

Colombia. Law n ° 266, of January 25, 1996. Nursing regulation of the profession in Colombia. Official Gazette No. 42710, February 5, 1996.

Example of an Agency:

International Council of Nurses. Models for the XXI century. Geneva 2002.

e) Unpublished, abstracts, conference papers, conferences and symposia, are not considered appropriate referrals so if you

absolutely must cite unpublished sources hard to find, can be cited in the text in brackets or footnotes page.

Any questions on how to provide the references in the text and the final list of references at: International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journal: writing and editing for biomedical publication in: [www.icmje.org](http://www.icmje.org)

### Authorship

One should note how authors who have taken part in the work sufficiently to publicly take responsibility for the content.

When sending a manuscript is required to be attached sheet Statement of the author and copyright confirming that the work is original, has not been published previously in print or electronic format and will not be submitted to another medium before meeting the decision of the magazine. In addition to the transfer of copyright to the Journal *Enfermería: Cuidados Humanizados*.

### Evaluation System and Arbitration

The Editorial Board of the Journal receives papers from authors, evaluating processes that meet the same formal filing requirements described above. Then send them to at least two peer reviewers, one national and one international. May be granted acceptance of research, with suggestions acceptance or rejection of articles. These results will be reported promptly to the principal author, through an email, from the publisher.

### Ethical Considerations

The Journal *Enfermería: Cuidados Humanizados* adheres to universal ethical principles as contribute to the common good with the contributions made to the magazine society and in particular the knowledge of the discipline, equal opportunities to publish articles on equal terms that meet predetermined rules.

Rejects any individual or group discrimination, protects the confidentiality and discretion withhold the names of the authors of the papers received, the name of the couple and the articles selected for publication, accuracy of the information provided and transparency in all stages of the selection process and publication of selected articles. Magazine *Nursing: Care Humanized* research assumes that each post after fulfilling the requirement to be evaluated by the appropriate ethics committee, being so clearly stipulated the procedure for obtaining informed consent. Thus there is evidence that ensured the anonymity and confidentiality of the people involved in the investigation.

# RESPONSIBILITY STATEMENT OF THE AUTHOR AND COPYRIGHT

## I) RESPONSIBILITY OF THE AUTHOR

FULL TITLE OF ARTICLE IN THE LANGUAGE IT WAS WRITTEN

---

---

The author (s) (s), that at the bottom of this document signature (n) states:

- The content is original, has not been published or is being considered for publication in another journal, either in paper or electronic format.

- The author (s) (s) meet (s) the criteria for authorship mentioned herein.

- The editorial board has no liability for the information in this article.

Signature \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## II) TRANSFER OF COPYRIGHT

Declare that in case of acceptance of the article, I agree that the copyright is transferred to the journal Nursing: Care Humanized therefore not reproduced in whole or in part in any form or means of printed or electronic disclosure without prior authorization.

Signature of author (s).

---

Date:

---

## NORMAS EDITORIAIS

The Journal Enfermería: Cuidados Humanizados is published as an official publication of the College of Nursing and Health Technologies at the Catholic University of Uruguay for the dissemination of knowledge in nursing and related disciplines nationally and internationally.

The journal accepts only original articles for publication, and reserves the exclusive rights to publish selected papers.

The concepts, judgments and opinions contained in the articles are the responsibility of the authors.

### Formato dos trabalhos

- A letra escrita CAMBRIA será no tamanho 12, espaçamento entre linhas 1,5, margens de 3 cm. através da página. Os anexos, tabelas, figuras ou outras figuras, aparecem no final do corpo de trabalho.

- O texto não deve ter mais de 12 páginas por atualizações de artigos e resenhas, 20 páginas para a pesquisa, 10 páginas para os avanços das pesquisas atuais e duas páginas para outras publicações.

- Enviado trabalhar para o Conselho Editorial do Jornal de enviar e-mail [enfciudadoshumanizados@ucu.edu.uy](mailto:enfciudadoshumanizados@ucu.edu.uy), em formato Word, para a revisão do duplo-cego.

- Se houver conflitos de interesse de todos os autores devem notificar as autoridades do Jornal.

### Normas para autores

Trabalhos que podem ser apresentados e exigidos padrões:

#### - Artigos Originais

Eles consistem de título e resumo em Inglês, Espanhol e Português, com base em palavras-chave quatro Descritores em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>) introdução, material e métodos, resultados; discussão, conclusões, referências.

#### - Outros trabalhos para apresentar

Eles também podem publicar artigos relacionados a aspectos metodológicos do processo de pesquisa, projetos de intervenção, a aplicação dos resultados da investigação, reflexões e análises que se relacionam com o processo de avanços científicos, pesquisas em processo, atualizações sobre um tema de interesse para o grupo profissional, notícias de eventos relacionados com a área de interesse da revista. Cartas podem ser

enviadas para o director e notas curtas com um máximo de duas páginas que são descarregadas comentários publicados ou comentários relacionados com o jornal.

### Guia para organização de pesquisa

- Cada sessão será em uma folha separada.

- Título: deve ser colocado na primeira página, deve refletir o que é no trabalho concreto, em letras maiúsculas (em Inglês, Espanhol e Português), com não mais de 15 palavras, que de preferência incluem descritores. Nome completo do autor / s. No rodapé e números devem ser colocados: organização institucional a que pertencem, país e-mail.

- Resumo: Navios em Espanhol, Inglês e Português. Ele deve conter objetivos, metodologia, resultados, conclusões e palavras-chave, em um máximo de 250 palavras escritas.

- Introdução: Deve conter pelo menos: a) um problema que descreve os problemas específicos de pesquisa e estudo e serão abordados. Formulação da verificação de antecedentes que eo porquê de pesquisa, b), o que justifica a pesquisa, com citações que dão reconhecimento a estudos anteriores, que se referem especificamente ao trabalho; c) Os objectivos, a declaração formal da finalidade.

- Métodos: paradigma que se encaixa no universo de pesquisa, de selecção de amostra, instrumentos e procedimentos utilizados, o processo de coleta e análise de dados, descibíendolos precisão. Quando a pesquisa envolvendo seres humanos, indicar se autorizações foram obtidas e os padrões éticos estabelecidos por um comitê de ética.

- Os resultados devem ser apresentados em uma ordem lógica e ter uma análise estatística satisfatória (se aplicável). Se você incluir tabelas ou gráficos devem ser anexadas em folhas separadas, numeradas e intitulado de forma concisa e expressando claramente o seu conteúdo, incluindoos somente se justifica para esclarecer a exposição dos dados.

- Discussão: enfrenta com base nos objectivos e resultados e comparados com a evidência existente sobre o assunto. Adicionar especialmente os novos aspectos que emergem do estudo.

- Conclusão: Deve expressar o nível de realização dos objectivos, a generalização, limitações do estudo e as recomendações ou projeções.

- Referências: Só que referência citada no corpo do artigo. Sugerimos nada menos que 15 referências, a maioria com mais de cinco anos de publicação. Você deve usar o estilo "Vancouver", em que as referências devem ser citadas no texto por números consecutivos entre parênteses de acordo com a sua emergência. Para mais informações, consulte o documento no site:

[http://library.vcc.ca/downloads/VCC\\_VancouverStyleGuide.pdf](http://library.vcc.ca/downloads/VCC_VancouverStyleGuide.pdf)

### Modelo de citações no texto

Efectuar as referências no final, como se segue:

a) Os artigos de autores individuais. Eles escrevem os nomes e iniciais dos primeiros seis autores e se mais é adicionado à expressão ... "et al."

Exemplo:

Medrano MJ, Cerrato E, R Boix, Delgado-Rodriguez M. Fatores de risco cardiovascular na população espanhola: metanálise de estudos transversais. *Med Clin (BARC)*. 2005, 124 (16): 606-12.

b) Livros. Deve incluir os sobrenomes e iniciais de todos os autores (editores, compiladores, etc.) Ou um nome da entidade, título, número da edição, local de publicação, editora e ano. Números de volume possivelmente adicionados e páginas vistas, número e número de série.

Exemplo:

Balderas, M. *Serviços de administração de enfermagem*. 4th ed. México: American Mc Graw Hill, 2005.

c) Outros materiais, siga as indicações para citar um livro, especificando fonte (autor ou instituição), título, descrição do material, preparação ou emissão e data.

d) Materiais de Internet:

Internet Revistas Exemplo:

Francês I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Psicocognoscitiva estimulação na demência. Em *Sisa. Sanit. Navar*. [Online revista] Setembro-Dezembro de 2003 [acessado em 19 de Outubro de 2005], 26 de março. Disponível em: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis.html>

Exemplo de banco de dados:

Tome cuidado [banco de dados on-line]. Granada: Índice Fundación [atualizado em abril de 2004, Dezembro de acesso 19, 2005]. Disponível em: <http://www.doc6.es/index>

Exemplo de Direito:

Colômbia. Lei n° 266, de 25 de janeiro de 1996. Regulamentação da profissão de enfermagem na Colômbia. *Diário Oficial* n° 42.710, 5 de fevereiro de 1996.

Exemplo de uma agência:

Conselho Internacional de Enfermeiros. *Modelos para o século XXI*. Genebra 2002.

e) não publicados, resumos, textos de conferências, congressos e simpósios, não são consideradas referências apropriadas então se você absolutamente deve citar fontes inéditas difíceis de encontrar, podem ser citados no texto entre colchetes ou notas de rodapé página.

Quaisquer dúvidas sobre a forma de apresentar as referências no texto ea lista final de referências em: Comitê Internacional de Editores de Periódicos Médicos. Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a *Jornal Biomédica*: escrevendo e editando para publicações biomédicas em: [www.icmje.org](http://www.icmje.org)

### Autoria

Deve-se observar como os autores que participaram suficientemente do trabalho de publicamente assumir a responsabilidade pelo conteúdo.

Ao enviar um manuscrito é necessário para ser Declaração folha anexa do autor e direitos de autor, confirmando que o trabalho é original, não foi publicado anteriormente em formato impresso ou eletrônico e não vai ser submetido a outro meio antes de reunião a decisão da revista. Além da transferência de direitos autorais para a Enfermagem: cuidado humanizado.

### Sistema de Avaliação e Arbitragem

O Conselho Editorial da Revista recebe trabalhos de autores, a avaliação dos processos que atendam às mesmas exigências de arquivamento formais descritos acima. Em seguida, enviá-los a pelo menos dois revisores, um nacional e um internacional. Pode ser concedida a aceitação da pesquisa, com sugestões de aceitação ou rejeição de artigos. Estes resultados serão comunicados imediatamente ao autor principal, através de um e-mail, a partir do editor.

### Considerações éticas

Enfermagem Magazine: adere cuidado humanizado para princípios éticos universais como contribuir para o bem comum com as contribuições para a sociedade de revista e em particular o conhecimento da disciplina, igualdade de oportunidades para publicar artigos em igualdade de condições que atendam predeterminado regras.

Rejeita qualquer indivíduo ou grupo discriminação, protege a confidencialidade e discrição reter os nomes dos autores dos trabalhos recebidos, o nome do casal e os artigos selecionados para publicação precisão, as informações fornecidas e transparência em todas etapas do processo de seleção e publicação de artigos selecionados. Enfermagem revista: pesquisa Atencão Humanizada assume que cada post depois de cumprir a exigência de ser avaliado pela comissão de ética adequada, sendo tão claramente estipulado o procedimento para a obtenção do consentimento informado. Assim, não há evidência de que assegurado o anonimato e confidencialidade das pessoas envolvidas na investigação.

# DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO AUTOR E DIREITOS AUTORAIS

## I) RESPONSABILIDADE DO AUTOR

TÍTULO COMPLETO DO ARTIGO NO IDIOMA EM QUE FOI ESCRITO

---

---

O (s) autor (es), que, na parte inferior deste documento assinatura (n) indica

- O conteúdo é original, não foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, seja em papel ou em formato electrónico.

- O autor do (s) (s) cumprir (s) os critérios de autoria aqui mencionados.

- O conselho editorial não tem responsabilidade pelas informações contidas neste artigo.

### Assinatura (s) autor (es)

Assinatura \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

## II) TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Declaro que em caso de aceitação do artigo, concordo que os direitos autorais são transferidos para a Enfermagem: Atenção Humanizada, portanto, não reproduzida no todo ou em parte, em qualquer forma ou meio de divulgação impressa ou eletrônica sem autorização prévia.

Assinatura do (s) autor (es).

---

Data:

---