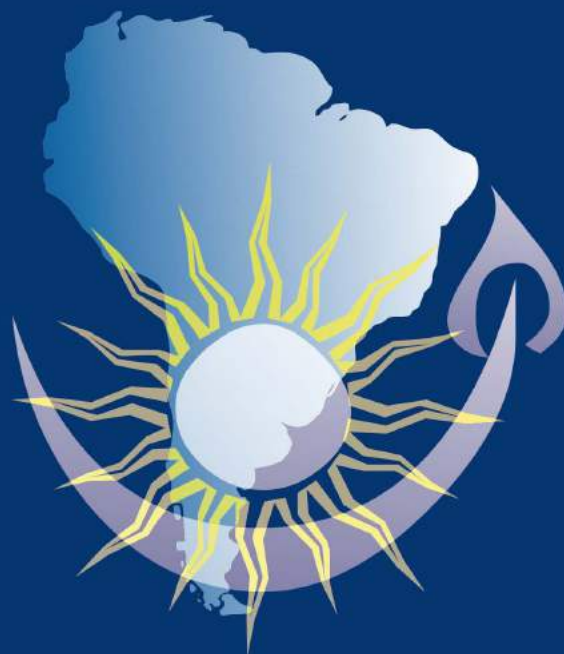


# Enfermería: *Cuidados Humanizados*

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



Universidad  
Católica del  
Uruguay

# Licenciatura en Enfermería

Carrera acreditada a nivel del Mercosur

## Carreras de la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud

Enfermería | Profesionalización de Auxiliares de Enfermería  
Fisioterapia | Nutrición | Psicomotricidad



Universidad  
Católica del  
Uruguay

*Saber que inspira futuros*

Más Información > Tel. 2487 9308 | enfermeria@ucu.edu.uy

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

## LÍNEA DE SEGURIDAD

# Introcán Safety®

Catéteres de seguridad con activación pasiva

- Protegen al profesional sanitario de los pinchazos accidentales



Nuevo  
diseño



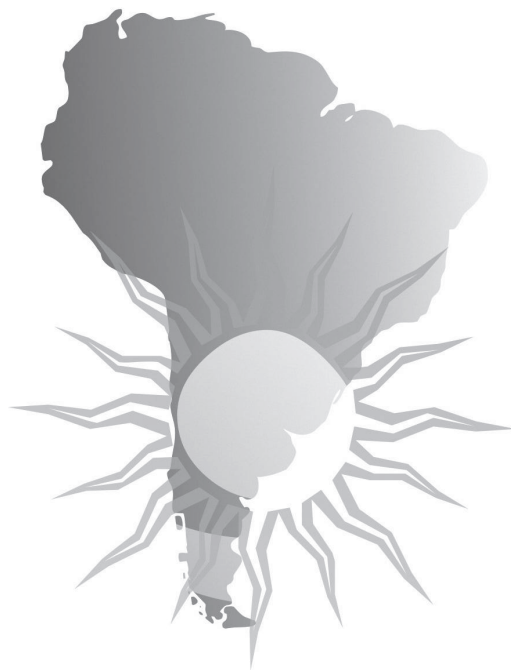
Av. Italia 2957 - Tel.: 2487 0100\* - [info@schaafmedical.com.uy](mailto:info@schaafmedical.com.uy)

# 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. 2 n° 1 diciembre 2013  
ISSN: 1688-8375

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

### **Director:**

Dr. Augusto Ferreira.  
aufferrei@ucu.edu.uy  
Av. Garibaldi 2831 CP 11600,  
Montevideo, Uruguay.

### **Editor responsable:**

Mag. Teresa Delgado de Purtscher.  
tdelgado@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.

### **Secretario:**

Lic. Hernán Pereira Acosta.  
herpere@ucu.edu.uy

### **Colaboradores:**

Lic. Valentina Lestido.  
Prof. Marta Rodríguez.  
Br. María José Enrique.

### **Diseño gráfico:**

Rossana Dagnino.

### **Imprenta:** Taller Gráfico.

### **Periodicidad semestral**

Junio - Diciembre

### **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.ucu.edu.uy](http://www.ucu.edu.uy)  
enf\_cuidadoshumanizados@ucu.edu.uy

### **ISSN: 1688-8375**

Título-clave:

Enfermería (Montevideo)

Título-clave abreviado:

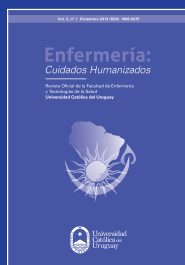
Enfermería (Montev.)

Registro ante el MEC: 2395/2012.

### **Tapa:**

### **Autor:**

Hernán Pereira.



## EDITORIAL

Iniciamos el segundo volumen de la Revista Enfermería: Cuidados Humanizados, publicación oficial de la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud de la Universidad Católica del Uruguay.

La evolución de la revista en su corta existencia (tres fascículos), como vehículo para la comunicación del conocimiento científico, nos llena de orgullo. En setiembre del corriente año ingresamos en el catálogo de Revistas del Sistema Regional de Información en línea para revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex), cumpliendo globalmente más del noventa por ciento de los parámetros de calidad editorial que establece dicho sistema.

En esta línea, continuamos apostando por la excelencia, orientados por los estándares y el apoyo de la base SciELO Uruguay.

Es nuestro mayor anhelo que Enfermería: Cuidados Humanizados continúe siendo el espacio académico para la discusión, el intercambio, análisis, reflexión y difusión de las ideas, cumpliendo un papel importante para la Enfermería y Ciencias afines al cuidado de la salud a nivel local, regional e internacional.

Muchas gracias a todos los autores, revisores, miembros del consejo editorial nacional e internacional, y demás miembros que participan en dicho proyecto. A su vez, es nuestro deseo agradecer a todos los lectores que aprecian este proyecto. Esperamos seguir contando con la presentación de artículos para publicar así como continuar colaborando en la utilización de los resultados obtenidos.

Por último, esperamos que este número, en el cual se incluyen artículos escritos bajo la mirada de investigadores regionales, aporte a la reflexión y a como nuestras disciplinas colaboran con el bienestar de las personas, familias y comunidades.

Les deseamos una Feliz Navidad y un próspero año 2014.

**Lic. Hernán Pereira**  
**Secretario**



# Universidad Católica del Uruguay

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

## **AUTORIDADES**

Mons. Dr. Nicolás Cotugno Fanizzi, SDB.  
***Gran canciller***

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

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

Dr. Ariel Cuadro  
***Vicerrector Académico***

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

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

Dra. Sandra Segredo  
***Secretaria General***

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 de la disciplina fomentando un ambiente de comunicación para la Enfermería uruguaya y de 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 un director académico 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.

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 de la Universidad Católica del Uruguay that is engaged in development of the discipline of communication fostering an environment for Nursing 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.

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 disciplina de comunicação promovendo um ambiente de Enfermagem 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.

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



# COMITÉ CIENTÍFICO NACIONAL E INTERNACIONAL

## COMITÉ CIENTIFICO NACIONAL

### **Prof. Zoraida Fort.**

Dra. en Enfermería, Esp. en Administración y Gestión de Servicios de Salud, , Directora del Departamento de Ciencias de la Enfermería de la Universidad Católica del Uruguay.

### **Prof. Natalie Figueredo.**

Candidata a Dra. en Enfermería, Mag. en Enfermería, Esp. en Enfermería Geriátrica y Gerontológica, Prof. de alta dedicación del Dpto. de Ciencias de la Enfermería de la Universidad Católica del Uruguay.

### **Prof. Patricia Prada.**

Mag. en Salud Escolar, Esp. en Salud Comunitaria, Lic. en Enfermería. Prof. de alta dedicación del Dpto. de Educación y Salud Comunitaria de la Universidad Católica del Uruguay.

### **Prof. Miriam Costabel.**

Mag. en Educación, Lic. en Enfermería. Prof. Titular de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, Uruguay.

### **Prof. Patricia Techera.**

Esp. en Geriatria y Gerontología, Lic. en Enfermería. Prof. de alta dedicación del Dpto. de Ciencias de la Enfermería de la Universidad Católica del Uruguay.

### **Prof. María del Carmen Ferreiro.**

Asesora en Metodología de la Investigación. Lic. en Enfermería. Prof. de alta dedicación del Dpto. de Áreas Clínicas de la Universidad Católica del Uruguay.

### **Prof. Álvaro Fernández.**

Asesor de Metodología de la Investigación. Lic. en Educación. Prof. de alta dedicación del Dpto. de Educación y Salud Comunitaria de la Universidad Católica del Uruguay.

### **Prof. Emérita Soledad Sánchez**

Lic. en Enfermería, historiadora, ex directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, Uruguay.

### **Prof. Teresa Menoni.**

Mag. en el Primer nivel de Atención en Salud. Lic. en Enfermería, Esp. en Enfermería Comunitaria. Prof. Agregada Facultad de Enfermería Universidad de la República, Uruguay.

### **Prof. Maira Castro.**

Lic. en Enfermería, Esp. en Políticas de Salud. Directora del Departamento de Educación y Salud Comunitaria de la Universidad Católica del Uruguay.

### **Prof. Rossana Tessa.**

Lic. en Enfermería Esp. en Enfermería Materno Infantil. Directora del Departamento de Áreas Clínicas de la Universidad Católica del Uruguay.

## COMITÉ CIENTIFICO INTERNACIONAL

### **Prof. Beatrice Goodwin.**

Dra. en Enfermería. Docente de la Universidad de Nueva York. Directora de Proyectos Latinoamericanos. Colegio de Enfermería, Estados Unidos.

### **Prof. Luz Angélica Muñoz.**

Dra. en Enfermería. Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Enfermería Andrés Bello, Chile.

### **Prof. Ana María Vásquez.**

Mag. en Enfermería. Docente Titular de la Universidad de Concepción, Chile. Evaluadora en el Sistema de Acreditación ARCU-SUR.

### **Prof. Alicia Reyes Vidal.**

Mag. en Salud Pública, Lic. en Enfermería. Coordinadora de Postítulo Facultad de Enfermería Universidad Andrés Bello, Chile.

### **Prof. Carmen Falconi.**

Mag. en Administración, Lic. en Enfermería. Profesora Investigadora principal de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Vicepresidenta (S) de la ALADEFE Región Andina.

### **Prof. Olivia Sanhueza.**

Dra. en Enfermería. Docente Titular del Dpto. de Enfermería, Universidad de Concepción, Chile.

### **Prof. María Virginia Hernández Alonso.**

Lic. en Enfermería. Lic. en Derecho. Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, México.

### **Prof. Adelaida Zabalegui.**

Dra. en Enfermería. Directora de Enfermería, Hospital Clínico de Barcelona, España.

### **Prof. M<sup>o</sup> Dolores Bardallo.**

Dra. por la Universidad de Barcelona. Mag. en Ciencias de la Enfermería. Coordinadora del Practicum del Grau en Infermeria. Universidad Internacional de Cataluña, España.

### **Prof. Verónica Behn.**

Mag. en Enfermería. Docente Titular de la Universidad de Concepción, Chile. Asesora del Centro de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción. Evaluadora en el Sistema ARCU-SUR.

### **Prof. Sandra Valenzuela.**

Dra. en Enfermería. Profesora titular Dpto. de Enfermería de la Universidad de Concepción, Chile.

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

Dra. en Enfermería. Technical Advisor, Investigadora. Coordinadora del Proyecto CIPE Integrante del Consejo General de Enfermería de España, Gabinete de Estudio, España.

### **Prof. Erika Caballero.**

Mag. en Diseño Instruccional, Especialista en Enfermería del Recién Nacido de Alto Riesgo, Enfermera Matrona. Directora del Centro de Informática en Salud de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central de Chile. Vicepresidenta de Asuntos internacionales del Colegio de Enfermeras de Chile.



# CONTENIDOS

---

## EDITORIAL

Lic. Hernán Pereira.

pág. 3

---

## SECCIÓN I - Artículos originales

### **Análisis del conocimiento de las gestantes asistidas por la Estrategia Salud de la Familia sobre planificación familiar, Itapipoca – Ceará, Brasil.**

Knowledge analysis of pregnant women attended by the Family Health Strategy on family planning, Itapipoca – Ceará, Brazil.

Análise do conhecimento de gestantes assistidas pela Estratégia Saúde da Família sobre planejamento familiar, Itapipoca – Ceará, Brasil.

Juliana Tomaz Aguiar, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto, Daniele Tomaz Aguiar, Denise Tomaz Aguiar.

pág. 11

---

### **Hábitos de la vida de pacientes sometidos a la cirugía de revascularización miocárdica en la ciudad de Rio Grande/RS/Brazil.**

Patient's life habits after coronary artery bypass graft surgery in Rio Grande/RS/Brazil.

Hábitos de vida de pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio em Rio Grande/RS/Brasil.

Fernanda Burlani Neves, Thaylara Aires, Thais Burlani Neves, Priscila Aikawa.

pág. 19

---

### **Aplicación del Proceso Enfermero en la Practica Hospitalaria por los Estudiantes de la Licenciatura de Enfermería de la FETS.**

Application Process in Practice Nurse Hospital for Students of the Bachelor of Nursing FETS.

Aplicação do processo enfermeiro na pratica hospitalar pelos estudantes da licenciatura em enfermagem da FETS.

Karina Alonso, Susana Silvera.

pág. 25

---

### **Primer contacto de estudiantes de enfermería con la persona enferma: Análisis de la etapa de Valoración.**

First contact of nursing students with the sick person: Analysis stage assessment.

O primeiro contato dos estudantes de enfermagem com a pessoa doente: Análise da avaliação do paciente.

Natalie Figueredo, Ana María García.

pág. 33

---

### **Plan de cuidados de enfermería para pacientes sometidos a artroplastia de cadera por fractura.**

Nursing care plan for a patient under hip arthroplasty for fracture.

Plano de cuidados para pacientes com artroplastias de hip para fratura.

Célica Karina Alonso Cabrera.

pág. 41

---

## SECCIÓN II - Actualizaciones

### **Cuidar de sí, cuidar del otro, cuidar del todo: implicaciones para la salud y enfermería.**

Caring for myself, caring for the other, caring for the whole: implications for health and nursing.

Cuidar de sí, cuidar do outro, cuidar do todo: implicações para a saúde e enfermagem.

Vera Regina Waldow.

pág. 53

---

## SECCIÓN III - Comentarios y eventos

65° Congreso Uruguayo de Cirugía - Jornadas de Enfermería Quirúrgica.

XIV Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería.

1er. Congreso Uruguayo Tabaco o Salud V Encuentro Argentino - Uruguayo Foro Regional de Cooperación Sur-Sur.

VI Congreso Uruguayo de Gerontología y Geriatría.

Primer Encuentro Internacional del Cono Sur "Desafíos e Integración de la Multidisciplina en Salud Mental".

pág. 61

---

## NORMAS EDITORIALES

pág. 65

---



# SECCIÓN I

## Artículos originales



# ANÁLISIS DEL CONOCIMIENTO DE LAS GESTANTES ASISTIDAS POR LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, ITAPIPOCA – CEARÁ, BRASIL.

KNOWLEDGE ANALYSIS OF PREGNANT WOMEN ATTENDED BY THE FAMILY HEALTH STRATEGY ON FAMILY PLANNING, ITAPIPOCA – CEARÁ, BRAZIL.

ANÁLISE DO CONHECIMENTO DE GESTANTES ASSISTIDAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR, ITAPIPOCA – CEARÁ, BRASIL.

**Autores:** Juliana Tomaz Aguiar, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto, Daniele Tomaz Aguiar, Denise Tomaz Aguiar.

Recibido: 17/09/2013

Aceptado: 25/11/2013

## RESUMEN

**Objetivos:** Analizar el conocimiento de las gestantes sobre la planificación familiar; e identificar como se da la participación del compañero en la planificación familiar.

**Metodo:** Investigación exploratoria-descriptiva, realizada entre 2007 y 2008 en la comunidad de Baleia – Itapipoca – Ceará, con 46 gestantes, de las que solamente 33 aceptaron participar del estudio después de firmar la Declaración de Consentimiento Libre y Aclarado y ser aprobado por el Comité de Ética en Investigación, según parecer 568/2008. Las técnicas de colecta de datos utilizadas fueron la entrevista estructurada y el formulario, siendo ambos sistematizados y analizados a partir de tablas y categorías.

**Resultados:** En cuanto a la planificación familiar, 52% de las gestantes entienden su significado; 100% conocen métodos como la píldora oral y el preservativo; la participación del compañero es una realidad en un 70% de los casos.

**Conclusión:** Aunque la planificación familiar forma parte de la política gubernamental brasileña desde hace décadas, la realidad muestra poco conocimiento de las comunidades sobre sus finalidades y una oferta limitada de métodos; siendo necesaria su universalización.

**Descriptor:** Programa Salud de la Familia; Planificación familiar; Gestantes.

## ABSTRACT

**Objectives:** To analyze pregnant women's knowledge on family planning; and to identify how partners' participation is given in family planning.

**Method:** Descriptive exploratory research, carried out between 2007 and 2008, in the district of Baleia – Itapipoca – Ceará, with 46 pregnant women, being that, only 33 accepted to participate in the study, after they signed the Open and Explained Consent Term – OECT, according to approval by the Ethics and Research Committee – ERC under decision 568/2008. The data collection techniques used were a structured interview and form, with both being systematized and analyzed based on tables and categories.

**Results:** 100% knew of methods such as the pill and the condom; participation from partner was a reality in 70% of the cases.

**Conclusion:** Despite family planning having been part of a Brazilian governmental policy for decades, reality shows little knowledge in the communities on its purpose, together with a limited offer of methods; necessary for it to become universal.

**Keywords:** Family Health Program; Family planning; Pregnant women.

## RESUMO

**Objetivos:** Analisar o conhecimento de gestantes acerca do planejamento familiar; descrever e identificar como se dá a participação do parceiro no planejamento familiar.

**Método:** Pesquisa exploratória, descritiva, realizada entre 2007 e 2008, na comunidade de Baleia – Itapipoca – Ceará, com 46 gestantes, sendo que, somente 33 aceitaram participar do estudo, após assinarem o Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, conforme aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa-CEP, sob parecer 568/2008. As técnicas de coleta de dados utilizadas foram a entrevista estruturada e o formulário, sendo os mesmos sistematizados e analisados a partir de tabelas e categorias.

**Resultados:** Quanto ao planejamento familiar, 52% das gestantes entendem seu significado; 100% conhecem métodos como a pílula oral e o preservativo; a participação do parceiro é uma realidade em 70% dos casos.

**Conclusão:** Apesar de o planejamento familiar fazer parte de uma política governamental brasileira há décadas, a realidade mostra pouco conhecimento das comunidades acerca de suas finalidades, aliada a uma oferta limitada de métodos; sendo necessária a sua universalização.

**Descritores:** Programa Saúde da Família; Planejamento familiar; Gestantes.

## INTRODUÇÃO

A partir de vivências durante o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF), no distrito de Baleia - Itapipoca – Ceará, onde existem aproximadamente 1.163 famílias, em sua maioria de baixa renda, radicadas na localidade atraídas pela pesca; e a partir da territorialização, do planejamento e organização do processo de trabalho no território, identificaram-se diversos problemas e necessidades das famílias, sujeitos e comunidades; dentre eles um nos sensibilizou enquanto equipe que foi um número elevado de gestações por mulher, principalmente as de idade mais avançada, em que as quais têm dificuldade de aderir a uma prática de planejamento familiar, e ao uso contínuo de métodos contraceptivos, constituindo, porém, famílias numerosas. É importante ressaltar que somente há dois anos o referido distrito possui equipe da ESF.

Por esse contexto, tal situação é considerada pela equipe como um problema de Saúde Pública, em detrimento ao elevado número de gestações e muitas delas serem classificadas de risco, surgiu a curiosidade de conhecer o que essas mulheres, ainda grávidas, sabem sobre o planejamento familiar.

Sabe-se que, todo cidadão tem direito à informação sobre o planejamento familiar e a assistência especializada, além da acessibilidade e acesso aos recursos, que permitam optar livre e conscientemente por engravidar. O número, o espaçamento entre as gestações e a escolha do método anticoncepcional mais adequado são opções que toda mulher deve ter o direito de escolher de forma livre e por meio da informação, sem discriminação, coerção ou violência.

O planejamento familiar, para o Ministério da Saúde, é um “conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”.<sup>1:6</sup> O conceito de planejamento familiar não deve se restringe apenas aos aspectos procriativos, mas abrange o conjunto das necessidades e aspirações de uma família, incluindo moradia, alimentação, estudo, lazer etc.<sup>2</sup> No entanto, por força do hábito, o conceito de planejamento familiar está hoje circunscrito às questões da reprodução, quando não, apenas àquelas ações de controle da fecundidade, natalidade ou anticoncepção.

De acordo com a Constituição Federal Brasileira, promulgada em 1988, e a Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, é responsabilidade do Estado, propiciar condições para que homens e mulheres tenham acesso a informações, meios, métodos e técnicas para a regulação da sua fecundidade. Ainda, segundo a referida Lei, o planejamento familiar é direito dos cidadãos de decidirem livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos. Em seu Artigo 2º, o planejamento familiar é definido como um conjunto de ações de regulação da fecundidade, que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. No Artigo 3º, o planejamento familiar é entendido como parte integrante no conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.<sup>3</sup> Nesta perspectiva, cabe ao casal decidir e planejar quando, quantos e de que maneira nascerão seus filhos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, a cada ano, ocorram em todo mundo, 75 milhões de gestações não planejadas, que podem ocorrer de duas razões: não utilização de métodos contraceptivos ou falhas nestes. A não utilização de método algum, se relaciona com o desconhecimento a respeito de sua existência ou de sua aplicação, a falta ou inexistência de recursos financeiros para sua aquisição, ou então, o pouco ou nenhum poder de decisão das mulheres de engravidar.<sup>4</sup>

A partir das décadas de 1960 e 1970, com o intenso processo de industrialização e urbanização vivenciado pela sociedade brasileira, e as influências resultante do modelo cultural e econômico dos países desenvolvidos, a exemplo da introdução da pílula anticoncepcional e da revolução sexual, as famílias passaram a desejar uma prole menor.<sup>5</sup>

Com o advento da pílula, homens e mulheres passaram a ter mais liberdade para o ato sexual, além de poder inferir mais efetivamente no desejo de engravidar ou não. Não se podem negar as contribuições que os avanços científicos trouxeram à saúde da mulher, em especial. Os métodos contraceptivos, quando utilizado de forma correta, provocam mudanças qualitativas na vida desta, construindo um espaço social para que ela se tornasse

dona de seu corpo, favorecendo a vivência da sexualidade sem o medo de uma gravidez indesejada.

Em tempos de pandemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), práticas sexuais e métodos contraceptivos são colocadas em cheque, necessitando de um repensar coletivo, tanto por parte dos casais, como dos trabalhadores de saúde, agências sanitárias, além de deliberação de políticas que atendam as necessidades e demandas sociais e sanitárias.

Mesmo assim, apesar dos grandes avanços no que concerne aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, a disponibilidade de inúmeros métodos contraceptivos, que nem sempre sua acessibilidade, acesso e uso são oportunos, ainda é elevado o número de óbitos maternos relacionados à gravidez, parto e puerpério e de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), além do crescente número de abortos provocados ou não. Quanto ao aborto provocado, vale ressaltar, que muitas de suas causas são influenciadas, devido a não disponibilidade de método contraceptivo durante o ato sexual.

Em relação aos óbitos maternos, o Ministério da Saúde Brasileiro considera o aborto no país um problema de Saúde Pública. Com base em dados da OMS, estima-se que, no Brasil, 31% das gestações são interrompidas. O número equivale a um milhão de abortos ilegais por ano. No Sistema Único de Saúde (SUS), em 2006, foram 2,6 mil internações em decorrência do procedimento. Tal realidade evidencia o impacto que este procedimento tem sobre a saúde da mulher em nosso país.<sup>6</sup> Em níveis mundiais, a OMS estima que 25% das gravidezes culminam com um aborto provocado, representando aproximadamente 50 milhões de abortos anuais. Sendo que, destes, 20 milhões são praticados em condições perigosas.<sup>7</sup>

Nesta perspectiva, reconhece-se que a orientação é um pré-requisito importante para a iniciação e continuidade de uso de um método anticoncepcional. Provedores de serviços devem estar qualificados para oferecer orientação sobre todos os métodos anticoncepcionais disponíveis. Não devem existir incentivos ou coerção para aceitar a anticoncepção ou um método anticoncepcional específico. A prevenção das DST deve ser incentivada, de maneira que a dupla proteção – prevenção da gravidez e das DST – seja efetuada.<sup>8</sup>

Diante de tal problemática e sabendo que as ações efetivas de planejamento familiar exercem grande impacto na morbidade e mortalidade materna e infantil, permitindo diminuição do número de gestações indesejadas, de abortos provocados, de óbitos neonatais e uma melhor assistência às gestações em geral, encontra-se aí o valor relevante do estudo. Assim, o estudo objetiva analisar o conhecimento de gestantes acerca do planejamento familiar e identificar como se dá a participação do parceiro no planejamento familiar.

## MÉTODO

Estudo exploratório-descritivo, realizado no território da ESF da praia de Baleia – Itapipoca – Ceará, durante o período de agosto de 2007 a maio de 2008. A equipe da ESF de Baleia é constituída por uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, uma médica, três agentes comunitários de saúde, um agente administrativo e um motorista. Possui 1.163 famílias e é considerado um importante centro turístico de referência para toda a região. A ocupação mais frequente é de pescador para homens e de dona-de-casa ou rendeira para mulheres. A renda principal da comunidade é proveniente de programas governamentais e da pesca que, conseqüentemente, varia de acordo com a época de alta ou baixa estação turística.

O estudo teve inicialmente seu projeto de pesquisa remetido a Secretaria Municipal da Saúde de Itapipoca, sendo permitida sua realização. Em seguida, o mesmo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), com aprovação de seu protocolo sob N° 568/2008.

A pesquisa foi realizada com gestantes, que de acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), em outubro de 2007, existiam 46 gestantes<sup>9</sup> na comunidade do distrito de Baleia, sendo que apenas 33 aceitaram participar da pesquisa após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta das informações dados foi realizada a partir da técnica da entrevista semi-estruturada, que compreendeu os temas sobre o conhecimento das gestantes acerca do planejamento familiar, a participação do companheiro no mesmo e os tipos de métodos utilizados. A sistematização das informações ocorreu pro meio de categorias analíticas, preservando-se a fala dos sujeitos, a fim de delinear com veracidade o pensamento e a expressão delas sobre o aspecto abordado e atender aos objetivos do estudo. Quanto às categorias, utilizou-se o referencial de Minayo, que permite ao pesquisador fazê-lo de maneira diferenciada, criando sistemas de categorias, que busque encontrar unidade na diversidade e produzir explicações e generalizações.<sup>10</sup> As categorias derivadas após sistematização dos resultados foram: Conhecimento das gestantes acerca do planejamento familiar, e Participação do parceiro no planejamento familiar.

Para preservação dos nomes dos sujeitos da pesquisa utilizou-se a letra “G” acrescida de um numeral ao final de cada fala.

## RESULTADOS

Conhecimento das gestantes acerca do planejamento familiar.



Ao serem perguntadas sobre o que sabem acerca do planejamento familiar, 17 (52%) gestantes, afirmaram positivamente o seguinte:

- O marido e a mulher conversarem juntos. (G11)
- Sei, é evitar ter filhos [...]. (G12)
- Sim, planejar os filhos!. (G18)
- É tomar os comprimidos pra não ter filhos [...]. (G15)
- Conversar de não ter filho. (G25)
- Quando o marido e a mulher conversa como vai ser a família. (G30)
- É a entrega dos preservativos e as orientações. (G32)
- É planejar a família e receber algum tipo de preservativos. (G33)

A maioria dos discursos reduz o planejamento familiar a 'evitar filhos', o que, muitas vezes, reflete a situação social e econômica destas mulheres e suas famílias. Acredita-se também, que a pouca escolaridade de parte das gestantes, influencia na assimilação das informações repassadas durante as consultas ou grupos desenvolvidos pela equipe da ESF.

O estudo mostra ainda, que 16 (48%) gestantes não entendem o que é planejamento familiar, apesar de parte delas já terem utilizado algum tipo de método anticoncepcional, o que pode ser visto nas falas a seguir:

- Ajudar as pessoas em casa, os pais e os irmãos. (G3)
- A educação dos filhos. (G5)
- Conversar com a família. (G16)
- Não sei! (G23)
- Conversar com a família sobre o dia a dia. (G28)

Diante destas falas é notório que as mulheres continuam enfrentando sérias dificuldades no que diz respeito à sua saúde reprodutiva e sexual, principalmente, em relação ao planejamento familiar, observa que estas não se limitam à falta de acesso aos meios para regular a fertilidade, faltam-lhes também o saber sobre o seu corpo e sobre suas possibilidades para intervir no processo reprodutivo, para que possam escolher conscientemente entre os diferentes métodos.

Assim, o agir da equipe da ESF é fundamental para o desenvolvimento de ações de educação em saúde e promoção da saúde sobre a temática da saúde reprodutiva e sexual; visto que constitui um fator decisivo para a contracepção, para a proteção das DST, e ainda, para planejar o tipo de família que os sujeitos desejam constituir, inclusive no que diz respeito ao número de filhos; enfim, para que os casais e suas famílias possam buscar a saúde integral.

Nesta perspectiva, autor enfatiza que, na busca da saúde de forma integral, a equipe de saúde tem um signi-

ficado muito importante por colaborar na reorientação das práticas e saberes dos profissionais, trazendo como resultado a melhoria na qualidade do atendimento e o fortalecimento dos sujeitos. O conceito de saúde reprodutiva deve ser trabalhado associado à saúde sexual a partir de uma abordagem positiva da sexualidade humana, uma vez que o exercício da prática contraceptiva acontece no terreno da sexualidade e das relações entre mulheres e homens.<sup>11</sup>

### **Tipos de métodos contraceptivos conhecidos pelas mulheres.**

TABELA Nº 1

Métodos contraceptivos conhecidos pelas gestantes. Baileia - Itapipoca – Ceará, 2008. (n=33)

Método	N	%
Preservativo masculino	33	100,0
Contraceptivo oral combinado	33	100,0
Contraceptivo injetável	19	57,5
Tabelinha	3	9,0
Laqueadura tubária	3	9,0
Coito Interrompido	1	3,0
Dispositivo Intrauterino-DIU	1	3,0

Em relação ao conhecimento dos métodos, 100% das gestantes, conheciam algum tipo de método, mesmo entre os que elas não tinham utilizado. Os métodos mais popularmente conhecidos são a camisinha masculina e o contraceptivo oral, constituindo os métodos mais evidenciados pelas gestantes entrevistadas. Talvez por influência dos serviços de saúde ou por não efetividade de políticas públicas, os métodos mais conhecidos são os que, habitualmente, são disponíveis na Unidade Básica de Saúde.

No Brasil, os métodos contraceptivos mais utilizados pelas mulheres são a esterilização e os anticoncepcionais orais combinados, com prevalência de 40,1% e 20,7%, respectivamente. Os outros métodos utilizados, em ordem decrescente de frequência, são o condom, a abstinência, o coito interrompido, a esterilização masculina, os contraceptivos injetáveis, o DIU e outros.<sup>12</sup>

### **Participação do parceiro no planejamento familiar.**

Das gestantes do estudo, 23 (70%) responderam que ocorre a participação do parceiro no planejamento

familiar, confirmando a participação na escolha do método, embora o método que antes era utilizado seja de independência feminina.

- Participa, de usar camisinha, ele não acha ruim não, usar por uns tempos. (G2)
- Participa, conversando. (G5)
- Ele conversa quantos filhos vamos ter. (G11)
- A gente combina. Temos filho de cinco em cinco anos. (G13)
- Participa! Antes ele usava camisinha. (G14)
- Sim, ele não usa nenhum método, mas ele se preocupa comigo. (G15)
- Participa! A gente fazia naquela maneira dele [coito interrompido]. (G17)

O fato de a grande maioria dos parceiros deste estudo, segundo as falas das gestantes dividirem ações e responsabilidades, corrobora com a prevenção e, conseqüentemente, com a melhoria da qualidade de vida destes sujeitos. Pois, a divisão da responsabilidade entre os sexos, visando à promoção da saúde sexual e reprodutiva, valoriza sua relevância para a consolidação de uma sociedade democrática.

Com base em um estudo, foram construídas quatro categorias que forneceram subsídios à compreensão das representações femininas sobre a participação masculina na contracepção:

**1 - Apenas apoio:** as mulheres entrevistadas explicam a participação de seus companheiros na contracepção, como a disposição deles em discutir com suas companheiras sobre o número de filhos que o casal deve ter; pelo apoio ao uso do método feminino por sua companheira, seja comprando o método ou lembrando-a de tomá-lo, ou apenas aceitando que ela o tome. O homem aparece como quem dá suporte ou apóia uma atividade que é da mulher, sendo ela o sujeito ativo das ações contraceptivas, principalmente pelo uso da pílula;

**2 - Uso eventual de método masculino:** nesse caso, o marido/companheiro faz uso do método masculino apenas quando a mulher interrompe o uso do método feminino temporariamente, seja por lactação, "pausa", por não poder comprá-lo ou outros motivos. Note-se que a atribuição do uso do contraceptivo continua sendo da mulher - o homem apenas ajuda, apóia em caso de impossibilidade da mulher exercer o papel principal na contracepção.

**3 - Uso rotineiro de método masculino:** foi construída tendo por base o relato das mulheres de que o homem assumia inteiramente o uso de método contraceptivo, por meio de condom ou coito interrompido, sem referência ao uso de método feminino ou consensual. Nesses relatos, existiam muitas referências à comunicação entre os parceiros na decisão sobre o número de filhos. Observou-se como o homem "concordando" com o pedido da mulher que muitas vezes se justifica por não poder tomar a pílula por problema de saúde.

**4 - Participação em métodos de**

abstinência periódica: apesar da baixa frequência nessa categoria, encontrou-se nela a maior concentração de respostas que explicitam conversas entre o casal.<sup>13</sup>

Nove gestantes relataram a pouca participação dos homens na adoção de medidas contraceptivas, conforme as falas a seguir:

- Nunca participava! Ele não sabe também dessas coisas. (G1)
- O pai é diferente dos outros meninos, ele não conversava nada comigo. Nós éramos só namorados, não tinha coisa séria. (G3)
- Acho que não, ele não queria que tivesse filho agora. Eu não me dou com comprimido e ele não usa camisinha. (G12)
- Não, ele não quer mais filho, mas não usa método. Eu é que evito!. (G16)
- Não, é ausente, eu planejo sozinha. (G18)
- Não, ele manda eu usar. Mais eu não posso usar comprimido e ele também não faz nada. Aí fica assim: quatorze barrigadas. (G20)
- Ele não diz nada não, eu que procuro sozinha. (G24).

A preocupação com o pouco envolvimento masculino nas atividades de contracepção está vinculada a outras questões relevantes na área de saúde reprodutiva: aumento da incidência de mulheres infectadas pelo HIV ou outras DST; problema das gestações não planejadas, com repercussões na qualidade de vida das mulheres.<sup>13</sup> A regulação da fecundidade é de interesse das mulheres, quer seja pelo fato de, tradicionalmente, conhecerem as conseqüências e os eventuais riscos da gestação, quer seja porque assumem as maiores responsabilidades pelo cuidado dos filhos. Isso também, provavelmente, explica a maior demanda feminina nos serviços que demandam o planejamento familiar.<sup>14</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento familiar é de fundamental importância para a saúde reprodutiva e sexual do casal, visto que constitui um fator decisivo para a contracepção, para a proteção de DST e ainda para planejar o número de filhos e o espaçamento entre as gestações.

Apesar dos grandes avanços no que concerne aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres viu-se com os resultados desta pesquisa, que quanto à disponibilidade de métodos contraceptivos, nem sempre sua acessibilidade, acesso e uso estão e são oportunos.

As relações entre homens e mulheres refletem os padrões culturais de uma sociedade. A mulher vem conquistando um espaço cada vez maior no mundo público, entrando no mercado de trabalho e assumindo a co-responsabilidade ou até a responsabilidade no

sustento da família. No entanto, a divisão das tarefas do mundo privado com o parceiro ainda não é tão comum. O cuidado dos filhos e o controle da fecundidade ainda são considerados, pela sociedade e até pelas próprias mulheres, como uma função feminina.

O grau de conhecimento dos métodos anticoncepcionais e das informações sobre aquisição e utilização dos mesmos foi feita em nível do próprio meio sócio-cultural das gestantes estudadas, e não em nível dos serviços de saúde. Em função destes resultados, acredita-se que as atividades de planejamento familiar, dentro de um programa de saúde da mulher, com boa motivação e organização, não sofreriam resistência por parte desta população, visto que uma parcela das gestantes estudadas mostrou-se bastante receptiva a aprender e a mudar seu comportamento nesta área específica.

A necessidade de se discutir o planejamento familiar

com as mulheres do próprio grupo de gestantes. Assim, a necessidade de se diferenciar o atendimento reflete-se, na verdade, em propostas que minimizem situações de conflito e sofrimento, isto é, devem ser criadas condições para que elas exerçam a sexualidade de maneira a não comprometer a sua saúde.

Na perspectiva de avanços na melhoria da qualidade de vida, espera-se que esta pesquisa possa contribuir de forma significativa para um redimensionar das ações dos profissionais, enfatizando que as ações efetivas de planejamento familiar exercem grande impacto na morbidade e mortalidade materna e infantil, permitindo diminuição do número de gestações indesejadas, diminuição do número de abortos provocados e melhor assistência às gestações em geral. Assim, a saúde sairá do paradigma de ser meramente a ausência de doenças e passa a ser um processo de construção e melhoria na qualidade de vida.

---

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
2. Costa A.M. PAISM: Uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução; 1992.
3. Brasil. Governo Federal. Constituição da República Federativa. Brasília: Senado Federal; 2008.
4. Rodrigues H.C. A percepção das adolescentes grávidas do bairro Terrenos Novos de Sobral – Ceará sobre os métodos contraceptivos [monografia]. Sobral: escola de formação em saúde da família Visconde de Sabóia. Especialização na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, 2002.
5. Ceará. Secretaria de saúde do Estado-SESA. Capacitação em saúde sexual e reprodutiva para a atenção básica. Fortaleza: SESA; 2006.
6. Unidad de género y salud. Equidad de género y salud en las Américas a comienzos del siglo XXI. Washington D.C.: OPS; 2006.
7. Berer M. Abortos sin riesgo: un componente indispensable de las políticas y prácticas adecuadas de salud pública. Ginebra: Bull World Health Organ, 2000; 78(5): 580-592.
8. Ceará. Secretaria de Saúde do Estado-SESA. Saúde Sexual e Reprodutiva: um manual para a atenção primária e secundária (nível ambulatorial). Fortaleza: SESA; 2002.
9. Itapipoca. Governo Municipal. Secretaria da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB – relatório. Itapipoca – CE: Secretaria da Saúde; out. 2007.
10. Minayo M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2009.
11. Araújo F.M. Ações de educação em saúde no planejamento familiar nas unidades de saúde da família do município de Campina Grande – PB [Monografia]. Campina Grande – PB: Universidade Estadual da Paraíba; 2005.
12. Oppermann K., Oppermann M.L.R. Anticoncepção. En: Duncan B.B., Schmidt, M.I. et al. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. Porto Alegre: Artmed; 2004: 343-55.
13. Carvalho M.L.O., Pirotta K.C.M., Schor N. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. Revista de Saúde Pública. 2001; 35(1):23-31.
14. Espírito-Santo D.C., Tavares-Neto J. A visão masculina sobre métodos contraceptivos em uma comunidade rural da Bahia Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2004; 20(2):562-569.





# HÁBITOS DE LA VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS A LA CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA EN LA CIUDAD DE RIO GRANDE/RS/BRAZIL.

PATIENT'S LIFE HABITS AFTER CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY IN RIO GRANDE/RS/BRAZIL.

HÁBITOS DE VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO EM RIO GRANDE/RS/BRAZIL.

## Autores:

1. Fernanda Burlani Neves: Fisioterapeuta, Doutoranda em Saúde e Comportamento. Universidade Católica de Pelotas (UCPel); Rio Grande do Sul/Brasil;
2. Thaylara Aires: Fisioterapeuta, Faculdade Anhanguera do Rio Grande; Rio Grande do Sul/Brasil;
3. Thais Burlani Neves: Educadora Física; Mestre em Educação Física. Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Rio Grande do Sul/Brasil;
4. Priscila Aikawa: Fisioterapeuta; Doutora em Ciências da Saúde. Universidade de São Paulo (USP) Brasil.

Recibido: 05/06/2013

Aceptado: 25/11/2013

## RESUMEN

El objetivo de la investigación fue evaluar los hábitos de vida de los pacientes 6 meses después de la cirugía de revascularización miocárdica (CABG), para delinear un perfil y prácticas terapéuticas directas. Un estudio se realizó en un estudio prospectivo, cuantitativo y descriptivo. Los pacientes fueron sometidos a CABG en el Hospital de Cardiología de la Santa Casa de la Grande / Rio Grande Rio do Sul / Brasil, en el período del 01/01/2011 al 30/06/2011. Problemas se investigaron las cuestiones socioeconómicas, demográficas, de comportamiento y de salud en el nivel de actividad física a través del Cuestionario Internacional de Actividad Física y el nivel de estrés del Cuestionario Stress Level. Los datos fueron analizados utilizando el programa SPSS. Entre los temas seleccionados diecinueve la edad promedio fue de 63,8 + 9,6 años, tenía el hábito de no fumar, no usar bebidas alcohólicas y cuidar la alimentación, pero el 74% eran físicamente inactivos e 58% tenían estrés físico en fase de alerta y el 69% el estrés psicológico en la etapa de agotamiento. Se encontró que la inactividad física y el estrés están muy presentes en la vida de este grupo de personas. En este sentido, es esencial para el desarrollo de acciones de salud que promueven el conocimiento relacionado con factores de riesgo de infarto agudo de miocardio (IAM) y la salud general, de manera que estas personas puedan disfrutar de un estilo de vida saludable y de calidad.

**Palabras Clave:** Estilo de Vida; Factores de Riesgo; Actividad Motora y Calidad de Vida.

## ABSTRACT

The aim of this research was to evaluate patient's life habits after six months of coronary artery bypass graft (CABG) surgery to delineate a profile and direct therapeutic practice. It was conducted a prospective, quantitative and descriptive study. Patients were submitted to CABG in the Santa Casa Cardiology Hospital of Rio Grande/ Rio Grande do Sul/Brazil between 01/01/2011 and 30/06/2011. It was investigated socioeconomic, demographic, behavioral and healthy characteristics through International Physical Activity Questionnaire and Level of Stress Questionnaire. Data were analyzed through SPSS statistic program. Between the nineteen subjects selected, the mean age was 63,8 + 9,6 years. All of them are not used to smoke, to drink and to take care of nutrition, nevertheless 74% was physically inactive and 58% presented physical stress in the alert phase and 69% presented psychic stress in the exhaustion phase. It was concluded that sedentarism and stress are much presented in the life of this group of people. Thus, it became necessary the development of public health actions to promote acute myocardial infarction (AMI) risk factors awareness and health knowledge in general to propose for these subjects a healthy quality life.

**Keywords:** Life Habits; Risk Factors; Motor Activity; Quality of Life.

## RESUMO

O objetivo da pesquisa foi avaliar os hábitos de vida de pacientes com 6 meses pós Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRM), para delinear um perfil e direcionar práticas terapêuticas. Foi conduzido um estudo de caráter prospectivo, quantitativo e descritivo. Os pacientes realizaram a CRM no Hospital de Cardiologia da Santa Casa do Rio Grande/Rio Grande do Sul/Brasil no período de 01/01/2011 a 30/06/2011. Foram investigadas questões socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de saúde, questões sobre o Nível de Atividade Física através do Questionário Internacional de Atividade Física e o Nível de estresse com o Questionário de Nível de Estresse. Os dados foram analisados através do programa estatístico SPSS. Entre os dezenove sujeitos selecionados a média de idade foi de 63,8 + 9,6 anos, tinham hábito de não fumar, não usar bebida alcoólica e cuidar da alimentação, porém 74% eram inativos fisicamente e 58% apresentaram estresse físico na fase de alerta e 69% estresse psíquico na fase de exaustão. Foi possível constatar que o sedentarismo e o estresse estão muito presente na vida desse grupo de pessoas. Nesse sentido, torna-se imprescindível o desenvolvimento de ações em saúde para que seja promovida a conscientização relacionada aos fatores de risco para Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e a saúde em geral para que esses indivíduos possam desfrutar de uma vida saudável e com qualidade.

**Palavras-chave:** Estilo de Vida; Fatores de Risco; Atividade Motora; Qualidade de Vida.

## INTRODUÇÃO

Infarto agudo do miocárdio (IAM) é a necrose da célula miocárdica resultante da oferta inadequada de oxigênio ao músculo cardíaco.<sup>1</sup> Kaufman et al (2011), relata que as doenças cardiovasculares são as de maiores custos para a Saúde, pois são as principais causa de morte, a terceira maior causa por internação hospitalar e a primeira em afastamento do exercício profissional. E, Alvezum et al (2005), destaca que de acordo com projeções para o ano de 2020, a doença cardiovascular (DCV) permanecerá como causa principal de mortalidade e incapacitação.

Segundo Polanczyk (2005); Rique (2002) e Kaufman et al (2011), os principais fatores de risco (FR) são o tabagismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes melítus (DM), obesidade, dislipidemia, altos níveis de colesterol e a inatividade física (IF).

De acordo com Colombo (1997), Martini et al (2010) o IAM deve ser prevenido e isso é possível se a prevenção

for relacionada com a identificação e controle dos FR presentes no estilo de vida das pessoas. Sabe-se que há dois tipos de FR, os modificáveis e os não modificáveis, os últimos se referem à idade, sexo, etnia e história familiar. Os FR que podem ser mudados, ou seja, aqueles sobre os quais o paciente e a equipe de saúde podem atuar são a dislipidemia, HAS, tabagismo, DM, IF, estresse e obesidade.

Por isso, considera-se importante a disseminação da informação a respeito dos hábitos de vida relacionados a saúde e, conseqüentemente, a prevenção de doenças cardíacas, visto que os principais fatores de risco para complicações como o IAM são derivados do estilo de vida.<sup>7</sup> Ramos (2008) afirma que as pessoas deviriam ser informadas sobre os hábitos de vida saudáveis, pois quando inadequados promovem riscos a saúde. Além disso, são estes hábitos que levam a recidiva do IAM, devido, principalmente, a não aderência terapêutica.

Baseado nesse contexto, faz-se necessário avaliar os hábitos de vida dos pacientes que já tiveram IAM e realizaram a CRM, para delinear um perfil e direcionar práticas terapêuticas para esta população.

## MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi de caráter prospectivo, quantitativo e descritivo. Foram investigados pacientes que realizaram a CRM no Hospital de Cardiologia da Santa Casa do Rio Grande/Rio Grande do Sul/Brasil. As entrevistas foram realizadas de 01/01/2011 a 30/06/2011 nos domicílios dos pacientes após o período de seis meses de pós-operatório (PO). Foram incluídos apenas os pacientes residentes em Rio Grande.

Os instrumentos de pesquisa utilizados foram o questionário sobre o perfil da população, que aborda questões socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de saúde, o questionário internacional de atividade física (IPAQ), que estima o nível habitual de atividade física de populações, medido em minutos por semana (9), e o questionário de nível de estresse, validado em 1994 e tem sido utilizado em de pesquisas e trabalhos clínicos na área do stress.<sup>9</sup>

Primeiramente foi investigado nos prontuários do hospital, o nome e o contato dos pacientes que tinham realizado a CRM, no período selecionado. Depois da identificação dos sujeitos, o responsável pela pesquisa entrou em contato para marcar a entrevista para aplicação dos questionários no domicílio do paciente. Os entrevistadores foram devidamente treinados, quanto à aplicação dos questionários.

A coleta de dados teve início após a aprovação do Projeto no Comitê de Ética da Faculdade Anhanguera do Rio Grande/RS e do Responsável do Hospital de Cardiologia da Santa Casa do Rio Grande, todos os partici-



pantes assinaram o termo de consentimento ético livre e esclarecido.

Os dados foram digitados e analisados utilizando o programa estatístico SPSS, para análise de distribuição de frequência das variáveis e descrever a amostra do estudo.

## RESULTADOS

Dos 40 pacientes selecionados com PO em CRM, 21 foram excluídos por informações incompletas e/ou erradas nos prontuários e/ou não residiam na cidade de Rio Grande/RS.

Nas características da amostra, em relação a idade, a média foi de 63,8 + 9,6 anos, sendo que 42% tinham idade menor que 60 anos, 47% entre 61 e 70 anos e 11% mais que 71 anos (figura 1). A idade mínima foi de 50 anos e 86 anos a idade máxima. Em relação ao nível de escolaridade da amostra estudada, verificou-se que os indivíduos estudaram no máximo até o ensino médio, sendo que 74% dos pacientes cursaram o ensino fundamental e 26% concluíram o ensino médio. Quanto a situação conjugal, 69% dos pacientes vivem com companheiro e 31% vivem sozinhos.

No que se refere aos hábitos de vida, todos os pacientes questionados não fumavam e nem faziam uso de bebidas alcoólicas e ainda tinham o hábito de cuidar da alimentação, refletindo dessa forma em uma boa percepção de saúde pelos pacientes. Em relação a atividade física, segundo os critérios do IPAQ, 74% dos pacientes não foram considerados ativos fisicamente.<sup>9</sup> (Figura 2).

No presente estudo todos os participantes apresentaram algum tipo de estresse, sendo que a maioria, ou seja, 58% apresentaram estresse físico na fase de alerta e no que se refere ao estresse psíquico, 69% dos pacientes apresentaram estresse psíquico na fase de exaustão.

## DISCUSSÃO

Hábitos de vida costumam determinar o estado de saúde do indivíduo e podem ser considerados como fator de risco modificáveis para determinadas doenças. Neste estudo, foram avaliados os pacientes que realizaram a CRM e apresentavam-se em PO de 6 meses, a maioria dos pacientes tinham idade entre 61 e 70 anos. Em relação à idade, foi verificado que esta foi similar a de outros estudos, assim como no estudo Cavagnoli (2007) onde os indivíduos mais acometidos eram a população em torno de 70 anos e no estudo de Kaufaman (2011) a idade média foi de 61,2 + 10,3 anos. De acordo com Almeida (2003), a idade maior que 70 anos é um fator de risco, tanto para mortalidade hospitalar como para intercorrência grave pré-operatória. A idade é um determinante crítico para complicações pré e pós-CRM. Já os indivíduos considerados até 60 anos, são sujeitos que ainda se encontram em idade produtiva, o que é

FIGURA Nº 1

Idade.

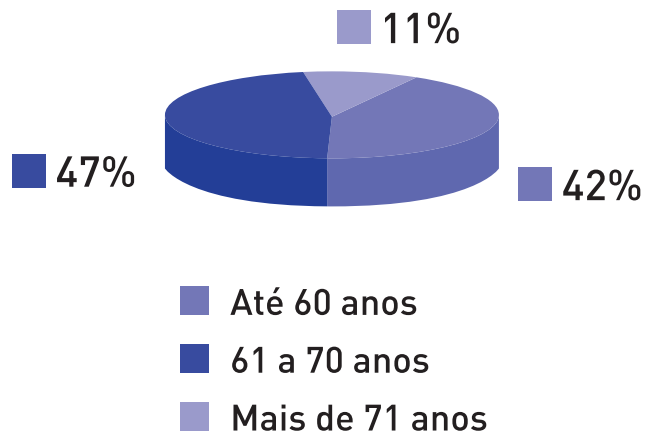
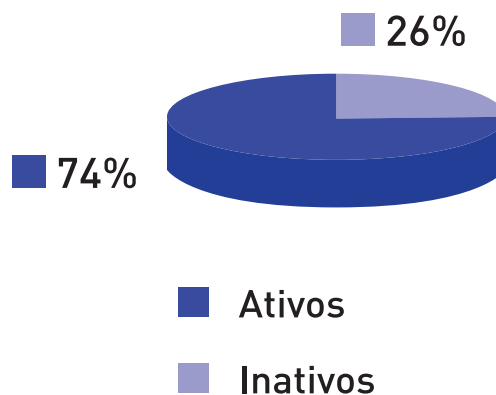


FIGURA Nº 2

Atividade Física.



relevante, pois são indivíduos que se tornam inativos para a atividade profissional.<sup>3</sup>

Neste estudo, apenas 26% dos entrevistados concluíram o ensino médio, nenhum paciente tinha curso técnico, de graduação ou algum tipo de Pós-Graduação. Como foi visto anteriormente, os pacientes incluídos no estudo estiveram internados no Hospital de Cardiologia do Rio Grande/RS hospital o qual trabalha com o Sistema Único de Saúde (SUS), o que mostra o estudo de Ribeiro (2006) que analisou o perfil dos usuários do SUS e a partir desta pesquisa foi verificado que a maioria dos indivíduos, ou seja, 45% tinha cursado apenas a terceira série, relacionando o perfil da população que utiliza o SUS com a baixa escolaridade.

Na avaliação de hábitos como tabagismo, alcoolismo e hábitos alimentares, foi observado que os pacientes tinham cuidados em relação a estes aspectos. Pois pacientes que sofreram alguma Doença cardiovascular em sua maioria mudaram seus hábitos de vida após o trauma da doença, repercutindo no cotidiano e na qualidade de vida destas pessoas. Fato este que foi encontrado neste estudo e pode ser relacionado ao momento em que eles vivem, fazendo com que apresentem uma boa percepção de saúde.<sup>13</sup>

Em um estudo, onde foi avaliada a percepção de saúde em pacientes que se submeteram a cirurgia cardíaca, aplicando um questionário em três períodos, no pré-operatório, depois de cinco dias após a cirurgia e seis meses após a cirurgia e como resultado a percepção de saúde dos pacientes aumentou significativamente.<sup>14</sup> Antes da cirurgia, os pacientes demonstravam abatimento e insegurança e após seis meses da cirurgia se declararam seguros para retomar suas atividades diárias. O presente estudo, da mesma forma, identificou uma maior percepção de saúde após a cirurgia, assim esses indivíduos podem também realizar suas atividades diárias com segurança.

A IF é considerada um importante fator de risco para doenças cardíacas, e foi verificado que a maioria da população estudada não realiza atividade física. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que 150 minutos por semana de atividade física são ideais na prevenção de doenças cardíacas, câncer e doenças crônicas.<sup>15</sup>

Os benefícios de uma atividade física são inúmeros e auxiliam tanto na promoção da saúde, quanto na recuperação dela. A prática de atividades físicas, realizadas frequentemente, é essencial para se obter uma vida saudável e evitar complicações de doenças, relata ainda que o sedentarismo está presente em quase 90% dos pacientes sendo o segundo fator de risco mais prevalente entre os cardiopatas. Pode ser relacionado ainda, a IF como diretamente associada com outros fatores de risco como a Hipertensão, o diabetes mellitus (DM), o

colesterol e o triglicérido elevados<sup>13 16</sup>, por isso, é fundamental a prática de exercícios frequentemente.

Schargodsky (1998), aborda em seu estudo que o exercício físico e a prática adequada deste, são uma das mais importantes e eficazes medidas de prevenção da doença coronariana. Além de resguardar a saúde e a qualidade de vida. A IF, em decorrência disso, é apontado como o maior fator de risco dentre os indivíduos que sofrem de doenças cardíacas. No estudo de Aguillar (1997), 77% dos pacientes cardiopatas não praticavam nenhum exercício físico, assim como no estudo de Resende (2010), que 63% dos pacientes cardíacos também não praticavam atividade física regular.

O nível de estresse analisado neste estudo é determinado como fase 1 (alerta) e fase 3 (exaustão), assim como o estudo de Rossetti (2012) que também abordou o Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL) e forneceu o grau da sintomatologia do estresse. Assim como, Neste estudo, foi evidenciado que todos os pacientes apresentavam algum tipo de estresse. Nesse contexto, existe uma reflexão sobre a unidimensionalidade da internação médico-hospitalar, investigando a experiência e o medo de conforto e desconforto na perspectiva de homens cardiopatas.<sup>20</sup>

Dessa forma o estresse também é considerado como fator de risco para doenças cardíacas, pois o indivíduo estressado libera hormônios que alerta o sistema nervoso sobre o perigo, entre esses hormônios se encontra a adrenalina que provoca o aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial.<sup>10 13</sup> O estresse mental ou emocional está entre os maiores problemas da sociedade moderna e o sistema cardiovascular possui extenso papel na adequação ao estresse, sofrendo por isso as consequências da sua exacerbação.<sup>20</sup>

Os fatores como cuidados em não fumar, não usar bebida alcoólica e ter boa alimentação já estão sendo incorporados no dia a dia desses pacientes cardiopatas em pós-operatório, porém é necessário uma atuação mais intensa no que se refere a prática de atividade física e a diminuição do estresse.

Leguisamo (2005) comprova a efetividade de um programa de prevenção e reabilitação em pacientes que realizaram CRM, aumentando suas capacidades respiratórias e motoras além de diminuir o tempo de permanência hospitalar. A efetividade de um programa envolve diversos profissionais da saúde para modificar os fatores de risco para doenças cardiovasculares, em um estudo foi constatado que após o programa 72% dos que não faziam dieta passaram a fazê-la, dos 55% sedentários, 71% passaram a se exercitar, 60% dos fumantes interromperam esse hábito e 32% o diminuíram. Mostrando assim que o programa multiprofissional pode ser efetivo e que estes FR podem ser alterados através de incentivo dos profissionais da saúde.<sup>22</sup>

## CONCLUSÃO

Foi possível constatar que o sedentarismo e o estresse estão muito presentes na vida desse grupo de pessoas. Nesse sentido, torna-se imprescindível o desenvolvimento de ações em saúde para que seja promovida a conscientização relacionada aos fatores de risco para IAM e a saúde em geral para que esses indivíduos possam desfrutar de uma vida saudável e com qualidade. Dessa forma destaca-se a importância da atuação mul-

tiprofissional a fim de proporcionar conscientização a respeito de hábitos de vida saudáveis e determinados fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento de diversas doenças. A disseminação do entendimento sobre fatores de risco modificáveis como o sedentarismo e a possibilidade de reversão através da prática de atividade física frequente, torna-se oportuna em vista da melhora da qualidade de vida. Assim, o papel do profissional da saúde é fundamental para a mudança no estilo de vida.

## REFERÊNCIAS

1. Rique A. B., Soares E. A., Meirelles C.M. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. *Rev. Bras. Med. Esporte.* 2002; 8 (6) : 244-54.
2. Kaufman R, Caetano M.C., Aquino M.A., Santos M.A., Martins M., Müller R. et al. Perfil epidemiológico na cirurgia de revascularização miocárdica. *Rev Bras Cardiol.* 2011; 24(6):369-76.
3. Avezum A, Piegas L., Pereira J.C. Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo. Uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento. *Arq. Bras. Cardiol.* 2005; 84(3):206-13.
4. Polanczyk C.A. Fatores de risco cardiovascular no Brasil: os próximos 50 anos. *Arq Bras Cardiol* 2005; 84(3): 199-201.
5. Colombo, R.C.R.; Aguillar, O.M. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. *Rev. latino-am. Enfermagem.* 1997; 5 (2):69-82.
6. Martini M.R., Juarez N.B.. Influência da atividade física no tempo livre em pacientes no seguimento de até dois anos após CRM. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2010; 25(3): 359-64.
7. De Sá Leitão Ramos, A. L. Prevalência de fatores de risco cardiovasculares e adesão ao tratamento em pacientes cadastrados no sistema de acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) em unidade de referência de Fortaleza, Ceará, 2002-2005 [Dissertação]. Fortaleza: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2008.
8. Matsudo S, et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil; International physical activity questionnaire (IPAQ): study of validity and reliability in Brazil. *Rev. bras. ativ. fís. Saúde.* 2001; 6 (2): 05-18.
9. Lipp, M. E. N. & Guevara, A. J. H. Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress. *Estudos de Psicologia.* 1994; 11 (3):42-49.
10. Cavagnoli, F, Peruzzolo, K.D. Infarto Agudo Do Miocárdio. Cas-cavel: Faculdade Assis Gurgacz, 2007. Disponível em <http://www.dom-bosco.fag.edu.br/coor/coopex/5eccii/Trabalhos/Ci%EAncias%20da%20Sa%FAde/Comunicacao/907.doc>.
11. Almeida FF, Barreto S.M., Couto B.R.G.M., Starling C.E. Fatores preditores da mortalidade hospitalar e de complicações peroperatórias graves em cirurgia de revascularização do miocárdio. *Arq Bras Cardiol.* 2003; 80(1): 41-50.
12. Ribeiro M.C.S.A., et al. "Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS-PNAD 2003; Sociodemographic profile and utilization patterns of the public health care system (SUS)-PNAD 2003. *Ciênc. saúde coletiva.* 2006; 11 (4): 1011-1022.
13. Scherer C, Fernandes S.E.M., Loro M.M., Kirchner R.M. O que mudou em minha vida? Considerações de indivíduos que sofreram infarto agudo do miocárdio. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* 2011; 13(2), 296-305.
14. Gonçalves FDP, Marinho PEM, Maciel MA, Galindo Filho VC, Dornelas de Andrade A. Avaliação da qualidade de vida pós cirurgia cardíaca na fase 1 através do questionário SF-36. *Rev Bras Fisioterapia,* 2006; 10(1), 121-6.
15. Comitê da OMS/FIMS em atividade física e saúde, posicionamento oficial da oms/fims exercício para a saúde. *Rev bras med esporte.* 1998; 4 (4).
16. Santos ESD, Minuzzo L, Pereira M.P, Castillo M.T.C., Palácio M. A. G, Ramos R.F, Piegas L.S. Registro de síndrome coronariana aguda em um centro de emergências em cardiologia; Acute coronary syndrome registry at a cardiology emergency center. *Arq. bras. Cardiol.* 2006; 87(5): 597-602.
17. Silva M.A.D.D., Sousa A.G., Schargodsky H. Risk factors for acute myocardial infarction in Brazil (FRICAS study). *Arquivos brasileiros de cardiologia,* 1998; 71(5): 667-675.
18. Coelho, L.M., Resende E. S. Perfil dos pacientes com infarto do miocárdio, em um hospital universitário. *Rev. médica de Minas Gerais-RMMG.* 2010; 20(3) (2010).
19. Rossetti, M. O. et al . O inventário de sintomas de stress para adultos de lipp (ISSL) em servidores da polícia ederal de São Paulo. *Rev. bras.ter. cogn.* 2008; 4 (2).
20. Mussi, F. C. Desconforto, modelo biomédico e enfermagem: reflexões com base na experiência de homens infartados. *Acta Paul Enferm.* 2003; 16 (3): 88-97.
21. Loures, D.L., Nóbrega A.C.L., Sousa E.B., et al. Estresse Mental e Sistema Cardiovascular. São Paulo: Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2002.
22. Leguisamo, C.P., Renato A.K.K., Furlani A.P. A efetividade de uma proposta fisioterapêutica pré-operatória para cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2005; 20 (2): 134-41.
23. Scherr C., Cunha, A.B., Magalhães C.K., et al. Intervenção nos hábitos de vida na Saúde Pública. Rio de Janeiro: Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2010.



# APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO EN LA PRACTICA HOSPITALARIA POR LOS ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA DE ENFERMERÍA DE LA FETS.

APPLICATION PROCESS IN PRACTICE NURSE HOSPITAL FOR STUDENTS OF THE BACHELOR OF NURSING FETS.

APLICAÇÃO DO PROCESSO ENFERMEIRO NA PRÁTICA HOSPITALAR PELOS ESTUDANTES DA LICENCIATURA EM ENFERMAGEM DA FETS.

## **Autores:**

1. Lic. Karina Alonso: Lic. en Enfermería Especialista. Profesora Adjunta de Alta Dedicación, Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, Universidad Católica del Uruguay, Montevideo, Uruguay.;
2. Lic. Susana Silvera: Lic. en Enfermería Especialista. Profesora Adjunta de Alta Dedicación, Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, Universidad Católica del Uruguay, Montevideo, Uruguay.;

Recibido: 20/10/2013

Aceptado: 04/12/2013

## **RESUMEN**

El presente trabajo es un estudio, cuantitativo, retrospectivo de corte transversal, el cual tiene como finalidad describir como aplican el Proceso Enfermero los estudiantes de la Licenciatura de Enfermería durante su experiencia clínica. Se evaluaron los últimos Proceso Enfermero, realizados por cada uno de los estudiantes en el período Mayo- Noviembre 2011. Para la recolección de los datos se elaboró un instrumento que permitió caracterizar a los estudiantes según la modalidad de la carrera, e identificar las tres primeras etapas del Proceso Enfermero y la relación entre ellas. Para la designación de los diagnósticos enfermeros se utilizó la Taxonomía II de la NANDA 2009-2011.

**Resultados:** Del total de los alumnos un 67% corresponden a la modalidad de 9 semestres. Se evaluaron 91 Procesos Enfermeros. Si bien todos utilizaron la historia clínica como fuente de datos, solo un 67% lo hace en forma completa. En el 97% de los Procesos Enfermeros se utilizaron para los diagnósticos enfermeros la taxonomía NANDA. Las etiquetas más utilizadas fueron riesgo de infección, déficit de autocuidado: baño y deterioro de la movilidad física. En el 77% de los PE se establecieron correctamente las prioridades, acorde a la valoración realizada.

**Conclusión:** Si bien se ha fortalecido el uso del Proceso Enfermero, aún existen dificultades en el abordaje del mismo.

**Palabras clave:** Enfermería, Educación en Enfermería, Estudiantes de Enfermería.

## **SUMMARY**

The present work is a study, quantitative, cross-sectional, which is intended to describe and apply the Nursing Process students Bachelor of Nursing during their clinical experience. We assessed recent Nursing Process, made by each of the students in the period May-November 2011. For data collection instrument was developed that allowed students characterize as the career mode, and identify the first three stages of the Nursing Process and the relationship between them. For the description of nursing diagnoses used the NANDA Taxonomy II 2009-2011.

**Results:** Among students 67% corresponds to the mode of 9 semesters. Nurses were evaluated Processes 91. While all medical records used as data source, only 67% do so in full. In 97% of Nursing Process were used for taxonomy NANDA nursing diagnoses. The labels used were more risk of infection, self-care deficit: bathing and impaired physical mobility. In 77% of the PE right priorities were established, according to the valuation.

**Conclusion:** While it has strengthened the use of Nursing Process there are still difficulties in addressing the same.

**Keywords:** Nursing: Education Nursing, Nursing students.

## **RESUMO**

O presente trabalho é um estudo, quantitativo, retrospectivo, transversal, que tem como objetivo descrever e aplicar os estudantes do processo de enfermagem do Bacharelado em Enfermagem durante a sua experiência

clínica. Foram avaliadas enfermeira processo recente , feita por cada um dos alunos no período de maio a novembro de 2011. Para coletar os dados que caracterizam um instrumento que permitiu que seus alunos sobre o modo de carreira, e identificar as três primeiras etapas do processo de enfermeira e da relação entre eles foi desenvolvido. Do total de alunos 67% corresponde ao modo de 9 semestres para a designação de enfermagem diagnostica Taxonomia II da NANDA 2009- 2011. Resultados foi usado. Foram avaliados 91 Processos de Enfermagem Enquanto todos os registros médicos usados como fonte de dados, apenas 67 % o fazem completamente . Em 97% das Processos de Enfermagem foram utilizados para Diagnósticos de Enfermagem da NANDA taxonomia . As tags mais utilizadas foram o risco de infecção , déficit no autocuidado: banho e mobilidade física prejudicada . Em 77% dos Processos de Enfermagem prioridades estão definidas corretamente , de acordo com a avaliação feita .

**Conclusão:** Embora o uso reforçado Processo de Enfermagem, ainda há dificuldades em lidar com o mesmo.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Educação em Enfermagem, Estudantes de Enfermagem.

## INTRODUCCIÓN

Uno de los pilares en los que se fundamenta el cuidado de enfermería es el Proceso de Enfermería (PE), mediante el cual se realiza la articulación de todas las actividades enfermeras sobre la base del método científico, instrumento interdisciplinar y universal, basado en la utilización sistemática de una secuencia ordenada, razonada, coherente y retroactiva de actividades (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación), que incluyen en sí mismas, valores, actitudes, habilidades y conocimientos propios de cada disciplina que permiten conseguir los resultados esperados, en este caso en el paciente. Por lo tanto el proceso enfermero es el eje fundamental de la actuación profesional y el soporte metodológico para la planificación de los cuidados, asegura la calidad de los mismos en la medida que evalúa las acciones con base en los objetivos planteados en términos de bienestar, comodidad y seguridad del paciente. El principal cometido del trabajo de investigación que aquí se presenta es: Describir la aplicación del Proceso Enfermero, en relación a la valoración, diagnósticos e intervenciones de enfermería, realizada por los estudiantes de la Licenciatura de Enfermería. La identificación correcta de los problemas reales o de riesgo que realiza en este caso el estudiante de los pacientes/clientes, deben ser el fundamento de las intervenciones de enfermería. Puesto que en la actualidad ya no tiene cabida el cuestionarse la conveniencia o no de utilizar una metodología científica en el trabajo asistencial, la discusión surge en cómo poner en práctica dicha metodología. Esto significa que el estudiante

debe incorporar los valores y actitudes profesionales, que incluyen actuar reflexivamente, con creatividad y responsabilidad para lograr eficiencia y eficacia en el trabajo de enfermería.<sup>1</sup>

El compromiso con la calidad del servicio que ofrecemos a la sociedad como educadores en Enfermería, nos obliga a realizar una reflexión crítica, con el fin de asegurar la calidad de los cuidados enfermeros que brindan los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería durante su experiencia clínica. Es necesario por tanto que los futuros profesionales comprendan la importancia de abordar al individuo como un ser integral con necesidades, intereses y problemas que debemos conocer para realizar el cuidado adecuado en cada situación particular.

### **Antecedentes del Proceso Enfermero.**

Desde mediados de los años 50, varias teóricas de enfermería comenzaron a formular sus consideraciones acerca del método de actuación profesional de las enfermeras: el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).<sup>2</sup> En 1953 Vera Fry introdujo el término “Diagnóstico de Enfermería” para describir un paso necesario en el plan de cuidados. El término Proceso Enfermero (PE), aparece en los escritos de enfermería por primera vez a mediados del 1955, cuando Lidia Hall (enfermera norteamericana) describe a la enfermería como un proceso. Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideran un proceso de enfermería formado por tres etapas (valoración, planeación y ejecución).<sup>3</sup> En 1965 Virginia Henderson afirma, que el proceso de enfermería utiliza los mismos pasos que el método científico. En 1967, Yura y Walsh, describen un proceso con cuatro etapas: valoración, planeación, ejecución y evaluación.<sup>4</sup>

La utilización de esta metodología se extiende por Europa y América a mediados de los 70. En 1974, 75 y 76, Dorris Bloch, Sor Callista Roy y Aspinall, respectivamente introducen el diagnóstico de enfermería, como segunda etapa del proceso enfermero, el cual queda constituido por cinco etapas en el siguiente orden: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación.<sup>3</sup> En 1980 la Asociación de Enfermeras Americanas (ANA), definió a la enfermería como “el diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana a los problemas de salud reales y potenciales”.<sup>5</sup>

Para la Asociación de Enfermeras Americanas, el proceso es considerado como un estándar para la práctica de la profesión; favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementado la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad.<sup>6</sup> En 1991, la NANDA revisó los criterios de la práctica de enfermería y mantuvo el modelo de los cinco pasos. En Estados Unidos el proceso enfermero se ha incorporado en los planes de estudio de enfermería, también se ha incluido en la mayoría de las leyes de la práctica de enfermería.<sup>3</sup>



En Uruguay, el proceso enfermero se ha incorporado en los planes de estudio de enfermería de dos facultades, pero la realidad nos muestra que hoy en día sigue habiendo un vacío importante entre la teoría y la práctica, con una escasa implantación del proceso enfermero en el trabajo asistencial.<sup>7</sup> Los profesionales aplican los conocimientos mediados por una serie de valores inherentes a la profesión, sin embargo existe una diferencia con el ámbito académico a la hora de aplicar un método riguroso en los cuidados que permita la continuidad y por tanto la evaluación y la introducción de mejoras que repercutan en el crecimiento profesional.<sup>6</sup>

El objetivo general de este estudio fue describir la aplicación del PE, en relación a la valoración, diagnósticos e intervenciones de enfermería, realizada por los estudiantes de la Licenciatura de Enfermería de la FETS en el periodo de Mayo- Noviembre 2011.

Los objetivos específicos se han definido como: describir la relación entre la valoración realizada y la identificación de los problemas del usuario en el PE, identificar los diagnósticos enfermeros más utilizados y describir la relación entre los diagnósticos enfermeros más enunciados en cada enfermería y las intervenciones planificadas por cada estudiante.

## METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, en el periodo de mayo a noviembre del 2011. La población estuvo conformada por 395 procesos enfermeros, realizados por los estudiantes en dicho periodo. La muestra fue obtenida por conveniencia y estuvo constituida por 91 procesos enfermeros.

Se incluyeron los últimos procesos enfermeros realizados por los estudiantes de la Licenciatura de Enfermería que en el periodo antes mencionado, realizaron su práctica clínica. Este criterio tomado para definir la inclusión, tuvo como propósito permitir al estudiante un proceso de evolución en la aplicación y realización de esta herramienta.

Quedaron excluidos los procesos enfermeros que no fueron enviados a tiempo por los Docentes y los que no estaban en periodo de práctica.

El Instrumento para la recolección de los datos, fue elaborado por los Docentes investigadores, se divide en 2 partes, por un lado los datos de la modalidad de la carrera que cursa el estudiante, por otro todos los datos necesarios de las tres primeras etapas del proceso enfermero (recolección de datos, Etiquetas diagnósticas y el plan de cuidados), para poder analizar la aplicación del proceso.

Para obtener los procesos enfermeros realizados por los estudiantes de la Licenciatura en el año 2011, se solicitó a los docentes responsables de cada enfermería la entrega de los mismos una vez finalizada la experiencia clínica.

## RESULTADOS

Durante el período comprendido entre Mayo y Noviembre del 2011, 49 fueron los estudiantes que cursaron su experiencia clínica en las asignaturas, enfermería en Médico-Quirúrgico (MQ), Crítico (C), Materno-Infantil y Pediatría (MI- P), Geriatria (G) y Traumatología (T), en Instituciones Públicas y Privadas de la ciudad de Montevideo. Como muestra la Tabla N° 1, de esos estudiantes, 33, corresponden a la modalidad de la carrera de 9 semestres, y 16 de ellos a la modalidad de 6 semestres.

**TABLA N° 1**

Distribución de estudiantes según la modalidad de la carrera (9 semestres plan normal y 6 semestres plan de profesionalización).

Modalidad de la carrera	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
9 semestres	33 estudiantes	67 %
6 semestres	16 estudiantes	33%
Total	49 estudiantes	100%

Fuente: Datos obtenidos de Instrumento elaborado por los Docentes.2011.

Del total de los Procesos Enfermeros realizados por los estudiantes en su experiencia clínica (395), se analizaron 91. Estos procesos enfermeros evaluados fueron los últimos que realizaron los estudiantes en cada asignatura. Se decidió utilizar esta forma de selección para favorecer en el estudiante el análisis, comprensión y evaluación, de las correcciones realizadas por los Docentes en todo el periodo. Destacamos que cursan Enfermería Médico-Quirúrgica en el mismo año realizan Enfermería en Cuidados Críticos. De la misma manera los estudiantes que cursan Materno-Infantil y Pediatría en el mismo año realizan Geriatria.

**TABLA N° 2**

Obtención de datos de la Historia Clínica por parte de los estudiantes.

Historia clínica	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Datos completos	61 procesos	67%
Datos incompletos	30 procesos	33 %

Fuente: Datos obtenidos de Instrumento elaborado por los Docentes 2011.



De los 91 procesos enfermeros evaluados, se observó que los estudiantes utilizaron diferentes fuentes para la obtención de los datos, sobre el paciente. El 100% utilizó la Historia Clínica como fuente de datos como muestra la **Tabla N° 2**, un 67% lo hizo en forma completa y en el 33% restante de los procesos los datos obtenidos estaban incompletos.

**TABLA N° 3**

Uso de instrumento de valoración por parte de los estudiantes.

Instrumento de valoración			Frecuencia Relativa
SI	procesos	91	100%
NO		0	0

Fuente: Datos obtenidos de Instrumento elaborado por los Docentes. 2011.

Otra fuente de recolección de datos fue el examen físico, donde en el 100% de los casos se utilizó para realizarla un Instrumento de valoración.

**TABLA N° 4**

Método de valoración física utilizada, por los estudiantes.

Métodos de Valoración	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Céfalo Caudal (CC)	53	58%
Necesidades (N)	11	12%
Sistema (S)	26	29%
Sistema Afectado (SA)	1	1%
Patrones Funcionales (PF)	0	0
Total	91	100%

Fuente: Datos obtenidos de Instrumento elaborado por los Docentes. 2011.

El método de valoración más utilizado, fue céfalo caudal en un 58% de los casos, seguido de la valoración por sistemas en un 29%, un 12 % por necesidades, por último, un 1% por sistema afectado.

**TABLA N° 5**

Utilización de las etiquetas NANDA.

Etiquetas NANDA	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
SI	88 procesos	97%
NO	3 procesos	3%
Total	91 procesos	100%

Fuente: Datos obtenidos de Instrumento elaborado por los Docentes. 2011.

Como vemos en la **Tabla N°5**, el 97 % de los procesos evaluados, enunciaron los problemas del paciente mediante la utilización de las etiquetas NANDA 2009-2011.<sup>4</sup> Solo en un 3% de los casos, se observó que los estudiantes enunciaron algunos problemas detectados sin utilizar dichas etiquetas.

**TABLA N° 6**

Relación Valoración – Etiqueta Diagnostica.

Etiqueta		Relacionado (RC)		Manifestado	
		parte de la valoración			
SI	NO	SI	NO	SI	NO
460	81	424	36	413	47

Fuente: Datos obtenidos de Instrumento realizado por Docentes. 2011.

En los 91 PE evaluados se enunciaron 541 etiquetas diagnósticas, de las cuales 460 parten de la valoración realizada, el resto no presentan relación con la valoración presentada del paciente. De los 460 Etiquetas Diagnosticas que se enuncian en función de la valoración realizada, en 424, se observa que los factores relacionados (RC) parten de las observaciones hechas por los estudiantes. De los 460 Etiquetas Diagnosticas enunciadados en función de la valoración realizada, en 413, las características definitorias (MP), evidencian los signos y síntomas identificados en los pacientes.

**TABLA N° 7**

Priorización de Objetivos y Cuidados en relación al problema detectado.

Planificación	Correcto	Incorrecto	Frecuencia Absoluta
Prioriza los problemas	70	21	91 PE
Plantea objetivos acordes al problema	373	87	460 Etiquetas
Prioriza acciones en relación al problema	82	9	91 PE

Fuente: Datos obtenidos de Instrumento elaborado por Docentes. 2011.

En 70 de los 91 PE evaluados se observa que los estudiantes ordenan, prioritariamente los problemas detectados. De los 460 Etiquetas Diagnostica enunciadas que parten de la valoración, se plantaron 373 objetivos específicos para el logro de los resultados esperados. En 82 PE se planificaron cuatro o más acciones prioritaria en relación al problema identificado.

#### TABLA N° 8

Etiquetas Diagnósticas priorizados por los estudiantes.

Riesgo de infección.
Déficit de auto cuidado: baño.
Deterioro de la movilidad física.
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea,
Riesgo de lesión.
Riesgo de caídas.
Deterioro de la integridad tisular.
Riesgo de nivel de glucemia inestable,
Limpieza ineficaz de las vías aéreas.
Riesgo de aspiración.
Dolor agudo.
Ansiedad.
Deterioro de la integridad cutánea.

Fuente: Datos obtenidos de Instrumento elaborado por Docentes. 2011.

Se consideraron como Etiquetas Diagnosticas más importantes aquellos que se enunciaron con una frecuencia igual o superior a 10 veces, los cuales fueron por orden: Riesgo de Infección, Déficit de autocuidado: baño, Deterioro de la movilidad física, Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, Riesgo de lesión, Riesgo de caída, Deterioro de la integridad tisular, Riesgo de nivel de glucemia inestable, Limpieza ineficaz de las vías aéreas, Riesgo de aspiración, Dolor agudo, Ansiedad, Deterioro de la integridad cutánea.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Según Alfaro, la utilización PE en la práctica de enfermería, promueve el desarrollo de un pensamiento, autónomo, flexible, crítico, todo lo que redundará en la Calidad de cuidados que se brindan al paciente.<sup>7 8</sup> Si bien la enseñanza del PE se ha fortificado en los últimos años en la formación académica que se brinda a los estudiantes, los resultados evidencian en la práctica clínica algunas dificultades imperiosas de subsanar. Los estudiantes muestran conocer las diferentes etapas del PE, pero a la hora de aplicarlo, presentan dificultades.

En relación a las dificultades encontradas en este estudio, podemos destacar la realización incompleta en la recolección de datos, ya sea los obtenidos de la Historia Clínica como de la propia Valoración del paciente, lo que dificulta luego la realización del proceso enfermero. Si consideramos la Valoración como la piedra angular del proceso, es importante poder trabajar con los estudiantes, utilizando diferentes herramientas y metodologías que fortalezcan esta etapa.<sup>7</sup>

Navarro Peña concluye en su estudio que a través de esta experiencia surge el desafío de la búsqueda de nuevas estrategias o buscar y consolidar las ya utilizadas para guiar a nuestros estudiantes de manera más eficaz en la toma de decisiones, es decir, que las personas tengan el conocimiento, reconozcan su importancia y lo incorporen en su conducta.<sup>10</sup>

Este estudio deja caminos abiertos para continuar profundizando sobre el tema, indagando sobre la aplicación del PE y especialmente sus implicancias en la calidad de los cuidados que se brindan.

---

## REFERENCIAS

1. Encinas, M.E. Aplicación de la metodología de Enfermería en la organización de los cuidados, desde la perspectiva de los enfermeros en el Instituto Oncológico de San Sebastián. Universidad Complutense. Madrid. 2010.
2. Amaro, M.C. El método científico de enfermería, el Proceso de Atención, y sus implicaciones éticas y bioética. Revista Cubana de Enfermería. V.20 n.1. Ciudad de la Habana. 2004.
3. Noguera, N. Proceso de Atención de Enfermería: una herramienta para la garantía del cuidado. Primer encuentro de enfermeras Hospital Universitario Clínica San Rafael. Bogotá. 2008.
4. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación.2009-2011. Elsevier. Barcelona. NANDA Internacional. 2010.
5. Santos Ruiz, S. ¿El ámbito profesional modifica la conceptualización enfermera? Estudio comparativo entre enfermeras del ámbito médico y quirúrgico. *Enferm.glob.* n.17 Murcia. 2009 <http://dx.doi.org/10.4321/S1695.61412009000300011>
6. Pecina R. Experiencias de los alumnos sobre la aplicación del proceso enfermero en el área hospitalaria. *Enf. neurol.* Vol 11, N°1,pp 21-24, Medigraphic. Mexico 2010
7. Alfaro, R. Aplicación del Proceso de Enfermería. 5ª edición. Elsevier-Masson. Barcelona. 2003
8. Alfaro, R. Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería. Elsevier-Masson. 2007.
9. Arribas Cacha A. Aréjula, J. et al. Observatorio, Metodología de Enfermería. Valoración enfermera estandarizada; FUDEN. Madrid, 2006.
10. Navarro Peña, Y.; Castro Salas, M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enferm. glob.* (revista en la internet). 2010 Jun (citado 14 de Feb 24 ); (19) Disponible en: [http://cielo.isciii.es/cielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=es](http://cielo.isciii.es/cielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=es).  
<http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412010000200004>. Recuperado el 23 de febrero de 2014.





# PRIMER CONTACTO DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA CON LA PERSONA ENFERMA: ANÁLISIS DE LA ETAPA DE VALORACIÓN.

FIRST CONTACT OF NURSING STUDENTS WITH THE SICK  
PERSON: ANALYSIS STAGE ASSESSMENT.

O PRIMEIRO CONTATO DOS ESTUDANTES DE  
ENFERMAGEM COM A PESSOA DOENTE: ANÁLISE  
DA AVALIAÇÃO DO PACIENTE.

## Autores:

1. Natalie Figueredo: Doctorando por la UB. Mag. en Enfermería por la UIC. Profesora Adjunta de Alta Dedicación. Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, Universidad Católica. Montevideo, Uruguay. [nafiguer@ucu.edu.uy](mailto:nafiguer@ucu.edu.uy)

2. Ana María García: Lic. En Enfermería Especialista. Profesora Adjunta de Alta Dedicación. Directora de la Carrera de Enfermería. Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, Universidad Católica. Montevideo, Uruguay. [anagarcia@ucu.edu.uy](mailto:anagarcia@ucu.edu.uy)

Recibido: 26/10/2013

Aceptado: 03/12/2013

## RESUMEN

En la primera instancia del proceso de enseñanza-aprendizaje se trata que el estudiante se introduzca en el conocimiento de la metodología científica y desarrolle habilidades intelectuales para identificar y resolver situaciones de cuidado, desde una base metodológica fundada en datos analizados, contrastados y organizados que permitan establecer una hipótesis de trabajo.

**Objetivo:** Identificar la articulación de los conocimientos teórico-prácticos, de estudiantes de Enfermería, en el primer contacto con personas enfermas.

**Metodología:** Mediante un estudio descriptivo se analizó la documentación de los Procesos Enfermeros focalizados en la etapa de valoración, realizada por estudiantes en el segundo nivel de atención, durante agosto- noviembre 2012. Se realizó el análisis retrospectivo de 93 documentos, extrayendo variables y valorando la población por Patrones Funcionales. Se establecieron dos categorías: **A** comprendiendo valoración completa (motivo de ingreso, antecedentes, edad, sexo, índice de Norton y Barthel, patrones alterados, presencia de barandas y acompañante); **B** cuando faltó alguno de los elementos anteriores.

**Resultados:** En un total de 93 valoraciones, 11 fueron incluidas en la categoría A, y 82 se incluyeron en la categoría B. Los aspectos donde se detectaron mayores dificultades fueron en la observación de la presencia de barandas y acompañante, seguido por la aplicación de las escalas de Barthel y de Norton.

**Conclusiones:** La dificultad de articular los conocimientos de forma integrada descuida aspectos importantes como la seguridad del paciente. Esto implicaría la revisión de metodologías de enseñanza-aprendizaje, centradas en el estudiante, donde el docente acompañe y tutele el proceso.

**Palabras clave:** Enfermería, Educación en Enfermería, Estudiantes de Enfermería.

## ABSTRACT

In the first instance the process of teaching and learning is that the student is placed on the understanding of scientific methodology and develop intellectual skills to identify and resolve situations of care, from a methodological foundation based on data analyzed, compared and organized to enable establish a working hypothesis.

**Objective:** To identify the articulation of theoretical and practical knowledge of nursing students in the first contact with sick people.

**Methods:** Through a descriptive study documenting Nursing Processes targeted at the stage of assessment, conducted by students in secondary care during August to November 2012 were analyzed. Retrospective analysis of 93 documents, extracting and evaluating variables population was performed by Functional Patterns. Two categories were established: **A** comprehensive

assessment comprising (reason for admission, background, age, sex, and Barthel index Norton, altered patterns, presence of guardrails and passenger), **B** when no one of the above elements.

**Results:** In a total of 93 ratings, 11 were included in category A, and 82 were included in category B. The aspects which were detected were major difficulties in observing the presence of railings and front passenger, followed by application of scales and Barthel Norton.

**Conclusions:** The difficulty of articulating knowledge seamlessly neglects important aspects of patient safety. This would involve the review of teaching-learning, student-centered, where the teacher and tutele accompany the process.

**Keywords:** Nursing, Education Nursing, Nursing students.

## RESUMO

Em primeira instância, o processo de ensino e aprendizagem é que o aluno é colocado sobre a compreensão da metodologia científica e desenvolver habilidades intelectuais para identificar e resolver situações de cuidado, a partir de uma base metodológica com base nos dados analisados, comparados e organizados para permitir estabelecer uma hipótese de trabalho.

**Objetivo:** Identificar a articulação de conhecimentos teóricos e práticos dos estudantes de enfermagem no primeiro contato com pessoas doentes.

**Métodos:** Através de um estudo descritivo documentar Processo de Enfermagem voltados para a fase de avaliação, realizada por alunos na atenção secundária período de agosto a novembro 2012 foram analisados. Análise retrospectiva de 93 documentos, extração e avaliando população variáveis foi realizada por padrões funcionais. Duas categorias foram criadas: uma avaliação abrangente que compreende (motivo da internação, fundo, idade, sexo, índice de Barthel e Norton, padrões alterados, a presença de grades de proteção e de passageiros), **B** quando nenhum dos elementos acima referidos.

**Resultados:** Em um total de 93 votos, 11 foram incluídos na categoria A, e 82 foram incluídos na categoria B. Os aspectos que foram detectadas foram as principais dificuldades em observar a presença de grades e do passageiro da frente, seguido por aplicação de escalas e Barthel Norton.

**Conclusões:** A dificuldade de articulação dos saberes negligencia perfeitamente aspectos importantes da segurança do paciente. Isso implicaria a revisão do processo de ensino-aprendizagem, centrada no aluno,

onde o professor e tutele acompanhar o processo.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Educação em Enfermagem, Estudantes de Enfermagem.

## INTRODUCCION

La institución formadora en educación superior busca contribuir a formar personas que en el ejercicio de su profesión y en su vida personal, sean competentes, conscientes, comprometidos y compasivos. Propicia que sus estudiantes se caractericen por una inquietud hacia la búsqueda permanente del saber y su dedicación al estudio, su sensibilidad social y ética en todas sus acciones, y por el respeto y actitud de servicio hacia los demás.<sup>1</sup>

El estudiante a su vez al ingresar asume de manera responsable la elección que libremente hizo para realizar sus estudios superiores. En este contexto la institución desarrolla su función formadora de profesionales de Enfermería, teniendo como objetivos el logro de un profesional que se distinga por su excelencia en el conocimiento y en los valores y que además sea capaz de incidir en nuestra realidad sanitaria y social, desde una perspectiva humanista.<sup>2</sup>

La formación de este profesional exige entre otras cosas, tener una visión amplia de la enfermería, en la que cada problema es único, inmerso en una realidad determinada, y cuya resolución radica en la acción desde la reflexión. Desde este punto de vista, las prácticas clínicas toman gran relevancia y la necesidad de que el aprendizaje en este ámbito sea riguroso se convierte en algo irrenunciable.

En el marco de las estrategias de mejora continua de la calidad educativa y formadora, se realiza esta investigación con el objetivo de identificar la articulación de los conocimientos teóricos con la práctica, de los estudiantes de Enfermería, en el primer contacto con la persona enferma. El estudiante va asumiendo responsabilidades que irán redefiniendo sus roles a medida que avanza en su carrera, constituyéndose finalmente en un profesional responsable con una sólida formación, respetado y reconocido. En una Universidad de Granada se ha implementado un sistema para asegurar la calidad continua en la educación basado en estrategias de observación y análisis del plan de estudios.<sup>3</sup>

En la primera instancia del proceso de enseñanza-aprendizaje se trata que el estudiante se introduzca en el conocimiento de la metodología científica y desarrolle habilidades intelectuales necesarias para identificar y resolver situaciones de cuidado, desde una base metodológica fundada en datos analizados, contrastados y organizados que le permitan establecer una hipótesis de trabajo.



Las funciones propias de Enfermería, requieren ser organizadas, es por ello que esta estructuración se realiza mediante un procedimiento sistemático de administración de cuidados, el Proceso Enfermero. Constituye una herramienta metodológica que permite la resolución científica de problemas a los cuidados, admitiendo una visión holística de las personas.<sup>4</sup>

Marriner afirma que: "El Proceso de Enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería."<sup>5</sup>

La valoración es la primera fase de este proceso, y la base de las demás. La valoración se define como un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información, que permite determinar la situación de salud, y la respuesta que las personas dan a ésta.

Marjory Gordon especifica los patrones funcionales de salud, como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo, y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología.<sup>6</sup>

Mediante el criterio de valoración de los patrones funcionales se obtiene una significativa cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), de una manera ordenada, facilitando así el análisis de los mismos. La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica, como también informes de otros profesionales.

La valoración de Enfermería como primera etapa del Proceso Enfermero, realizada con el criterio de patrones funcionales de salud, "permite determinar cómo reacciona cada persona, física y psíquicamente a un cambio en su estado de salud y a los métodos diagnósticos y procedimientos terapéuticos que se utilizan para su tratamiento. También sirve para detectar hábitos que pueden haber contribuido a enfermar, factores de riesgo, y todo aquello que pueda dificultar o facilitar el proceso de adaptación a la enfermedad y sus consecuencias. Se obtiene una base de datos básicos con independencia de la edad, el nivel de cuidados o el trastorno médico del cliente."<sup>6</sup>

Toda unidad académica que tenga definido un perfil profesional y haga innovaciones curriculares adaptándose a las nuevas demandas y avances científicos y tecnológicos, debe plantearse algunos interrogantes en relación con aquellas personas que está formando, especialmente cuando se trata de roles sociales. A pesar de que se definen competencias y se mide el logro de conductas esperadas, es necesario describir cómo el es-

tudiante de enfermería está asumiendo el rol profesional durante su formación académica (teórico-práctico), sus expectativas al ingreso, sus percepciones en niveles superiores de formación, conocer si es congruente con los propósitos de la carrera; es especialmente importante este último aspecto, por cuanto la forma como se realizan las primeras experiencias, asumiendo paulatinamente responsabilidades, y la percepción que tiene el alumno de sus primeros encuentros con el cuidado de las personas, son muy importantes para su socialización posterior como enfermero.<sup>7</sup>

Durante las actividades de la práctica clínica, el estudiante de Enfermería, aprende y manifiesta conductas del dominio cognoscitivo, afectivo y psicomotor.

Según Myrick y Yonge el proceso que ocurre en la educación de postgrado es diferente de la educación de pregrado, ya que, el estudiante es frecuentemente un estudiante adulto con las obligaciones correspondientes de vida, trabajo, y comprometido con una carrera.<sup>8</sup> Según el mismo autor, hay una búsqueda de avanzar en la educación, requiriendo un mayor nivel de pensamiento. Por lo cual, sucede un proceso diferente para mejorar la capacidad de pensamiento crítico en el graduado que en el estudiante de pregrado.

La práctica provee al estudiante la experiencia para su aprendizaje; donde se podrá contrastar, confirmar, retroalimentar e integrar el conocimiento de las materias anteriormente cursadas, dando énfasis en la metodología del proceso de enfermería, y las técnicas y procedimientos básicos, con el fin de mantener el funcionamiento adecuado del ser humano. En esta práctica se podrán adquirir otras experiencias derivadas de la interacción del alumno y el paciente con problemas de mínima complejidad, y padecimientos comunes dentro de un ambiente que puede ser hospitalario, domiciliario, escolar, centro de trabajo y cualquier entorno.

Dentro de la práctica, la aplicación de los cuidados de enfermería obliga a la adquisición de conocimientos, habilidades, actitudes y valores; un marco conceptual definido, la aplicación del proceso de enfermería como el método específico para dar un adecuado inicio y mantenimiento de la relación enfermera – paciente, y brindar cuidados integrales adecuados.

La práctica se desarrolla en el campo clínico y tiene como propósitos, que el alumno aplique cada una de las etapas del proceso de enfermería de forma consciente y reflexiva así como orientarse hacia la profesión y reconociendo la contribución de la enfermería en la conservación y promoción de la salud; aplicar los conocimientos y aplicar los principios científicos necesarios. Desarrollar la capacidad de observación, análisis y reconocimiento de las necesidades biológicas, psíquicas, sociales y espirituales del paciente, familia y comunidad. Adquirir destreza y habilidad de enfermería

mediante la observación y la práctica en experiencias constructivas y estimulantes. Desarrollar el sentido de responsabilidad, lealtad, disciplina y honestidad en sus relaciones con pacientes, familia, profesionales y otras personas, grupos e instituciones con los que interactúa.<sup>9</sup>

El diseño curricular de la carrera de Enfermería define que a través de la asignatura Fundamentos de Enfermería, se establezca el primer contacto en el proceso salud-enfermedad de los individuos, familia y comunidad, razón por la cual la población estudiada corresponde al grupo de estudiantes de primer año que cursan dicha asignatura.

## DISEÑO METODOLÓGICO

### *Contexto de la práctica clínica:*

En el marco de un convenio con la institución formadora, la práctica clínica se llevó a cabo en una institución de salud del sector privado, de la ciudad de Montevideo, que cubre la atención del usuario en los tres niveles. Las instancias prácticas se realizaron en dos servicios de internación, médico y quirúrgico. El perfil de los usuarios se caracterizó por ser predominantemente adultos mayores con patologías crónicas descompensadas. La capacidad instalada de cada servicio fue de 20 camas. En cuanto a los recursos humanos enfermeros, la dotación estaba compuesta por un licenciado en enfermería y tres auxiliares.

El equipo multidisciplinario que interactuaba con los enfermeros estaba representado por un médico internista, especialistas médicos, licenciado en nutrición, licenciado en fisioterapia, personal de laboratorio y personal de higiene ambiental.

Previo a la instancia práctica, los estudiantes cursaron la asignatura de Enfermería Fundamental y un taller introductorio a la práctica, en el laboratorio de simulación. Los estudiantes realizaron el proceso enfermero de los pacientes determinados en la práctica clínica, durante el período señalado, de lunes a viernes en el horario de 6 a 12 horas. A cada estudiante se le asignó diariamente un paciente, y de acuerdo al nivel de dependencia del mismo, trabajaría en colaboración con otro estudiante, con los auxiliares de enfermería del sector, o con el docente. La tutoría fue permanente en toda la práctica. Los datos obtenidos tuvieron una finalidad descriptiva.

Se realizó un análisis retrospectivo de la información obtenida de la valoración del proceso enfermero de 93 documentos, realizado por estudiantes de primer año de Licenciatura en Enfermería a pacientes ingresados en un hospital de Montevideo, durante el período agosto-noviembre de 2012. Estos documentos constituyen los registros del primer contacto clínico de los estudiantes con la persona enferma.

Se realizó la valoración a usuarios por el criterio de Patrones Funcionales. El instrumento para recoger la in-

formación incluyó los siguientes datos: motivo de ingreso, antecedentes personales, edad, sexo, escalas de Barthel y Norton, descripción de los Patrones Funcionales alterados, presencia de acompañante y presencia de barandas en la cama del paciente. Para la obtención de la información, el estudiante debió entrevistar y realizar un examen físico al paciente, así como obtener datos de la historia clínica y del equipo multidisciplinario.

Se establecieron dos categorías: A, cuando la valoración presentaba los datos completos, y B, cuando faltó alguno de los elementos incluidos en el instrumento.

## RESULTADOS

En un total de 93 valoraciones, 11 fueron realizadas completando todos los elementos del instrumento y fueron incluidas en la categoría A. Las valoraciones incompletas sumaron 82 de los PE realizados y se incluyeron en la categoría B. En los aspectos que se advirtieron mayores dificultades con la valoración, fueron:

- la observación de barandas, - seguido por la aplicación de las escalas de Barthel y de Norton - y el registro de acompañante del paciente. Los estudiantes valoraron si el paciente tiene barandas, en 17 casos, siendo éste uno de los elementos de seguridad en el entorno hospitalario. La escala de Barthel se aplicó en 68 de los procesos enfermeros realizados. La Escala de Norton fue aplicada al igual que la anterior, en 68 de los procesos enfermeros. En cuanto a la presencia de acompañantes se registraron 71 casos.

## DISCUSIÓN

En un análisis general se evidencia que el estudiante no asocia los conocimientos en forma integral e integrada, razón por la cual se debería investigar si esta dificultad está dada por las metodologías de enseñanza empleadas, por el contexto, o por dificultades propias del estudiante. Asimismo, al valorar el Patrón actividad-ejercicio, los estudiantes omitieron aquellas conductas o elementos en el entorno que ponen en riesgo la seguridad del paciente. En las técnicas de valoración, se visualiza que la observación presentó dificultades, realizándose en forma sectorizada, parcial, incompleta, reflejando la ausencia de análisis y reflexión.

El proceso relacional tutor-estudiante puede guiar el desarrollo de los docentes tutores como una experiencia de enseñanza -aprendizaje. De igual forma, las conductas facilitadoras de los tutores, tales como el respeto, la flexibilidad, la apertura, la confianza, así como las conductas no facilitadoras, limitación, falta de seguridad, o falta de conciencia del rol, pueden afectar a la experiencia del tutor.<sup>10</sup>

Algunos estudios muestran que durante los años de formación de enfermería, los estudiantes aprenden

cómo responder a los sentimientos y necesidades de los demás, e indican que la educación de enfermería contribuye para el desarrollo de habilidades de comunicación empática.<sup>11</sup>

Autores de investigaciones en educación observan las áreas en las cuales se podría trabajar para identificar de forma temprana a los estudiantes que necesitan un mayor apoyo de los educadores clínicos en las necesidades de aprendizaje, pudiéndose garantizar la seguridad del paciente; para ello se tendrá en cuenta: las interacciones interpersonales inefectivas, conocimientos y habilidades incompetentes, e imagen poco profesional.<sup>12</sup>

Estudios realizados sobre la inserción práctica de los estudiantes de enfermería, encontraron que las experiencias positivas incluyeron tener tutores que estimulen, en una atmósfera permisiva, y promover la reflexión como una cuestión de rutina. Las experiencias negativas se relacionan con sentimientos de desamparo e impotencia cuando los tutores no eran visibles, y el ambiente era no permisivo. Asimismo, encontraron que el estudiante debe tener la oportunidad de combinar el conocimiento científico con el conocimiento basado en la evidencia para el desarrollo de acciones de enfermería.<sup>13</sup>

En nuestro estudio, a pesar de haber seleccionado variables básicas para el desarrollo de la etapa de valoración del proceso enfermero, hubo dificultad en el abordaje integral e integrado del usuario. Elementos no observados en el patrón actividad-ejercicio, evidencian la falta de comprensión del estudiante, de las connotaciones que tiene este aspecto, tanto desde el aspecto físico como legal en el proceso de cuidado.

La ausencia de datos sobre acompañante es otro de los aspectos que muestra la dificultad del estudiante en integrar al usuario como componente de un núcleo social, viéndolo como una unidad aislada dentro del ámbito hospitalario. Por otro lado, la aplicación de escalas de valoración funcional y de riesgo de úlceras, nos lleva a pensar si la aplicación se realiza en forma condicionada por el instrumento, o si el estudiante desarrolla el pensamiento reflexivo.

La implicación de los estudiantes en sus propios aprendizajes tiene que ver con la motivación, por lo cual de-

bería ser considerada como un aspecto medular de la propuesta formativa. De acuerdo con Rué, creemos que otras actuaciones en este ámbito que mejorarían los procesos de enseñanza-aprendizaje estarían orientadas a:

- beneficiar actitudes positivas hacia el aprendizaje
- variar las diferentes pautas de aprendizaje
- informar a los estudiantes los niveles de actuación que deberían alcanzar
- estimular actividades cognitivas conducentes a la reflexión sobre el conocimiento adquirido
- y proponer oportunidades de aprendizajes que potencien actitudes y hábitos de pensamiento.<sup>14</sup>

Sin embargo se requieren unas condiciones previas para enfrentar con éxito los procesos de enseñanza aprendizaje, que tienen que ver con un contenido cultural, antropológico y social.<sup>15</sup>

## CONCLUSIONES

Desde este análisis, surgen implicaciones para la práctica clínica, como por ejemplo el intento de lograr que los estudiantes se trasformen en nuevos usuarios de la formación, participantes de un proceso de enseñanza-aprendizaje y que se caractericen por nuevas prácticas de aprendizaje, adaptables a situaciones educativas en permanente cambio.

De igual manera, se plantea ineludible la reflexión sobre el momento más conveniente, del proceso enseñanza-aprendizaje, para la inserción del estudiante de enfermería en la práctica clínica.

Asimismo corresponde analizar si el curriculum proporciona elementos teóricos suficientes para llevar a cabo una valoración completa, así como también corresponde evaluar si el estudiante ha desarrollado las actitudes necesarias para enfrentarse a la práctica clínica.

El reto clínico de la valoración radica en que el estudiante ha de desarrollar habilidades y actitudes para aplicar los conocimientos teórico-descriptivos de su currículum, trasformando las informaciones en conocimiento, el conocimiento en sabiduría, situándolo hacia la realización de la valoración de Enfermería.

---

## REFERENCIAS

1. Universidad Católica del Uruguay, visión y misión. Montevideo, 2012.
2. Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud. Plan de Estudio de la Licenciatura de Enfermería. Montevideo. 2006
3. Universidad de Granada, Calidad, seguimiento y mejora del Título, [http://grados.ugr.es/enfermeria\\_ceuta/pages/calidad/compromisos](http://grados.ugr.es/enfermeria_ceuta/pages/calidad/compromisos), consultado 22 de febrero de 2014.
4. González Sara S.H., Moreno Pérez NE. Instrumentos para la enseñanza del proceso enfermero en la práctica clínica docente con enfoque de autocuidado utilizando Nanda-Nic-Noc. *Enferm. glob.* [revista en la Internet]. 2011; 10(23): 89-95, 2011, Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412011000300007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000300007&lng=es) <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000300007>.
5. Marriner-Tomey, Ann. *El Proceso de Atención de Enfermería: un enfoque científico*. México: El Manual Moderno sa, 1983. 325 p. Disponible en: [www.bibliotecas.unc.edu.ar/cgi-bin/Libreo](http://www.bibliotecas.unc.edu.ar/cgi-bin/Libreo)
6. Gordon M. *Diagnóstico enfermero: proceso y aplicación*. Madrid. Mosby/Doyma; 1996.
7. JARA CONCHA, Patricia; POLANCO ABELLO, Olga and ALVEAL LAGOS, María. Percepción del rol profesional de alumnos de enfermería de la Universidad de Concepción, Chile. *Invest. educ. enferm* [online]. 2005, vol.23, n.2, pp. 56-69. Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php>.
8. Myrick F, Yonge O. Enhancing critical thinking in the preceptorship experience in nursing education. *Journal of Advanced Nursing*. 2004; 45(4):371-380.
9. BEATRIZ SAYAGO, Zoraida y CHACON, María Auxiliadora. Las prácticas profesionales en la formación docente: hacia un nuevo diario de ruta. *Educere* [online]. 2006, vol.10, n.32. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php>. Visitado el 22 de Febrero de 2014.
10. Ozcan C. T., Oflaz F., SutcuCicek H. Empathy: the effects of undergraduate nursing education in Turkey. *International Nursing Review*. 2010;57: 493-499
11. Killam L. A., Luhanga F., Bakker D. Characteristics of unsafe undergraduate nursing students in clinical practice: an integrative literature review. *J NursEduc.* [revista en internet] 2011 [acceso 02 de setiembre de 2013]; 50 (8):437- 46. Disponible en: [10.3928/01484834-20110517-05](http://dx.doi.org/10.3928/01484834-20110517-05).
12. Jonsén E., Hanna-Leena M., Yvonne H. Finnish and Swedish nursing students' experiences of their first clinical practice placement. *Aqualitativestudy Nurse EducationToday* [revista en internet] 2013 [acceso 22 de setiembre de 2013]; 33 (3): 297-302. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2012.06.012>
13. Franklin, N. Clinical supervision in undergraduate nursing students: A review of the literature. *e-Journal of Business Education & Scholarship of Teaching* [revista en internet] 2013 [acceso 18 de setiembre de 2013]; 7 (1):34-42. Disponible en: <http://www.ejbest.org>
14. Rué, J. La planificación y elaboración de actividades formativas I: ámbito pedagógico y psicopedagógico. En: Rué, J. *Qué enseñar y por qué: elaboración y desarrollo de proyectos de formación*. Barcelona: Paidós Ibérica, [s.f.] cap. 4. 2002
15. Langdon EJ, Wiik FB. Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. mai.-jun. 2010 [acceso en: 22 febrero de 2014];18(3):Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es\\_23.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_23.pdf)





# PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA DE CADERA POR FRACTURA.

NURSING CARE PLAN FOR A PATIENT UNDER HIP ARTHROPLASTY FOR FRACTURE.

PLANO DE CUIDADOS PARA PACIENTES COM ARTROPLASTIAS DE HIP PARA FRATURA.

## Autor:

1. Lic. Cécica Karina Alonso Cabrera: Lic. En Enfermería Especialista. Profesora de Alta Dedicación Dpto. de Áreas Clínicas Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, Universidad Católica del Uruguay. alokarina@gmail.com

Recibido: 15/10/2013

Aceptado: 29/11/2013

## RESUMEN

La fractura de cadera constituye una afección que afecta particularmente a las poblaciones más añosas, ocurriendo en más de un 70% de los casos en pacientes mayores de 75 años, 87% de los cuales son mujeres. Luego de los 50 años la incidencia de las fracturas de cadera aumenta exponencialmente con la edad, duplicándose cada 5 años. El Uruguay es el país con mayor proporción de ancianos de América Latina. Se estima que para el año 2050 la población total alcanzará 3,5 millones de habitantes, de los cuales el 41% (1.436.000) tendrá 50 años o más y el 16% (567.000) tendrá 70 años. Las complicaciones derivadas de este traumatismo, son muy variados, y pueden afectar a otros sistemas, de ahí la importancia de que el personal de enfermería realice un plan de cuidados integral, sistematizado, claramente definido y que permita la evaluación del mismo.

El objetivo fue sistematizar los cuidados de enfermería a pacientes en el post operatorio de artroplastia de cadera por fractura, contribuyendo a la recuperación y evitar complicaciones.

Se priorizaron 10 etiquetas Diagnosticas clasificados según los dominios establecidos por NANDA, desarrollando en este caso las intervenciones y actividades de enfermería correspondientes a cada etiqueta.

Concluimos que la sistematización de un plan de cuidados para los pacientes en post operatorio de artroplastia de cadera es fundamental para unificar criterios de actuación, mejorar los registros de enfermería, reducir el número de errores en la práctica, favorecer el desarrollo profesional.

**Palabras clave:** Cuidados postoperatorios. Planificación de Atención al Paciente, Fractura de cadera.

## SUMMARY

Hip fracture is a disease that particularly affects older populations, occurring in over 70 % of cases in patients over 75 years, 87 % of whom are women. After 50 years the incidence of hip fractures increases exponentially with age, doubling every five years. The Uruguay is the country with the highest proportion of elderly in Latin America. It is estimated that by 2050 the population will reach 3.5 million people, of whom 41 % (1,436,000) will be 50 years or older and 16% (567,000) will be 70 years. Complications from this injury, are varied, and may affect other systems, hence the importance of nursing staff conduct a comprehensive care plan, systematized, clearly defined, and to permit evaluation.

The aim was to systematize nursing care to patients in the postoperative fracture hip arthroplasties, contributing to the recovery and avoid complications. 10 labels were prioritized diagnostic classified according to the domains established by NANDA, developing in this case the nursing interventions and activities for each label.

We conclude that the systematization of a plan of care for patients in postoperative hip arthroplasties is essential to unify criteria for action, improve nursing records, reduce the number of errors in practice, and encourage professional development.

**Key words:** Postoperative care. Patient Care Planning. Hip fractures.

## RESUMO

Fratura de quadril é uma condição que afeta mais particularmente a população mais velha, ocorrendo em mais



de 70 % dos casos em pacientes com mais de 75 anos , 87% dos quais são mulheres. Após 50 anos, a incidência de fraturas de quadril aumenta exponencialmente com a idade, dobrando a cada 5 anos. O Uruguai é o país com a maior proporção de idosos na América Latina. Estima-se que até 2050 a população chegará a 3,5 milhões de pessoas, das quais 41% (1.436.000) será de 50 anos ou mais e 16% (567.000) será de 70 anos.

Complicações desta lesão, são variados, e podem afetar outros sistemas, daí a importância dos enfermeiros executar um plano de tratamento abrangente, sistemático, claramente definido, e para permitir a avaliação.

O objetivo era sistematizar a assistência de enfermagem a pacientes em fratura de quadril artroplastias pós-operatório, contribuindo para a recuperação e evitar complicações.

10 rótulos diagnósticos foram priorizados , classificados de acordo com o domínio estabelecido pela NANDA , neste caso, o desenvolvimento de intervenções e atividades de enfermagem para cada etiqueta.

Conclui-se que a sistematização de um plano de cuidados para pacientes em pós- operatório de artroplastia do quadril é essencial para unificar critérios para a ação, para melhorar os registros de enfermagem, reduzir o número de erros na prática, estimular o desenvolvimento profissional.

**Palabras claves:** Cuidados Pós-Operatórios. Planeamiento de Asistencia ao Paciente. Fraturas do quadril.

## INTRODUCCIÓN

La fractura de cadera Es una de las fracturas más frecuentes en nuestro país, esto es debido al envejecimiento de la población y al aumento de la osteoporosis. Se calcula que la población actual de Uruguay es de 3,3 millones de habitantes, de los cuales el 29% (960.000) tiene 50 años o más y el 9,8% (325.000) tiene 70 años o más.<sup>1</sup>

Afecta particularmente a las poblaciones más añosas, ocurriendo en más de un 70% de los casos en pacientes mayores de 75 años, 87% de los cuales son mujeres Existe unarelación de 3-4 mujeres por cada hombre fracturado. Luego de los 50 años la incidencia de las fracturas de cadera aumenta exponencialmente con la edad, duplicándose cada 5 años.

Aproximadamente el 85-90% de las fracturas de cadera se tratan quirúrgicamente. El costo hospitalario indirecto que implica el tratamiento de una fractura de cadera se calcula en USD 5.000. El 60% de los pacientes con fractura de cadera concurren a centros de rehabilitación y se estima que se pierden 3 meses de productividad

laboral por cada fractura de cadera. La hospitalización promedio por paciente con fractura de cadera es de 10 a 12 días.<sup>1</sup>

Hay diferentes tipos de fracturas entre ellas podemos mencionar Fracturas intra capsulares y Extra capsulares.

En cuanto a la epidemiología a nivel internacional podemos destacar que en España en el año 2008 se produjeron cerca de 36.000 casos de fractura de cadera, de los cuales cerca del 90% ocurrieron en mayores de 65 años, siendo la edad media de aparición 80 años. Esta tasa bruta de incidencia está en aumento principalmente por el envejecimiento de la población y se estima que se duplicará para el año 2040.<sup>2</sup>

En Estados Unidos, en el año 2008, se produjeron más de 340.000 fracturas de cadera en personas mayores de 65 años. A nivel mundial se estima que las cifras de fractura de cadera estén en torno a 6 millones.<sup>2</sup>

En Argentina, se producen aproximadamente 34.000 fracturas de cadera por año entre personas mayores de 50 años, con un promedio de 90 fracturas por día. Las proyecciones demuestran que el número de fracturas de cadera por año en esta población casi se triplicará en 2050.<sup>3</sup>

Según los datos de hospitales públicos y privados se estima que en el Uruguay hubo 994 fracturas de cadera en 2009. La Sociedad Uruguaya de Osteoporosis y Metabolismo Mineral (SUOMM) pronostica que estas cifras aumentarán en un 30% en el año 2020 y hasta un 90% en el año 2050.<sup>1</sup>

Los niveles de morbilidad futura e incapacidad funcional son altos luego de la fractura. Se calcula que cerca del 50- 65% de los pacientes con fractura de cadera recuperan su nivel previo de deambulación, el 10- 15% no recupera la capacidad para caminar fuera del hogar y cerca del 20% pierde la capacidad de deambular dentro y fuera del hogar.<sup>4</sup> La recuperación funcional está relacionada a las condiciones previas a la fractura y a las complicaciones posteriores a la misma Junto a los costos sociales, el cuidado de pacientes con fractura de cadera constituye una carga importante para los Sistemas Sanitarios.<sup>2</sup>

La mayoría de las fracturas de cadera son resultado de caídas en el hogar durante las actividades de la vida diaria, generalmente traumatismo de baja energía.

Las manifestaciones son: Dolor, impotencia funcional, equimosis, rotación externa y acortamiento de miembro afectado.

El diagnostico se realiza a través de manifestaciones clínicas y radiografía de cadera. El tratamiento en la mayoría de las veces es quirúrgico mediante artroplás-

tía u osteosíntesis, esto dependerá del tipo de fractura, antecedentes personales del paciente y la actividad que desempeñaba previo a la fractura.

### OBJETIVO GENERAL

Sistematizar los cuidados de enfermería que recibe un paciente en post operatorio de artroplastia de cadera por fractura.

### Objetivos específicos

Colaborar con la unificación los criterios de actuación del personal de enfermería.

Realizar un cuidado integral al paciente.

Evitar complicaciones postoperatorias.

Favorecer la independencia del paciente en las actividades de la vida diaria.

### METODOLOGÍA

Se realizó un análisis de las necesidades de cuidados en el post operatorio de pacientes con fractura de cadera aplicando la metodología enfermera.

Para la sistematización de plan de cuidados se utilizó la codificación de la taxonomía NANDA-NOC-NIC.<sup>5,6</sup>, realizando una selección de las etiquetas diagnósticas más pertinente para los problemas enfermeros encontrados.

### RESULTADOS

Los diagnósticos enfermeros más utilizados para esta patología son:

## DOMINIO 2 NUTRICIÓN

Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos.

Etiqueta Diagnóstica		Factores Relacionados Posibles Causas	Características Definitorias La persona manifiesta
<b>CÓDIGO</b> 00025	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	R/C Intervención quirúrgica y/o pérdidas excesivas a través drenaje	M/P
<b>NOC Criterios de Resultados</b>		<b>NIC Intervenciones de Enfermería</b>	
<b>Plan de cuidados:</b>	0601 Equilibrio hídrico	2080 Manejo de líquidos/electrolitos: Regular y prevenir las complicaciones derivadas de niveles de líquidos y/o electrolitos alterados.	
	0802 Estado de signos vitales	Controlar y registrará diuresis y gastos de drenajes del paciente cada 24 hs.	
	0401 Estado circulatorio	2314 Administración de medicación: intravenosa: Preparación y administración de medicamentos por vía intravenosa.	
		4130 Monitorización de líquidos: Recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio de líquidos. Vigilar tolerancia oral a líquidos a las 4 horas pos intervención y posteriormente la tolerancia a sólidos.	
		4200 Terapia intravenosa: Administrar la fluido terapia en el tiempo estipulado según tratamiento prescrito Control de goteo de fluido terapia.	
6680 Monitorización de I signos vitales: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones. Controlar y registrará las constantes vitales cada 6 horas. (Tensión arterial, frecuencia cardíaca). Valorar el estado de piel (piel seca, pliegue hipo elástico) y mucosas (lengua seca) para valorar el estado de hidratación. Valorar el estado de la curación para descartar posible hemorragia por herida quirúrgica.			

### DOMINIO 3 ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

Riesgo de estreñimiento.

Plan de cuidados:	Etiqueta Diagnóstica		Factores Relacionados Posibles Causas	Características Definitorias La persona manifiesta
	CÓDIGO 00015	Riesgo de estreñimiento	R/C Actividad física insuficiente	M/P
	NOC Criterios de Resultados	NIC Intervenciones de Enfermería		
	0501 Eliminación intestinal	<p>1804 Ayuda con los autocuidados: aseo (eliminación) Mantener la intimidad del paciente durante la eliminación Realizar la higiene después de la eliminación</p> <p>0450 Manejo del estreñimiento / impactación. Registro de la fecha de la última eliminación intestinal. Vigilar la aparición de signos y síntomas del estreñimiento. Identificará factores que puedan causarlo (medicamento, reposo en cama, dieta). Fomentar el aumento de ingesta de líquidos. Verificar la ingesta de alimentos ricos en fibras u otros que hayan sido identificados por el paciente como medio de ayuda.</p>		

### DOMINIO 4 ACTIVIDAD/REPOSO

Deterioro de la movilidad en la cama.

Plan de cuidados:	Etiqueta Diagnóstica		Factores Relacionados Posibles Causas	Características Definitorias La persona manifiesta
	CÓDIGO 00091	Deterioro de la movilidad en la cama	R/C Deterioro musculoesquelético	M/P Incapacidad que presenta la paciente para adoptar posiciones en la cama
	NOC Criterios de Resultados	NIC Intervenciones de Enfermería		
	0208 Nivel de movilidad.	<p>0740 Cuidados del paciente encamado: Explicar al paciente y familiar las razones del reposo en cama. Mantener al usuario en una posición cómoda y segura. Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas.</p> <p>0840 Cambio de posición: Explicar a la paciente que se le va a cambiar de posición. Animar a la paciente a participar en los cambios de posición. Fomentar la realización de ejercicios activos o pasivos. Enseñar a la paciente a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad (uso de trapecio). Lateralizar al paciente hacia el lado opuesto de la cadera operada, nunca sobre el lado de la intervención (riesgo de luxación de la prótesis) con las medidas antiaducción (almohada entre miembros inferiores). Alineación en cama decúbito supino y con miembros inferiores en abducción. Vigilar el estado de la piel.</p> <p>1804 Ayuda con los autocuidados: aseo: Ayudar a otra persona en las eliminaciones. Colocar la chata para la eliminación explicándole su uso y poniéndosela del lado contrario a la cirugía siempre entre dos operadores.</p> <p>1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación: Incorporar al paciente en la cama para facilitar la alimentación.</p> <p>1801 Ayuda en el autocuidado: baño/higiene: Ayudar al paciente a realizar la higiene personal.</p>		

**DOMINIO 4 ACTIVIDAD/REPOSO**

Deterioro de la movilidad física.

Etiqueta Diagnóstica		Factores Relacionados Posibles Causas	Características Definitorias La persona manifiesta
<b>CÓDIGO</b> 00085	Deterioro de la movilidad física	<b>R/C</b> Pérdida de la integridad de estructuras óseas (fractura) y deterioro musculoesquelético	<b>M/P</b> Dificultad para realizar las actividades del autocuidado, y disminución de la fuerza muscular
<b>NOC Criterios de Resultados</b>		<b>NIC Intervenciones de Enfermería</b>	
<b>Plan de cuidados:</b>	0208 Nivel de movilidad. 1811 Conocimiento: actividad prescrita	<p><b>5612 Enseñanza actividad/ejercicio prescrito:</b> informar al paciente del propósito y los beneficios de la realización de ejercicios.            Enseñar ejercicios de flexión y extensión del miembro operado y fomentar su realización.            Coordinar junto con el paciente los períodos de descanso y de actividad.            Incluir a la familia en la realización de ejercicios.            Colocar al paciente con alineación en cama decúbito supino y en caso de lateralizarlo hacerlo con medidas antiaducción (almohada entre miembros inferiores).            Administrar profilaxis antitromboembólica, (HBPM 40 mg SC c/24 h).            A las 24 hs. de post operatorio, tras la realización de radiografía de control, se comienza a sentar al borde de la cama y luego levantará al sillón de asiento alto con ayuda en la traslación. El segundo día post operatorio, empieza la deambulacion.            Ayudar en la deambulacion del paciente con andador, indicándole la forma correcta de hacerlo (andador, iniciando primero el miembro operado y después el otro) posteriormente enseñar la Deambulacion con bastones canadienses.            Aconsejar el uso de zapatos con suela antideslizante.</p>	
		<p><b>0840 Cambio de posición:</b> lateralizar al paciente.            Sentar al borde de la cama y luego al sillón con asiento alto.</p>	

**DOMINIO 4 ACTIVIDAD/REPOSO**

Riesgo de sangrado.

Etiqueta Diagnóstica		Factores Relacionados Posibles Causas	Características Definitorias La persona manifiesta
<b>CÓDIGO</b> 00206	Riesgo de sangrado	<b>R/C</b> Efectos secundarios relacionados con el tratamiento (administración de heparina) y trauma	<b>M/P</b>
<b>NOC Criterios de Resultados</b>		<b>NIC Intervenciones de Enfermería</b>	
<b>Plan de cuidados:</b>	1902 Control del riesgo.	<p><b>6650 Vigilancia:</b> Controlar signos vitales, valorar piel y mucosas. Observar la curación.            Registrar el tipo y la cantidad del contenido del drenaje.</p>	

**DOMINIO 4 ACTIVIDAD/REPOSO**

Déficit de autocuidado: baño.

	Etiqueta Diagnóstica		Factores Relacionados Posibles Causas	Características Definitorias La persona manifiesta
	<b>CÓDIGO</b> 00108	Déficit de autocuidado: baño		R/C El deterioro musculoesquelético
<b>Plan de cuidados:</b>	<b>NOC Criterios de Resultados</b>		<b>NIC Intervenciones de Enfermería</b>	
	0301 Autocuidados baño 0305 Autocuidados higiene		1801 Ayuda con los autocuidados: Baño/higiene. Proporcionar los objetos personales para la realización el baño. Realizar baño en cama con lavado de cabeza si es necesario, por parte de dos operadores preservando en todo momento la intimidad del paciente y manteniendo / aumentando la autonomía del mismo.  Controlar la integridad cutánea del paciente.  Inspeccionar si hay irritación, grietas, lesiones o edema en los pies.  Secar cuidadosamente los espacios interdigitales.	

**DOMINIO 11 SEGURIDAD/PROTECCIÓN**

Riesgo de disfunción neuro vascular periférica.

	Etiqueta Diagnóstica		Factores Relacionados Posibles Causas	Características Definitorias La persona manifiesta
	<b>CÓDIGO</b> 00086	Riesgo de disfunción neurovascular periférica		R/C Cirugía ortopédica
<b>Plan de cuidados:</b>	<b>NOC Criterios de Resultados</b>		<b>NIC Intervenciones de Enfermería</b>	
	0407 Perfusión tisular: Periférica		2660 Gestión de sensibilidad periférica. Vigilar la sensibilidad y color de la piel del miembro operado así como la movilidad distal y tobillo.  Controlar pulso pedio. Llenado capilar de los dedos de los pies.  Temperatura de las extremidades comparando con el miembro contra lateral.  Mantener alineación corporal y el miembro en abducción.	

## DOMINIO 11 SEGURIDAD/PROTECCIÓN

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

Etiqueta Diagnóstica		Factores Relacionados Posibles Causas	Características Definitorias La persona manifiesta
CÓDIGO 00047	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	R/C Inmovilización física	M/P
NOC Criterios de Resultados		NIC Intervenciones de Enfermería	
Plan de cuidados:	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas  1902 Control del riesgo	1750 Cuidados perineales: Mantenimiento de la integridad de la piel perineal. Realizar higiene perineal cada vez que sea necesario.	
		3500 Manejo de las presiones: Minimizar la presión sobre las partes corporales. Lateralizar al usuario con almohadas entre las piernas con el miembro lesionado hacia arriba.	
		3540 Prevención de las úlceras por presión: Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. Eliminar la humedad excesiva causada por transpiración. Utilizar jabón neutro para realizar la higiene. Vigilar zona de apoyo, aparición de enrojecimiento. Proteger talones y zona sacra. Informar al paciente y a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen al deterioro de la integridad cutánea y como disminuir los riesgos. Asegurar una nutrición adecuada.	
		3590 Vigilancia de la piel: Valorar y registrar estado de la piel al ingreso y después a diario haciendo especial hincapié en las prominencias óseas, pliegues mamarios, espacio interdigital. Utilizar Escala de valoración de riesgo (escala Norton). Inspeccionar el sitio de incisión.	

## DOMINIO 11 SEGURIDAD/PROTECCIÓN

Riesgo de infección.

Etiqueta Diagnóstica		Factores Relacionados Posibles Causas	Características Definitorias La persona manifiesta
CÓDIGO 00004	Riesgo de infección	R/C Procedimientos invasivos (herida quirúrgica, drenajes y vía venosa periférica)	M/P
NOC Criterios de Resultados		NIC Intervenciones de Enfermería	
Plan de cuidados:	0703 Estado infeccioso  1902 Control del riesgo	2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso: Valorar el sitio de punción, la existencia de enrojecimiento, calor y, vigilando los signos y síntomas de infección, presencia de flebitis. Cambiar catéter según protocolo. Diluir medicación.	
		3590 Vigilancia de la piel: Valorar el sitio de incisión, la existencia de enrojecimiento, calor y edema, vigilando los signos y síntomas de infección. Mantener la piel limpia y seca.	
		6540 Control de infecciones: Realizar la curación de la herida quirúrgica cada 24 hs. con solución salina manteniendo una técnica aséptica, comenzando desde la zona más limpia a la zona menos limpia. Valorar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. Comparar y registrar cualquier cambio producido en la herida. Adoptar medidas universales de higiene e instruirá al paciente y familiares acerca de las técnicas correctas del lavado de manos e higiene en general.	
		6550 Protección contra las infecciones: Realizar lavado de manos antes y después de cada procedimiento. Instruirá al paciente y familia sobre los signos y síntomas de la infección y cuando debe informar. Cambiará los equipos de de fluidoterapia c/24h. (sistema de suero, llaves). Realizar higiene diaria.	

**DOMINIO 12 CONFORT**

Dolor agudo.

Etiqueta Diagnóstica		Factores Relacionados Posibles Causas	Características Definitorias La persona manifiesta
CÓDIGO 00132	Dolor agudo	R/C Agentes lesivos	M/P Verbalmente
NOC Criterios de Resultados		NIC Intervenciones de Enfermería	
Plan de cuidados:	1605 Control del dolor	2440 Manejo del dolor: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.	
	2002 Bienestar	Valorar el dolor del paciente aplicando escala EVA, incluyendo la localización, características, aparición / duración, frecuencia, expresiones no verbales de dolor.	
	2100 Nivel de comodidad	Determinar junto con el usuario los factores que alivian o empeoran el dolor.	
		2210 Administración de analgésicos: Administrar analgésicos y evaluar las medidas antiálgica. Determinar los fármacos necesarios y administrar en forma segura. Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente y/o efectos adversos derivados de los mismos.	
		6482 Manejo ambiental: Confort: Informar al paciente y familiares de las posturas antiálgicas (decúbito supino y miembro operado en abducción y rotación externa). Informar que debe avisar en el momento de que empiece a notar dolor para la inmediata administración de analgésico de rescate y evitar así el aumento del dolor y su consiguiente aumento de dosis analgésica. Proporcionar un ambiente tranquilo y relajado para facilitar una comodidad óptima. Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor.	

**CONCLUSIONES**

El Proceso de Enfermería y su consecuente utilización de diagnósticos permite la planificación de los cuidados en forma sistematizada, a la vez de asegurar la continuidad de la atención.

Se logró proponer una aproximación a la sistematización de los cuidados para este tipo de problema de salud con un enfoque integral del paciente.



## REFERENCIAS

1. Zanchetta, J. R. Consejo de expertos Latinoamericanos de la I.O.F.(International Osteoporosis Foundation) Rev.Tendencia Medicina. 2012; (41): 50-56
2. Rocha A. Planes de educación. Rev. Reduca Recursos educativos. 2012; 4 (1): 44-85.
3. Primer estudio sobre epidemiología, costo e impacto de la osteoporosis en Argentina. International Osteoporosis Foundation [sitio web]. 2010 [acceso 04 del mes marzo de 2013]. Disponible en: <http://regions.iofbonehealth.org/latinoamerica/noticias/detail.html?newsID=346>
4. Muñoz S. G. et al. Fractura de cadera. Revista Cuad. Cir. 2008; 22: 73-81. Disponible en: <http://mingaonline.uach.cl/pdf/cuadcir/v22n1/art11.pdf>
5. Herdman, H.T. ed. Diagnósticos enfermeros de la NANDA : definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010.
6. McCloskey J. C, Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4a ed. Madrid: Elsevier; 2010.
7. Ten Gil A, Campos Adrian E, Casan Benito A, González Sánchez E. Cuidados de enfermería en pacientes intervenidos de artroplastia de cadera en el CHGUV. Rev. Enferm. Integral [revista en internet]. 2007 [acceso 00 de Setiembre de 2013] Disponible en: <http://www.enfervalencia.org/ei/80/articulos-cientificos/10.pdf>
8. Campos F, Girbes I, Canto M, González E. Fractura de cadera. Un problema que previsiblemente aumentará en los próximos años. Rev. Enferm. Integral. [revista en internet]. 2005 :17-20. Disponible en: <http://www.enfervalencia.org/ei/71/articulos-cientificos/04-FRACTURA-CADERA.pdf>
9. Bustos López,R., Piña Martínez, A. J., Molina, M.P, Benítez Laserna, A., Villora Fernández, M.P., González Pérez, A. D. Plan de cuidados estándar de enfermería en artroplastia de cadera. Rev. Enferm. Glob. [revista en internet]. 2012 [acceso 15 de setiembre de 2013]; 11 (26) Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000200021&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000200021&script=sci_arttext)
10. FNR. Artroplastia de cadera por fractura. [sitio en internet]. 2012 [15 de setiembre de 2013]. Disponible en: [http://www.fnr.gub.uy/protesis\\_cadera\\_fractura](http://www.fnr.gub.uy/protesis_cadera_fractura)
11. Instituto de Información Sanitaria. La atención a la fractura de cadera en los hospitales del SNS. [sitio en internet]. 2010. [acceso 04 de diciembre de 2013]. (1): 2-23. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Estadisticas\\_comentadas\\_01.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Estadisticas_comentadas_01.pdf)
12. Villora Fernandez M.P, Busto Lopez R, Piña Martinez A. J., Benítez Laserna A, Pastor Molina M., González Pérez A. D. Plan de cuidados estándar de artroplastia total de cadera Hospital Universitario Albacete. [documento en internet]. 2013. [acceso 00 del mes de 2013]. Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/271e85ef561b847b1b94f2e1437086ec.pdf>
13. Centro Médico Teknon. Llobet Miquel, 2005. Disponible en: [www.teknon.es/consultorio/llobet/artrosis\\_prótesis.htm](http://www.teknon.es/consultorio/llobet/artrosis_prótesis.htm).
14. Reemplazo de la articulación de la cadera. Medline Plus [artículo en internet]. [actualizado el 22 de set de 2012; acceso 08 del mes marzo de 2013] Disponible en: [www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002975.htm](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002975.htm)
15. Rubí Jiménez, A. M., Díaz González, J.J., López Palomo, M.I., Barco Ariza, M. Educación para la salud: paciente con prótesis de cadera Rev. Enfermería Docente [artículo en internet]. 2007 [acceso 12 del mes marzo de 2013] ; (87): 13-15. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-87-05.pdf>

the 1990s, the number of people in the world who are under 15 years of age is expected to increase from 1.1 billion to 1.5 billion (United Nations 1994).

There are a number of reasons why the world's population is increasing so rapidly. One of the main reasons is that the number of children born to each woman has increased. This is due to a number of factors, including the fact that women are now having children at a younger age, and that there is a higher birth rate in developing countries.

Another reason why the world's population is increasing so rapidly is that the number of people who are surviving to old age has increased. This is due to a number of factors, including the fact that people are now living longer, and that there is a higher death rate in developing countries.

There are a number of other reasons why the world's population is increasing so rapidly, including the fact that there is a higher birth rate in developing countries, and that there is a higher death rate in developing countries.

The world's population is increasing so rapidly that it is expected to reach 6 billion by the year 2000. This is a significant increase from the 5 billion people who lived in the world in 1987.

The world's population is increasing so rapidly that it is expected to reach 6 billion by the year 2000. This is a significant increase from the 5 billion people who lived in the world in 1987.

The world's population is increasing so rapidly that it is expected to reach 6 billion by the year 2000. This is a significant increase from the 5 billion people who lived in the world in 1987.

The world's population is increasing so rapidly that it is expected to reach 6 billion by the year 2000. This is a significant increase from the 5 billion people who lived in the world in 1987.

The world's population is increasing so rapidly that it is expected to reach 6 billion by the year 2000. This is a significant increase from the 5 billion people who lived in the world in 1987.

The world's population is increasing so rapidly that it is expected to reach 6 billion by the year 2000. This is a significant increase from the 5 billion people who lived in the world in 1987.

The world's population is increasing so rapidly that it is expected to reach 6 billion by the year 2000. This is a significant increase from the 5 billion people who lived in the world in 1987.

The world's population is increasing so rapidly that it is expected to reach 6 billion by the year 2000. This is a significant increase from the 5 billion people who lived in the world in 1987.

The world's population is increasing so rapidly that it is expected to reach 6 billion by the year 2000. This is a significant increase from the 5 billion people who lived in the world in 1987.

The world's population is increasing so rapidly that it is expected to reach 6 billion by the year 2000. This is a significant increase from the 5 billion people who lived in the world in 1987.

The world's population is increasing so rapidly that it is expected to reach 6 billion by the year 2000. This is a significant increase from the 5 billion people who lived in the world in 1987.

The world's population is increasing so rapidly that it is expected to reach 6 billion by the year 2000. This is a significant increase from the 5 billion people who lived in the world in 1987.

The world's population is increasing so rapidly that it is expected to reach 6 billion by the year 2000. This is a significant increase from the 5 billion people who lived in the world in 1987.

The world's population is increasing so rapidly that it is expected to reach 6 billion by the year 2000. This is a significant increase from the 5 billion people who lived in the world in 1987.

# SECCIÓN II

## Actualizaciones



# CUIDAR DE SÍ, CUIDAR DEL OTRO, CUIDAR DEL TODO: IMPLICACIONES PARA LA SALUD Y ENFERMERÍA.

CARING FOR MYSELF, CARING FOR THE OTHER, CARING FOR THE WHOLE: IMPLICATIONS FOR HEALTH AND NURSING.

CUIDAR DE SÍ, CUIDAR DO OUTRO, CUIDAR DO TODO: IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE E ENFERMAGEM.

## Autor:

1. Vera Regina Waldow: Enfermera, docente jubilada por la Escuela de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS)- Porto Alegre/RS, Brasil. Doctora en Educación (EdD) de Enfermería (Teachers College, Columbia University/USA). E-mail: waldowvr@portoweb.com.br

Recibido: 24/09/2013

Aceptado: 20/11/2013

## RESUMEN

El artículo trata de discutir el cuidado, enfatizando el cuidar de sí, del otro y el cuidar del todo bajo una perspectiva fenomenológica y holística. Pretende, aún, divulgar este tipo de abordaje teniendo como objetivo propiciar una reflexión sobre el cuidar en un sentido más amplio y sus implicaciones en los medios de la salud, especialmente en el área de enfermería.

**Palabras clave:** cuidado; fenomenología; holismo; salud; enfermería.

The caring for myself, caring for the other, caring of the whole: implications for health and nursing

## ABSTRACT

The article brings a discussion about caring, emphasizing the caring for myself, for the other and caring for the whole under a phenomenological and holistic perspective. Has as intention too, to divulgate this type of approach having as objective to conduct a reflection about caring in a larger sense as well as the implications of this approach in the health arena and in the nursing field.

**Key words:** caring; phenomenology; holism; health; nursing.

O cuidar de si, cuidar do outro, cuidar do todo: implicações para a saúde e enfermagem.

## RESUMO

O artigo trata de discutir o cuidado, enfatizando o cuidar

de si, do outro e o cuidar do todo sob uma perspectiva fenomenológica e holística. Pretende, ainda divulgar este tipo de abordagem tendo como objetivo propiciar uma reflexão sobre o cuidar em um sentido mais amplo e suas implicações nos meios da saúde, especialmente na área da enfermagem.

**Palavras chave:** cuidado; fenomenologia; holismo; saúde; enfermagem.

## INTRODUCCIÓN

El presente texto trata de discutir el cuidado, priorizando el cuidar de sí, del otro y, consecuentemente, el cuidar del todo, bajo una perspectiva fenomenológica y holística. En el acto de divagar sobre el cuidado, lo sitúo como un fenómeno del humano y con esto, pretendo decir que el ser es constituido por el cuidado, según algunos filósofos 1,2,3 y al afirmar esto, se entiende el ser siempre con el otro. El ser está siempre en relación consigo mismo, con el otro, con el medio que lo cerca. Así, el cuidar, en su verdadero sentido, abarca cuidar de forma integral, global o total. De tal forma, el texto, busca divulgar, para los que no están aún familiarizados con el lenguaje del enfoque propuesto, o sea, el abordaje fenomenológico y holístico, de una manera muy breve, además de propiciar una reflexión sobre el cuidado en su carácter más amplio y como se puede aplicar en los medios de salud.

### *La perspectiva fenomenológica y holística del cuidar.*

El ser humano vive el significado de su vida a través del cuidado.<sup>2</sup>

Se puede decir que el cuidado existe “a priori”, o sea, antes de nacer estamos subyugados a la esencia del cuidado, es el camino de nuestra superación, de la perfección.

El cuidado es necesario para el desarrollo, en algunas fases y circunstancias de la vida más de lo que en otras. Hay quien sea víctima de no-cuidado y, consecuentemente se puede tornarse un ser que no sabe cuidar, pues para cuidar, precisamos haber sido cuidados.

La opción por una interpretación fenomenológica del cuidar como soporte se debe a la tesis que afirma el cuidado como la esencia del Ser.<sup>2</sup>

Cuidado es un concepto polisémico y por lo tanto adquiere múltiples significados. En la perspectiva fenomenológica del cuidado, él es un modo de ser en el mundo y en este aspecto le confiere la condición de humanidad. En este sentido se puede decir que cada ser humano es un ser de cuidado, que él o ella nace con potencial de cuidar. Sin embargo, ni todas las personas practican el cuidar en su ámbito ético y estético, o sea, con sensibilidad y responsabilidad. Prácticas y comportamientos de no-cuidado son bastante frecuentes en el mundo de hoy.

Holismo es el contrario de reduccionismo, y/o también de atomismo y materialismo. En el holismo el mundo es visto como un todo integrado, como un organismo. Es un proceso de síntesis creadora y significa que los todos resultantes de este proceso son dinámicos, evolucionarios. Las unidades menores tienen un sentido derivado del conjunto, es decir, a partir del conjunto se tiene el significado de las partes o como es dicho, el todo es más que la suma de las partes.<sup>5</sup>

La realidad es un proceso de cambio de informaciones entre todos los entes: físicos, biológicos, psicológicos y sociales.

Considerado como un cambio paradigmático, el holismo propone la visión del todo contraponiéndose con la tendencia del mundo moderno cada vez más especializado. El individualismo es combatido en favor de la colectividad. El ser y su desarrollo interior son enaltecidos en lugar del tener. Las búsquedas y la exploración de otras galaxias, tierras, espacios, así como la exploración y el control de la naturaleza son sustituidos por la búsqueda y exploración de la interioridad, de la subjetividad y de la conservación y preservación de la Naturaleza, del planeta Tierra. Esto se torna una meta; el bien económico es sustituido por el bien social.<sup>1</sup>

### **El Cuidar de sí.**

El cuidar de sí en la visión de Michael Foucault<sup>6</sup> se refiere al conocerse a sí mismo y que se desvela como una ética de sí. La ética, para este autor, resulta de una relación del individuo consigo mismo, cómo se cons-

tituye a sí mismo como sujeto moral, responsable por sus propias acciones. La acción va a revelarse ética en la medida en que ella contribuye o no para la formación de la subjetividad. De esta forma el sujeto es formado por las prácticas que lo constituyen.

Esta noción de cuidar de sí se origina con Sócrates y cambia el objeto de cuidado, antes una preocupación con las cosas y hechos exteriores para una concentración sobre sí, designada como aplicar el espíritu a sí mismo, cuidando de lo que se es. Involucra un mejoramiento de sí, un perfeccionamiento del sujeto.

El cuidado de sí, en una visión más centrada en el sujeto, con una connotación más espiritual, presenta según filósofos de la modernidad, una connotación de angustia sobre la existencia, mostrando, de esta forma, una preocupación con el ser-en-el-mundo.<sup>2</sup> El cuidado demuestra dislocamiento y está sujeto a influencias de orden históricas, políticas y sociales.<sup>6</sup> Aún según el autor, al discurrir sobre una ética del cuidado de sí, lo designa como un conjunto de ocupaciones de ejercicios, de actividades y prácticas diversas y, en último análisis, consiste en un intensificador de las relaciones sociales. En el área de la salud, el cuidado de sí es pensado más exclusivamente en sus aspectos físicos y, de esta forma, en las prácticas que los sujetos realizan, buscan mejorar su condición física, promoviendo la salud.

El cuidado de sí engloba la dimensión sujeto/self, dentro de lo que denomino relaciones de cuidado y en el presente caso caracterizado como cuidado personal o privado. El cuidar de sí abarca el conocimiento de sí, de nuestras potencialidades, necesidades y limitaciones. Ese conocimiento favorece una mejor autoestima, confianza en sí y en la vida. Comprende también el cuidar de la salud, del espíritu, del intelecto, de nuestro tiempo, del ocio, de nuestros afectos, etc.<sup>7</sup> Algunas sugerencias para el cuidar de sí incluyen: ser capaz de expresar su verdadero self, actuando de forma auténtica; rever valores y principios a través de auto reflexión o introspección; exhibir comportamientos de cuidar (solidaridad, amor, compasión); desarrollar estilo de vida que incluya prácticas de cuidar y éstas pueden comprender alimentación adecuada, ejercicios físicos, exámenes periódicos de salud, meditación, prácticas de relajamiento, jardinería, además de una serie de otras actividades. De esta forma el cuidado pasa a ser existencial y pasa a ser sentido, vivido, proyectándose y reflejando al ambiente.<sup>7</sup>

### **Cuidando de sí, cuidando del otro.**

El cuidar sólo se concretiza como verdadero cuidar en la relación con el otro y en la medida en que ayuda a el otro a crecer buscando su autonomía.

Hasta aquí, se puede afirmar que el cuidado presenta algunas características, tales como los aspectos de subjetividad y alteridad (componente relacional), es una

forma de ser (componente existencial) y es variable según el medio en que ocurre (componente contextual).<sup>4</sup> De una manera general, el cuidado se hace presente en toda la acción que contribuya para la promoción de las personas, en su desarrollo, ayudándolas. El cuidar es un acto de vida y todo lo que no se cuida se muere (plantas, animales, personas). Las relaciones, en caso que no sean cuidadas, fenecen (en todos los sentidos: familiares, sociales, profesionales).

El sustantivo cuidado y el verbo cuidar presentan varios significados: desvelo, preocupación, inquietud, interés, solicitud, poner atención, pensar, amar, sentirse responsable.

La noción de responsabilidad es tratada, principalmente al abordar la ética del cuidado.<sup>8</sup> Otra característica importante en el cuidado es el involucramiento, su carácter de compromiso. Al cuidar, precisamos involucrarnos y comprometernos caso contrario el cuidado es una acción y una actitud vacía.

En la salud, el desafío consiste en, bajo el marco de la alteridad, integrando técnica, sensibilidad, comportándonos de forma gentil, pero hábil y con conocimiento, además de mediar las condiciones organizacionales de manera que el cuidado se concrete satisfactoriamente.

#### **La alteridad.**

La alteridad significa el otro. Explicando: la persona es vista como un ser de relación; nos constituimos como personas por la intimidad, la proximidad y apertura, por lo tanto, alteridad entra en la definición de persona. La alteridad corrige una visión individualista y abstracta del personalismo y rescata el sujeto real concreto.<sup>9</sup> También realinea el encuentro del profesional de salud con el paciente; encuentro este en el que ambos se tratan como personas en sus subjetividades, respetándose, ayudándose y preservando sus dignidades.

La alteridad es una acción práxica; nos tornamos personas en una relación de praxis.<sup>9</sup> O sea, la persona sólo se torna un ser total al relacionarse con la otra. El cuidado como una actitud de preocupación, desvelo, solicitud e interés por otro, tiene en la alteridad su razón de existir.

En la situación de salud, por ejemplo, en un encuentro de cuidado, como acostumbramos designar (encuentro de subjetividades), existen diferencias entre quien cuida, aquella que tiene el saber y en el que recibe el cuidado, que se encuentra en una situación de vulnerabilidad. Ambos, cuidador y ser cuidado son personas ciudadanas, dignas y merecedoras de respeto. Dos iguales en situaciones distintas. El ser que cuida, al relacionarse con el otro puede hacerlo de diferentes maneras: expresándose verbalmente, a través del contacto visual, del toque, o mismo en el silencio. Él detiene la mayor responsabilidad, además de realizar alguna ac-

ción específica de cuidar (terapéutica, procedimiento, confort, etc.), cambiar informaciones, conocimientos, saberes, emociones y no apenas coleccionar datos, señales, síntomas, diagnósticos y exámenes. El cuidador se involucra y se compromete para que el otro (el paciente) pueda vivir su experiencia en la forma más humana y digna posible. Es un reconocimiento del otro, de su biografía, de sus necesidades, de su individualidad, expresando comprensión y compasión.<sup>4</sup>

#### **Cuidando de sí, del otro y del todo.**

El cuidado humano, ya referido anteriormente, implica responsabilidad, compromiso e involucramiento. Y ¿cuál es nuestra responsabilidad, compromiso e involucramiento con el entorno – casa, institución de trabajo, comunidad, en fin, con el medio en el que vivimos, con nuestro planeta? Hay quién habla en Bioética Global, que tiene como foco la ética de la responsabilidad, pues como seres de cuidado, somos responsables por el todo.

El cuidado humano “es una actitud ética en la que seres humanos perciben y reconocen los derechos unos de los otros. Personas se relacionan de una forma para promover el crecimiento y el bienestar de los otros”<sup>4</sup> Cuando los derechos no son respetados y las personas actúan de forma de perjudicar otras personas, animales, plantas, cualquier ser vivo, ellas se tornan deshumanas, destituidas de su carácter humano y, por lo tanto destituidas de cuidado, por consiguiente, destituidas de ética. Para construir el equilibrio dinámico, cada persona “precisa descubrirse como parte del ecosistema local y de la comunidad biótica, sea en su aspecto de naturaleza, sea en su dimensión de cultura”.<sup>10</sup> No somos simplemente parte del todo, nosotros somos el todo.

Los varios problemas que acometen nuestro planeta y amenazan la vida nada más son muestras de la falla del cuidado. Todo lo que hacemos con la Naturaleza se revierte a favor o contra nuestro. El cuidado con el todo, o el cuidado ecológico sólo será efectivo, concientizado “si hay un proceso colectivo de educación, en el que la mayoría participe, tenga acceso a informaciones y haga ‘cambio de saberes’”.<sup>10</sup> El cuidado, se inicia por nosotros, con la preocupación con el otro, con su bienestar. Repitiendo lo que ya fue comentado en el inicio: a través del cuidado de sí, resulta la condición que posibilita el cuidar del otro y el reverso es también verdadero, es decir, cuidar al otro, posibilita el cuidar de sí. El yo sólo se constituye mediante el diálogo con el tú; el tú es anterior al yo, él es el partero del yo.<sup>1</sup>

El cuidado es como un espejo, él se refleja, pues nuestra manera de actuar, nuestra actitud frente al mundo comunica nuestro cuidado, nuestra forma de ser. Si encuentra receptividad, lo que es más común, él se va a transmitir. ¡El cuidado debe ser nutrido, cultivado, compartido!



El cuidado humano lo definí como: “una forma de vivir, de ser, de expresarse. Es una postura ética y estética frente al mundo. Es un compromiso con el estar en el mundo y contribuir con el bienestar general, en la preservación de la naturaleza, en la promoción de las potencialidades y de la dignidad humana y de nuestra espiritualidad; es contribuir en la construcción de la historia, del conocimiento, de la vida”<sup>4</sup>

### **El cuidar en el área de salud, en enfermería.**

En el área de salud son varios los profesionales que actúan como cuidadores: enfermería en general, médicos, nutricionistas, asistentes sociales, psicólogos, entre otros. Vale resaltar, no obstante, que otros profesionales cuidan, o deberían cuidar. Sin embargo, la enfermería es una de las disciplinas que mejor conoce el ser humano y su condición — principalmente cuando está vulnerable, sufriendo y enfermo. Como un ser humano, el profesional de enfermería cuida de y con el otro, el que se encuentra en necesidad de cuidado.

En enfermería, no todo profesional que actúa en la práctica, cuida en su sentido real. Actividades terapéuticas, intervenciones, procedimientos y técnicas son aspectos del hacer que componen una vasta lista de “tareas” tradicionalmente denominadas de “cuidados de enfermería”. El elemento diferenciador en el cuidado no es lo que se hace, sino el cómo se hace, o sea. La manera como el cuidado es realizado es siempre acompañado de comportamientos y actitudes que lo caracterizan: compasión, solidaridad, gentileza, respeto, consideración, interés, cariño, y muchos más.

El cuidado sólo puede ser visto como una acción moral y noble cuando es realizada en un ser humano y, preferentemente, para y con el ser. Jamás en la acción de cuidar, en su verdadero sentido, el ser humano será tratado como un objeto. El cuidar es una acción interactiva que ocurre entre el ser que cuida y el ser que es cuidado, implicando, como ya se escribió anteriormente, un involucramiento, compromiso y responsabilidad.

El autor del presente texto visualiza el cuidado como una relación y se distingue por ser un fenómeno existencial, relacional y contextual. Es un fenómeno existencial pues es parte del ser y, repitiendo una vez más, es lo que lo caracteriza como ser “humano”, otorgándole racionalidad, cognición, intuición y espiritualidad. De tal manera, un ser dotado de sensibilidad y sentimientos. El cuidado es un fenómeno relacional porque ocurre sólo en relación al otro, en la coexistencia con otros seres, viviendo con otros. Y, por fin, el cuidado es un fenómeno contextual, porque presenta variaciones, intensidades y diferencias en sus maneras de acontecer y en sus expresiones dependiendo del medio, del contexto en el que ocurre.

El cuidado tiene que ser sentido, vivido y para que sea integrado en nuestro cotidiano es necesario que sea absorbido; es necesario permitir que haga parte de nosotros y así hasta tornarse un hábito de vida, o mejor, en una manera de ser.

### **CONSIDERACIONES FINALES**

Espero haber contribuido iluminando para reflexionar sobre la idea de que somos todos afectados por cualquier falla de cuidar, tanto de sí mismo, en la convivencia con los otros y en no respetar la naturaleza. Somos seres viviendo en el mundo con los otros, haciendo parte de un todo. Dolencias son frecuentes en razón de accidentes climáticos, en consecuencia de exposición a sustancias químicas y radiaciones, en general provocados por el propio ser humano. Al no cuidar de sí mismo, estamos acelerando procesos mórbidos, la vejez, y en la desatención, falla de consideración y respeto por las personas y sus experiencias, nos tornamos seres aislados, depresivos, destructivos.

El ser, propuesto en el abordaje del texto, es un ser que está siempre en relación consigo mismo, con el otro y con el medio que lo cerca. La autora afirma ser el cuidado, un fenómeno relacional, existencial y contextual.

---

### **REFERENCIAS**

1. Boff L. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis [Brasil]: Vozes; 1999.
2. Heidegger, M. Ser e tempo. Petrópolis [Brasil]: Vozes; 2001.
3. Torralba, F. Antropologia do cuidar. Petrópolis [Brasil]: Vozes; 2009.
4. Waldow, V. R. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Programa do Livro Texto (PLT), Anhanguera. Petrópolis: Vozes; 2012.
5. Weil P, D'Ambrosio U., Crema R. Rumo à nova transdisciplinaridade. São Paulo: Summus; 1993.
6. Foucault, M. História da sexualidade, 3: o cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal; 2007.
7. Waldow, V. R. Cuidado na saúde: as relações entre o eu, os outros e o cosmos. Petrópolis [Brasil]: Vozes; 2004.
8. Noddings N. O cuidado: uma abordagem feminina à ética e à educação moral. São Leopoldo: UNISINOS; 2003.
9. Zobili, E. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica ampliada. Revista O mundo da Saúde. 2009; 33 (2) :195-204.
10. Boff L. El cuidado necesario. Madrid: Trotta; 2012.



the 1990s, the number of people in the UK who are employed in the public sector has increased from 10.5 million to 12.5 million (12% of the population) (Department of Health 2000).

There are a number of reasons for this increase. One of the main reasons is the increasing demand for health care services. The population is ageing, and there is a growing number of people with chronic conditions such as diabetes, heart disease, and asthma. This has led to a corresponding increase in the number of people who are employed in the public sector, particularly in the areas of health care and social care.

Another reason for the increase is the expansion of the public sector. The government has invested heavily in the public sector, particularly in the areas of health care and social care. This has led to a corresponding increase in the number of people who are employed in the public sector.

There are a number of challenges facing the public sector in the 21st century. One of the main challenges is the increasing demand for health care services. The population is ageing, and there is a growing number of people with chronic conditions such as diabetes, heart disease, and asthma. This has led to a corresponding increase in the number of people who are employed in the public sector, particularly in the areas of health care and social care.

Another challenge is the expansion of the public sector. The government has invested heavily in the public sector, particularly in the areas of health care and social care. This has led to a corresponding increase in the number of people who are employed in the public sector.

There are a number of ways in which the public sector can meet these challenges. One way is to invest in the public sector, particularly in the areas of health care and social care. This will help to ensure that the public sector is able to meet the increasing demand for health care services.

Another way is to expand the public sector. The government can invest in the public sector, particularly in the areas of health care and social care. This will help to ensure that the public sector is able to meet the increasing demand for health care services.

There are a number of ways in which the public sector can meet these challenges. One way is to invest in the public sector, particularly in the areas of health care and social care. This will help to ensure that the public sector is able to meet the increasing demand for health care services.

Another way is to expand the public sector. The government can invest in the public sector, particularly in the areas of health care and social care. This will help to ensure that the public sector is able to meet the increasing demand for health care services.

There are a number of ways in which the public sector can meet these challenges. One way is to invest in the public sector, particularly in the areas of health care and social care. This will help to ensure that the public sector is able to meet the increasing demand for health care services.

Another way is to expand the public sector. The government can invest in the public sector, particularly in the areas of health care and social care. This will help to ensure that the public sector is able to meet the increasing demand for health care services.

There are a number of ways in which the public sector can meet these challenges. One way is to invest in the public sector, particularly in the areas of health care and social care. This will help to ensure that the public sector is able to meet the increasing demand for health care services.

Another way is to expand the public sector. The government can invest in the public sector, particularly in the areas of health care and social care. This will help to ensure that the public sector is able to meet the increasing demand for health care services.

There are a number of ways in which the public sector can meet these challenges. One way is to invest in the public sector, particularly in the areas of health care and social care. This will help to ensure that the public sector is able to meet the increasing demand for health care services.

Another way is to expand the public sector. The government can invest in the public sector, particularly in the areas of health care and social care. This will help to ensure that the public sector is able to meet the increasing demand for health care services.

There are a number of ways in which the public sector can meet these challenges. One way is to invest in the public sector, particularly in the areas of health care and social care. This will help to ensure that the public sector is able to meet the increasing demand for health care services.

Another way is to expand the public sector. The government can invest in the public sector, particularly in the areas of health care and social care. This will help to ensure that the public sector is able to meet the increasing demand for health care services.

# SECCIÓN III

## Comentarios y Eventos



**65° Congreso Uruguayo de Cirugía - Jornadas  
de Enfermería Quirúrgica.**

1 - 4 diciembre de 2014

Punta del Este, Maldonado – Uruguay.

Sociedad de Cirugía del Uruguay

[www.scu.org.uy](http://www.scu.org.uy)

**XIV Coloquio Panamericano de Investigación  
en Enfermería - Cartagena de Indias, Colombia.**

[www.acofaen.org.co](http://www.acofaen.org.co)

[xivcoloquiopanamericano@acofaen.org.co](mailto:xivcoloquiopanamericano@acofaen.org.co)

Informes: Sra. Linda Catherine Tirado,

+57 (1) 483 9695, +57 315 8566251

Calle 119 # 14A - 25 Of. 504 y 508

Bogotá, D.C. - Colombia.

**1er. Congreso Uruguayo Tabaco o Salud  
V Encuentro Argentino - Uruguayo Foro  
Regional de Cooperación Sur-Sur.**

21 de agosto de 2014 - 23 de agosto de 2014

Organiza: EASY PLANNERS - Congresos Sheraton

Colonia Golf & Spa Resort.

Colonia del Sacramento, Uruguay.

E-mail: [info@easyplanners.com](mailto:info@easyplanners.com)

**VI Congreso Uruguayo de Gerontología y  
Geriatría.**

**III Encuentro Interdepartamental de Geriatría y  
Gerontología**

**Foro Latinoamericana sobre envejecimiento activo**

25 de mayo de 2014 - 27 de mayo de 2014

Organiza: Sociedad Uruguaya de Gerontología y  
Geriatría Centro de Conferencias de la IMM.

Montevideo, Uruguay.

E-mail: [secretariageriatria2014@grupoelis.com.uy](mailto:secretariageriatria2014@grupoelis.com.uy)

**Primer Encuentro Internacional del Cono Sur  
"Desafíos e Integración de la Multidisciplina  
en Salud Mental"**

13 de marzo de 2014 - 15 de marzo de 2014

Radisson. Montevideo, Uruguay.

<http://www.conosur2014.com.uy>





# 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 revisiones, 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 y resumen en español, inglés y portugués; cuatro palabras claves 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: profesión, grados académicos y organización institucional a la que pertenece, país, ciudad y correo electrónico.

- **Resumen:** Se enviará en idioma español, inglés y portugués. Debe contener objetivos, metodología, resultados, conclusiones y palabras claves, 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 para un comité de ética.

- **Resultados:** Deberán presentarse con un orden lógico y tener un análisis estadístico satisfactorio (si corresponde). El análisis de los datos debe estar en relación con el problema, el objetivo, las variables y las hipótesis del estudio. 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 n° 266, del 25 de enero de 1996. Reglamentación de La Profesión Enfermería en Colombia. Diario Oficial N° 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 discipli-

na, 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 [enfciudadoshumanizados@ucu.edu.uy](mailto:enfciudadoshumanizados@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 and summary 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: profession, academic degrees and institutional organization to which they belong, country, city 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, describiéndolos 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\\_VancouverStyle-Guide.pdf](http://library.vcc.ca/downloads/VCC_VancouverStyle-Guide.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 refer-

ences 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: profissão, graus acadêmicos e organização institucional a que pertencem, país, cidade e 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 objetivos, 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). A análise dos dados deve ser relacionado para o problema, as variáveis objetivas e premissas do estudo. Se você incluir tabelas ou gráficos devem ser anexadas em folhas separadas, numeradas e intitulado de forma concisa e expressando claramente o seu conteúdo, incluindo-os somente se justifica para esclarecer a exposição dos dados.

- **Discussão:** enfrenta com base nos objetivos 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 objetivos, 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\\_VancouverStyle-Guide.pdf](http://library.vcc.ca/downloads/VCC_VancouverStyle-Guide.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 Fundação [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 Atenção 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 eletrônico.
- 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:

---



# A.E.C.

Asociación de  
Enfermeras Católicas



Universidad  
Católica del  
Uruguay

## Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud

### Carreras de grado

Licenciatura en Enfermería

Licenciatura en Psicomotricidad

Licenciatura en Nutrición

Licenciatura en Fisioterapia

### Diplomas

Lactancia Materna y Alimentación del Niño Pequeño

Procesos de Desarrollo Psicomotor Infantil

### Postgrados de Especialización

Enfermería en Block Quirúrgico, Anestesia y Central de Esterilización

Enfermería en Cuidados Intensivos del Adulto

Enfermería en Urgencias y Emergencias Hospitalarias

Enfermería Geriátrica y Gerontológica

Enfermería Oncológica

Gestión de Servicios de Salud

Salud Comunitaria en el Marco de la Atención Primaria de Salud

### Maestría

Atención Temprana