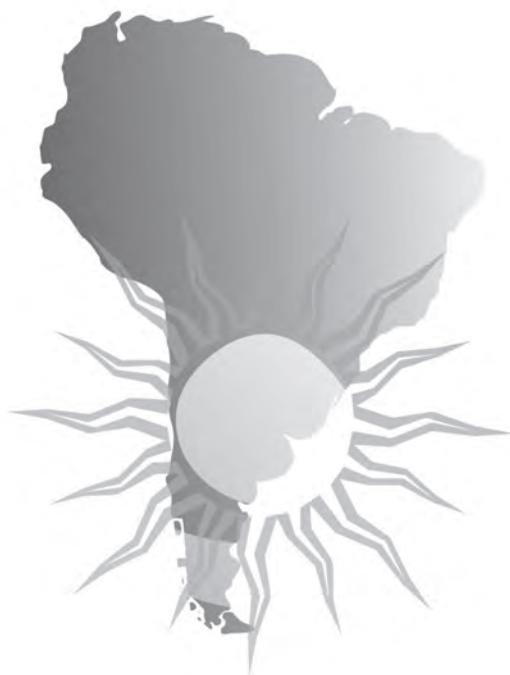


# Enfermería:

## *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/>

The logo for LATINDEX, featuring the word "latindex" in a lowercase, serif font. The letters are white and set against a dark, rectangular background.

## Enfermería: Cuidados humanizados

Vol. 3 n° 1 junio 2014  
ISSN: 1688-8375

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

### Director:

Dr. Augusto Ferreira.  
auferre@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.

### Secretario:

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

### Consejo Editorial:

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

### Colaboradores:

Lic. Estefanía Lens.  
Prof. Marta Rodríguez.  
Br. María José Enrique.

### Diseño gráfico:

Rossana Dagnino.

### Imprenta:

Grupo Magro.

### 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)  
enfciudadoshumanizados@ucu.edu.uy

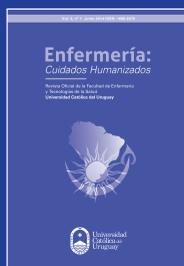
### ISSN: 1688-8375

Título-clave:  
Enfermería (Montevideo)  
Título-clave abreviado:  
Enfermería (Montev.)  
Registro ante el MEC: 2395/2012.

### Tapa:

#### Autor:

Hernán Pereira.



## EDITORIAL

Este editorial lo dedicaremos a transmitir algunas ideas sobre la calidad de la atención de salud, la cual se ha constituido en una línea de investigación de nuestra casa de estudios. Algunos de los artículos de este número, sino todos, están relacionados a esta línea, pues la transversalidad del tema hace que sea un tópico siempre presente, tanto a nivel de las instituciones prestadoras de servicios de salud, como de las instituciones formadoras de recursos humanos. A la vez, colegios profesionales, asociaciones de diferente tipo, y personas, familias y comunidades también lo han puesto en su agenda de debate. La calidad no puede asegurarse desde un único punto de vista pues se trata, en buena parte de los casos, de una percepción ya sea de la persona destinataria de los servicios, del profesional, del prestador o de la entidad rectora. Es lógica esta constante presencia del tema, ya que, entre otros, incluye como uno de sus focos principales, a la seguridad de los pacientes, siendo una gran preocupación de los sistemas sanitarios en la actualidad, como lo indica la Organización Mundial de la Salud. La atención en salud ofrecida de forma insegura tiene como resultado el aumento de la morbilidad y mortalidad evitables, además de aumento del gasto, lo cual repercute en la eficacia y eficiencia de los sistemas sanitarios. En ese entendido, en los últimos años ha aumentado el interés de las organizaciones en promover una atención segura.

Más allá de que el tema incluye tener en cuenta varios aspectos - como el contexto organizacional, las técnicas diagnósticas, el clima y la cultura de seguridad - los recursos humanos se constituyen hoy en día como uno de los temas principales al desarrollar un rol de relevancia, dado que ellos forman parte de un sistema en cadena que puede terminar en un incidente que cause algún tipo de daño a las personas receptoras de cuidados sanitarios. Cabe destacar que, dentro del equipo de salud, múltiples son las profesiones que interrelacionan con la persona y su familia, aunque algunas de ellas con más relación y contacto directo con el usuario, como la Enfermería.

Lo expuesto devela, a priori, que lograr calidad y seguridad en la atención de salud y no contar con una planificación de recursos humanos adecuada - en cantidad, pero también en calidad - sería lo que los clásicos definen como *contradictio in terminis*.

Planificar los recursos humanos en salud significa no solo ver las necesidades actuales, sino prever las necesidades a futuro, a corto, mediano y largo plazo. Una responsabilidad de la entidad rectora en cada país, pero también de cada uno de nosotros como profesionales de la salud.

En ese entendido, todos somos responsables de pensar en las profesiones de la salud del futuro, con una visión integradora de cómo queremos cuidar y cómo queremos ser cuidados.

**Dr. Augusto Ferreira.**  
Director.

## EDITORIAL

---

The aim of this editorial is to communicate some ideas on quality of health care, which constitutes one of the research areas of our school.

Some of the articles in this issue, if not all, are related to this area, since the mainstreaming of the subject makes it very relevant, both for health care institutions and for human resources training institutions. Moreover, professional associations, other types of associations, people, families, and communities have put it on their agenda for discussion. Quality cannot be ensured from only one point of view, since in most cases it refers to a perception, whether it is the patient's, the professional's, the institutions', or the governing body's perception. The constant presence of the subject is logical, since it includes the patient's safety as one of its main foci; this being one of the Health Care Systems' main concerns as indicated by the World Health Organization. Unsafe health care results in higher rates of preventable morbidity and mortality, in addition to higher expenses, which affects the effectiveness and efficiency of the health care systems. Therefore, in the last few years the organizations' interest in promoting a safe health care has increased.

Although the subject requires taking several aspects into consideration - like the organizational context, diagnostic techniques, the climate and culture of safety - human resources are one of the main subjects when developing a relevant role, since they are part of a chain system that may end in an incident that causes some sort of damage to the receiver of the health care. It is worth stressing that within the health care staff there are multiple professions that interact with the person and their family, although some of them have more direct contact; such is the case of nursing.

This shows a priori that achieving quality and safety in health care and not counting with a sufficient planification of human resources -in quantity but also in quality- would be what the classics define as *contradictio in terminis*.

Planning health care human resources implies not only seeing the current needs, but to foresee the future needs in the short, medium, and long-term. This is the governing body's responsibility but also ours as health care professionals.

In this sense, we are all responsible for thinking about the health care professions of the future, with an integrative view of how we want to care for others and be cared for.

***Dr. Augusto Ferreira.***  
Director.

## EDITORIAL

---

O presente editorial será dedicado a transmitir algumas ideias a respeito da qualidade da atenção de saúde, que se tem constituído em linha de pesquisa da nossa casa de estudos. Alguns artigos deste número, senão todos, estarão relacionados a essa linha, uma vez que a transversalidade do tema faz com que seja um tópico sempre presente, tanto no plano das instituições prestadoras de serviços de saúde como das instituições formadoras de recursos humanos. Ao mesmo tempo, categorias profissionais, associações de diversos tipos bem como pessoas, famílias e comunidades também o colocaram na sua agenda de debate. Um ponto de vista único não pode garantir a qualidade, pois ela é, em grande parte dos casos, uma percepção, quer da pessoa destinatária dos serviços quer do profissional, do prestador ou da entidade diretriz.

A constante presença desse tema é compreensível, pois tem, entre outros, um dos focos principais na segurança dos pacientes, constituindo, na atualidade, uma preocupação importante dos sistemas sanitários, como indica a Organização Mundial da Saúde.

A atenção em saúde oferecida de forma insegura tem como resultado o aumento da morbimortalidade evitável, além de aumentar as despesas, repercutindo, com isso, na eficácia e eficiência dos sistemas sanitários. Por esse motivo, aumentou nos últimos anos o interesse das organizações pela promoção do atendimento seguro.

Embora o assunto inclua vários aspectos –contexto organizacional, técnicas diagnósticas, o clima e a cultura da segurança–, os recursos humanos se constituem, hoje em dia, em um dos principais critérios na hora de aprimorar os papéis relevantes, ao formarem parte de um sistema em cadeia que pode provocar um incidente, causando algum tipo de lesão às pessoas beneficiadas pelos cuidados sanitários. Saliente-se que, na equipe de saúde, são múltiplas as profissões em interrelação com a pessoa e sua família, embora alguma delas, como a Enfermagem, mantenha maior relacionamento e contato direto com o usuário.

O exposto acima evidencia, a princípio, que alcançar qualidade e segurança na atenção de saúde e não contar com um planejamento de recursos humanos adequado –em quantidade, mas também em qualidade– seria aquilo que os clássicos definem como *contradictio in terminis*.

Planejar os recursos humanos em saúde significa não só perceber as necessidades atuais, mas prever as necessidades futuras, a curto, médio e longo prazo. Responsabilidade, essa, não apenas da entidade diretriz, em cada país, mas também de cada um de nós, como profissionais da saúde. Em última análise, todos somos responsáveis de pensar as profissões da saúde do futuro, em uma visão integradora da forma como queremos cuidar e sermos cuidados.

**Dr. Augusto Ferreira.**  
Diretor.



# Universidad Católica del Uruguay

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

## **AUTORIDADES**

Mons. Daniel Sturla, SDB.  
***Gran canciller***

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

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

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

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

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

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

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

La Revista **Enfermería: Cuidados Humanizados** es una publicación oficial de la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud de la Universidad Católica del Uruguay que pretende contribuir al desarrollo 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. Gerenta de RRHH del MSP, Uruguay.

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

Candidata a Dra. en Enfermería, Mag. en Enfermería, Esp. en Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Decana Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, 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 Geriátrica y Gerontología, Lic. en Enfermería.

### **Prof. María del Carmen Ferreira.**

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. Universidad Católica del Uruguay.

### **Prof. Rosana Tessa.**

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

### **Prof. Adriana Misa.**

Asesora de Metodología de la Investigación y Bioestadística. Doctora en Medicina. Especialista en Epidemiología 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>a</sup> Dolores Bardallo.**

Dra. por la Universidad de Barcelona. Mag. en Ciencias de la Enfermería. Coordinadora del Practicum del Grau en Enfermería. 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. Directora Académica UVISA (Centro de Educación a Distancia), Chile.

### **Prof. Gabriel Rodríguez.**

Dr. en Enfermería. Profesor Universidad Andrés Bello, Chile.

### **Prof. María Cristina Cometto.**

Dra. en Ciencias de la Salud. Mag. en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Profesora Titular de la Escuela de Salud Pública, Universidad Nacional de Córdoba. Directora del Centro de Recursos Humanos de la Salud, Argentina.

### **Prof. Johis Ortega.**

Dr. en Enfermería. Director de Programas Internacionales. Director Adjunto Centro Colaborador de la OPS / OMS. Escuela de Enfermería y Estudios de Salud, Universidad de Miami, EEUU.

### **Prof. María Cristina Torres.**

Mag. en Desarrollo Rural. Lic. En Enfermería. Profesora Instituto de Salud Pública, Universidad Austral, Chile.

### **Prof. Niurka Vidal.**

Mag. en Informática en Salud. Mag. en Educación Médica Superior.

### **Prof. José Ramón Martínez Riera.**

Dr. en Salud Pública. Mag. en Ciencias de la Enfermería. Secretario General de la ALADEFE Director del Secretariado de Sostenibilidad y Salud Laboral, Universidad de Alicante, España.

### **Prof. María Antonia Jiménez.**

Mag. en Educación con Énfasis en Relaciones Pedagógicas. Profesora Asociada Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia y Líder de la RIIEE, Colombia.

### **Prof. Maricela Torres.**

Dra. en Ciencias de la Salud. Profesora Titular. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

# CONTENIDOS

## EDITORIAL

pág. 3

## SECCIÓN I - Artículos originales

pág. 12

pág. 21

pág. 28

pág. 33

pág. 40

pág. 53

pág. 56

pág. 61

pág. 64

### **Análisis de factores nutricionales y no nutricionales relacionados con el bajo peso al nacer.**

Nutritional analysis of nutritional factors and not with low birth weight.

Análisis de fatores nutricionais e não nutricionais com o baixo peso ao nascer.

*Sabrina Belmonte Cornelius, Adriana Pita, Isabel Bove, Mauricio Gutiérrez.*

### **Síndrome de Burnout en el equipo de Enfermería de Ciudades Intensivos de un hospital de la ciudad de Montevideo.**

Burnout's syndrome in the Nursing staff of Intensive Care in a hospital of Montevideo city.

Síndrome de Burnout na equipe de Enfermagem em um hospital da cidade de Montevideú.

*Myrna Benítez, Elen Rodríguez.*

### **Evolución del tabaquismo en Uruguay (2006-2011), papel de la enfermera en la promoción de la cesación.**

The evolution of smoking in Uruguay (2006-2011), the role of the nurse in the promotion of cessation.

Evolução do tabagismo no Uruguai (2006-2011), papel da enfermagem na promoção da cessação.

*Zoraida Fort, Maira Castro, Adriana Portos, Eduardo Sandoya.*

### **Ácidos grasos Omega 3: respuesta inmune y su efecto sobre algunas enfermedades.**

Omega 3 fatty acids: immune response and its effect on certain diseases.

Omega 3 os ácidos gordos: resposta imune e seu efeito sobre certas doenças.

*María Soledad Calvo Pesce, Silvia Mónica Delgado D'Agostini.*

## SECCIÓN II - Actualizaciones

### **Redes Internacionales de Enfermería de las Américas: trabajo colaborativo para el logro de la Cobertura Universal en Salud.**

*Silvia Helena De Bortoli Cassiani, Alessandra Bassalobre Garcia, Erika Caballero, María Antonia Jiménez, Julia Maricela Torres Esperón, Edelmira de Osegueda, Augusto Ferreira.*

### **Relato de experiencia: Innovación en promoción de la salud mental.**

*Marisa Flamini, Sandra Cerino, María Cristina Cometto, Patricia Fabiana Gomez.*

### **Tratamiento de Radiodermatitis Húmeda: a propósito de un caso clínico.**

*Valentina Lestido.*

## SECCIÓN III - Comentarios y eventos

### **I Coloquio Uruguayo de Enfermería.**

### **65o. Congreso Uruguayo de Cirugía.**

### **Congreso INFOLAC 2014 e- Salud 2.0: Hiperconectados.**

## NORMAS EDITORIALES



# SECCIÓN I

## Artículos originales

# ANÁLISIS DE FACTORES NUTRICIONALES Y NO NUTRICIONALES RELACIONADOS CON EL BAJO PESO AL NACER.

NUTRITIONAL ANALYSIS OF NUTRITIONAL FACTORS AND NOT WITH LOW BIRTH WEIGHT.

ANÁLISIS DE FATORES NUTRICIONAIS E NÃO NUTRICIONAIS COM O BAIXO PESO AO NASCER.

**Autora:** Sabrina Belmonte Cornelius (1).

**Coautores:** Adriana Pita (2), Isabel Bove (3), Mauricio Gutiérrez (4).

Recibido: 11/04/2014

Aceptado: 29/05/2014

## RESUMEN

El bajo peso al nacer (menor a 2500 g) es uno de los indicadores fundamentales para conocer los procesos en salud de una población, de la mujer, perinatales y del niño. El objetivo del presente estudio fue analizar los resultados de variables nutricionales y no nutricionales con el bajo peso al nacer del niño, según el lugar de asistencia del binomio materno-fetal.

Se realizó un estudio retrospectivo observacional. Dividiéndolo en dos cohortes: 215 mujeres de un servicio del sector público de salud de Montevideo con sus respectivos niños recién nacidos y se compararon con 213 binomios asistidos por un seguro médico privado. Los datos fueron extraídos de las historias clínicas del SIP (Sistema Informático Perinatal) durante el período de mayo de 2007 a junio de 2010. Las mujeres del sector público eran más jóvenes con una media de edad de 24 años ( $p < 0,001$ ) y 26% de mujeres eran adolescentes; se observó una mayor proporción de niños con bajo peso en el público 12,6%.

**Palabras clave:** bajo peso al nacer, ganancia de peso, índice de masa corporal, estado nutricional.

## SUMMARY

Low birth weight (less than 2500 g) is one of the main indicators to know the health processes in a population,

(1) Magister en Nutrición con énfasis en Salud Pública. Docente de alta dedicación de Universidad Católica del Uruguay. Licenciada en Nutrición de RAP-ASSE. – Uruguay – Montevideo – sabribelco@gmail.com

(2) Magister en Nutrición con énfasis en Salud Pública. Lic. en Nut. Laboratorio Servimedico y Seguro - Medicina Privada. Uruguay – Montevideo – apita@servimedico.com.uy

in women and also perinatal and children's health processes.

The objective of this study was to analyze the outcome of nutrition and non-nutrition variables with low birth weight in children, according to the health center where the mother and fetus were attended.

A retrospective observational study was conducted. It was divided into two cohorts: 215 women of a public health centre in Montevideo with their respective newborn infants were compared with 213 mother-infant pairs attended by a private health centre. Data were extracted from the medical histories of PCS (Perinatal Computer System) during the period between May 2008 and June 2010.

Public sector women were younger, with an average age of 24 years old ( $p < 0.001$ ), and 26% of the women were teenagers; a bigger proportion of children with low birth weight was observed in the public sector (12.6%).  
Keywords: low birth weight, weight gain, body mass index, nutritional status.

## RESUMO

O baixo peso ao nascer (menor a 2500 g) é um dos indicadores fundamentais para conhecer os processos em saúde

(3) Dra. En Nutrición. Coordinadora Maestría en Nutrición de Universidad Católica del Uruguay. Uruguay – Montevideo – isabelbove.uruguay@gmail.com

(4) Médico endocrinólogo, investigador. RAP-ASSE.-Uruguay – Montevideo – mauriciogutierrez@adinet.com.uy  
Instituciones que acreditan la investigación: Red de Atención del primer nivel (RAP-ASSE) y Seguro – Medicina Privada.

de uma população, da mulher, perinatais e das crianças.

O objetivo do presente estudo foi analisar os resultados das variáveis nutricionais e não nutricionais com o baixo peso ao nascer da criança, según o lugar de asistencia do binomio materno-fetal.

Realizou-se um estudo retrospectivo, observacional. Dividindo em duas coortes: 215 mulheres de um centro público de Montevideu com seus respectivos recém-nascidos e se compararão com 213 binomios de um seguro médico privado. Os dados forão extraídos do Sistema Informático Perinatal durante o período de maio de 2008 a junio 2010.

As mulheres do setor público forão mais jovens com uma media de idade de 24 anos ( $p < 0,001$ ) e 26% das mulheres eram adolescentes; foi observada uma maior proporção de crianças com baixo peso no setor público 12,6%.

**Palavras chave:** baixo peso al nascer, incremento do peso, índice de massa corporal (IMC), estado nutricional.

## INTRODUCCIÓN

El bajo peso al nacer (BPN menor a 2500 g) es uno de los indicadores fundamentales para conocer los procesos en salud de la población adulta, de la mujer, perinatales y del niño. Refleja la capacidad de reproducción de la mujer y posibilita no sólo el pronóstico de sobrevida, crecimiento y desarrollo del niño sino que también influye a lo largo del ciclo de la vida. El BPN es también, un indicador social, porque se asocia con la pobreza, la desnutrición y la falta de educación de la mujer y el contexto del medio donde nació y se desarrolló la misma. Las nuevas tecnologías han favorecido la sobrevida de niños de muy bajo peso al nacer. Estos niños nacidos con BPN representan uno de los problemas más importantes para el desarrollo de una sociedad ya que, presentan en la gran mayoría secuelas o trastornos del desarrollo neuropsíquico que condicionan el desarrollo del potencial humano de una sociedad. A su vez, ha sido demostrado que el déficit de energía en cualquier etapa del embarazo modificará la formación de ciertos órganos que se asocian con enfermedades crónicas no transmisibles de la vida adulta (cardiovascular, diabetes y obesidad) (1)(2). El bajo peso de nacimiento se asocia a un riesgo 50% mayor de morir en la vida adulta, por patología coronaria y cardíaca, observación que refuerza la importancia de la vigilancia del adecuado crecimiento intrauterino (3).

El estado nutricional de la mujer antes y durante la gestación tiene una estrecha relación con el crecimiento fetal y el peso del recién nacido. Los indicadores que han mostrado asociación positiva con el peso al nacer son la estatura, el peso pregestacional, el índice de masa corporal (IMC) de la mujer y la ganancia de peso (4).

El IMC ha sido recomendado por la Organización mundial de la Salud (OMS) como un indicador básico para evaluar el estado nutricional durante la gestación. A pesar de estar influenciado por factores étnicos y genéticos, es un adecuado marcador de la adiposidad y del balance de energía durante el embarazo. La relación entre el IMC durante el embarazo y el peso del recién nacido ha sido evaluada en diversas poblaciones latinoamericanas. Se ha reportado que esta asociación podría estar mediada por la disponibilidad materna de energía y nutrientes, así como por el peso y volumen placentario (2)(4)(5).

El BPN presenta en América Latina, así como en Uruguay una prevalencia de alrededor del 8 % del total de nacimientos. El BPN se asocia con trastornos de salud perinatal y posteriores que hacen a la equidad desde el nacimiento. De acuerdo al Sistema Informático Perinatal (SIP) el BPN tiene una variación significativa al cruzarlo con el nivel de instrucción materna. Alcanza el 11% en madres con bajo nivel de instrucción (6)(7).

En Uruguay desde hace más de tres décadas, el bajo peso al nacer no se ha logrado disminuir (8).

Sin embargo se cuenta con escasa información que describa el efecto del estado nutricional de la mujer sobre el peso del recién nacido. De allí que el objetivo de este estudio fue analizar la asociación entre las variables nutricionales y no nutricionales con el bajo peso al nacer del niño, en dos servicios de salud donde se atienden mujeres de muy diferente nivel socio económico. Para ello se compararon los binomios mujer y niño de un servicio público de salud donde se asiste población de escasos recursos y los de un seguro privado de alto nivel adquisitivo.

**Objetivo:** Analizar la asociación entre el peso del recién nacido y la duración del embarazo, la escolaridad materna, la edad, la talla, el IMC pre y al final del embarazo, el número de gestas, la captación y los controles durante el embarazo.

## METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo de dos cohortes: 215 mujeres de un servicio público de Montevideo y 213 de un privado con sus respectivos recién nacidos. Los datos fueron extraídos del SIP mayo 2008-junio 2010. La muestra fue por conveniencia, no probabilística.

La variable dependiente fue el peso al nacer, las independientes fueron la duración del embarazo, escolaridad, edad, talla, IMC pre y al final del embarazo, captación oportuna y controles en salud. En la comparación de variables categóricas se realizó test de Chi<sup>2</sup> o el test exacto de Fischer. La asociación entre el peso al nacer y las variables estudiadas se realizó a través de la correlación de Pearson.

## RESULTADOS

### *Características de las mujeres y de sus recién nacidos.*

Las mujeres del servicio público fueron más jóvenes con una media de edad de  $24 \pm 6$  años ( $p < 0,001$ ) y el 26% eran adolescentes; en el privado la media de edad fue de  $32 \pm 5$  años ( $p < 0,001$ ) y sólo una mujer era adolescente. La educación formal era de  $8 \pm 2$  años en el público y se elevó a  $13 \pm 2$  años en el privado ( $p < 0,001$ ). El 7,4% de las mujeres del servicio público estaban casadas lo que contrasta con el 85,0% del seguro privado ( $p < 0,001$ ).

Las mujeres del servicio público asistieron a una menor cantidad de controles en salud ( $6 \pm 3$ ,  $p < 0,001$ ), solo la mitad cumplieron con la norma del Ministerio de Salud Pública (15), el primero fue más tardío ya que el 41% lo realizó antes de las 13 semanas y un 3,3% de las mujeres presentaron VDRL positivo. Esta situación difiere con el seguro privado donde casi la totalidad acudió tempranamente ( $p < 0,001$ ), asistiendo a 5 controles o más y ninguna presentó VDRL positivo.

Casi el 20% de las mujeres del sector público presentaron anemia, el doble de la prevalencia en el privado (10,9%) ( $p < 0,04$ ). A un cuarto de las mujeres del sector público no se les indicó hierro, esta proporción desciende al 7,7% del privado ( $p < 0,002$ ). Respecto al folato se le indicó a la mitad del sector público y a casi la totalidad del privado.

Las mujeres del sector público presentaron una estatura menor que las del seguro privado, ya que en promedio midieron 5 cm menos,  $p < 0,001$ . Un 10% de las mujeres del servicio público presentaron una talla inferior a 1,50 m; en el seguro privado esta proporción bajó a 1,4% ( $p < 0,001$ ).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos en el IMC pregestacional promedio ( $22,8 \pm 3,7$ ) ni en el evaluado en el control más cercano al nacimiento del niño ( $28,2 \pm 4,1$ ), (NS).

Las mujeres ganaron 13,9 kg en promedio  $\pm 5,2$  kg: las del servicio público  $14,3 \pm 5,9$  y las del seguro privado  $13,5 \pm 4,6$  kg (NS).

La duración promedio del embarazo en ambos grupos fue similar  $38,4 \pm 1,6$  semanas (NS). Un 9,3% de los niños del servicio público nacieron pre término y el 6,1% de los del seguro privado (NS).

El 4,7 % de los niños nacieron con un peso superior a los 4000 g no observándose diferencias en ambos grupos. Sin embargo, al nacimiento se observó que, una alta proporción de niños asistidos por el servicio público nacieron con bajo peso (12,6%). En el seguro privado esta proporción descendió al 3,8% ( $p < 0,002$ ). **Tabla N° 1.**

### *Asociación de diferentes variables con el bajo peso al nacer.*

Al dicotomizar las muestras en dos grupos según bajo peso al nacer o peso superior a 2500 gr. se observó diferencias significativas entre los años de estudio de la mujer ( $p < 0,01$ ); la duración del embarazo ( $p < 0,001$ ); el IMC al finalizar el mismo ( $p < 0,02$ ); entre la talla de la mujer ( $p < 0,048$ ) y en el número de controles durante el embarazo ( $p < 0,001$ ). **Gráfico N° 1.**

Los niños de bajo peso al nacer presentaron una media de  $35,8 \pm 2,9$  semanas de gestación; los de peso superior  $38,7 \pm 1,4$  semanas. El factor de riesgo más importante para BPN fue la prematurez, ya que, más de la mitad (54,3%) de los niños nacidos con peso inferior a 2500 g lo hicieron antes de las 37 semanas de gestación.

Las mujeres con niños de bajo peso al nacer presentaron menos años de educación formal ( $9 \pm 4$  años) que las que tuvieron hijos con peso al nacer superior a 2500gr. ( $11 \pm 3$  años).

El número de controles durante el embarazo de las mujeres que tuvieron niños con bajo peso al nacer resultó inferior (5 controles  $\pm 3$ ) al número de controles de las con niños con un peso superior (8  $\pm 3$  controles).

La talla de las mujeres con hijos de bajo peso al nacer fue 3 cm inferior que las de las mujeres con niños con peso superior (1,59  $\pm 0,06$  m y 1,62  $\pm 0,06$  m respectivamente).

En el sector público se observó un 31% de mujeres con un peso inferior a 50 kg; esta proporción disminuyó a la tercera parte entre las del seguro privado. Las mujeres con un peso inferior a 50 kg si bien tuvieron una mayor proporción de niños con bajo peso (11%) las diferencias no fueron significativas respecto a las que tuvieron un peso al inicio superior a los 50 kg.

El IMC en el último control registrado fue significativamente menor en las madres con hijos de bajo peso al nacer (26  $\pm 3,7$  y 28  $\pm 4,2$  kg/m<sup>2</sup> respectivamente) **Tabla N° 2.**

Los principales determinantes del peso del recién nacido, según la regresión lineal, fueron la duración del embarazo, que explica el 26,2% de los cambios, seguido del IMC con un 10% y por último la talla de la mujer con un 3,6%. **Gráfico N° 2**

En el presente estudio la edad de la mujer según adolescente o añosa, la captación del embarazo temprana o tardía, el número de gestas previas, el IMC pregestacional y la ganancia de peso durante el embarazo no fueron diferentes entre las mujeres de con niños de bajo peso o peso superior a 2500 g (NS) **Tabla N° 3.**

Las mujeres con 3 o más gestas previas, no tuvieron hijos con un mayor peso al nacer. **Gráfico N° 3**

TABLA N° 1 A

Características relevantes según tipo de servicio (público y seguro privado).

Tipo de servicio	Público			Seguro Privado			p
	N	Media	±DE	n	Media	±DE	
Edad de la mujer embarazada	215	24	6	213	32	5	<0,001
Años de estudio de la mujer	215	8	2	213	13	2	<0,001
Número de controles en el embarazo	215	6	3	213	10	3	<0,001
Número de gestas previas de la mujer	214	1,4	1,8	213	1	1,1	<0,010
Edad gestacional en el primer control	214	16	7	213	10	5	<0,001
Talla de la mujer	214	1,59	0,06	213	1,64	0,05	<0,001
Peso previo de la mujer	214	58,1	10,9	213	61,3	10,7	<0,002
IMC previo a la gestación	214	22,9	3,9	213	22,8	3,5	NS
IMC evaluado en un control cercano al nacimiento	129	28,6	4,1	164	27,8	4,1	NS
Ganancia de peso en el embarazo	129	14,3	5,9	164	13,5	4,6	NS
Peso de nacimiento del niño	215	3181	562	213	3209	423	NS
Edad gestacional del niño al nacer	215	38,6	1,9	213	38,3	1,2	NS

TABLA N° 1 B

Características relevantes según tipo de servicio (público y seguro privado).

	Público		Seguro Privado		p
	n	%	n	%	
Mujeres adolescentes	55	25,6	1	0,5	< 0,001
Mujeres casadas	16	7,4	181	85,0	< 0,001
Anemia **	25	19,7	15	10,9	< 0,04
No se les indicó Hierro medicamentoso	27	24,3	8	7,7	< 0,002
Se les indicó suplemento de folatos	48	53,9	100	96,2	< 0,001
Glicemia mayor o igual a 1g/l	4	3,4	1	0,9	< 0,001
VDRL Positivo	4	3,3	0	0	< 0,04
Parto natural	85	72,6	69	32,4	< 0,001
5 controles o más en el embarazo	123	57,2	209	98,1	< 0,001
Primer control antes de las 13 semanas	88	40,9	194	91,1	< 0,001
Talla menor de 1,50 m	21	9,8	3	1,4	< 0,001
Mujer adelgazada al inicio del embarazo	18	8,4	16	7,5	NS
Mujer con sobrepeso al inicio del embarazo	32	14,9	29	13,6	NS
Mujer con obesidad al inicio del embarazo	14	6,5	7	3,3	NS
Mujer adelgazada en el último control previo al nacimiento del niño (máx. 2 semanas antes)	18	8,4	32	15,0	< 0,046
Mujer con sobrepeso en el último control previo al nacimiento del niño (máx. 2 semanas antes)	36	16,7	32	15,0	NS
Mujer con obesidad en el último control previo al nacimiento del niño (máx. 2 semanas antes)	20	9,3	14	6,6	NS
Peso del recién nacido menor a 2500 gr.	27	12,6	8	3,8	< 0,002
Peso del recién nacido mayor de 4000 gr.	9	4,2	11	5,2	NS
Pre término	20	9,3	13	6,1	NS

TABLA N° 2

VARIABLES ESTUDIADAS EN FUNCIÓN DEL PESO AL NACER DEL NIÑO.

	Peso al nacer por encima de 2500 g			Bajo peso al nacer			p
	N	±DE	Media	n	Media	±DE	
Edad de la mujer embarazada	395	28	7	33	28	7	NS
Edad gestacional	395	38,7	1,4	35	35,8	2,9	<0,000
Años de estudio de la mujer	395	11	3	33	9	4	<0,01
Captación del embarazo en semanas	395	13	7	32	15	8	NS
Número de controles en el embarazo	395	8	3	33	5	3	<0,001
Número de gestas previas de la mujer	395	1	2	32	1	1	NS
Hemoglobina g/dl	258	11,7	0,9	7	11,6	0,7	NS
Talla de la mujer	395	1,62	0,06	32	1,59	0,06	<0,048
IMC previo a la gestación	395	22,9	3,7	32	22,3	3,2	NS
IMC en el último control registrado	395	27,8	4,2	29	26	3,7	<0,02
Ganancia de peso en el embarazo	284	13,9	5,2	9	12,1	4,7	NS

TABLA N° 3

BAJO PESO AL NACER SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE LA MADRE DEL NIÑO EN AMBOS GRUPOS ESTUDIADOS (PÚBLICO Y PRIVADO).

	Bajo peso al nacer (%)	Peso superior a 2500 g (%)	p
Duración del embarazo menor a 37 semanas	54,3	4,1	<0,001
Edad			
Mujer menor de 20 años	20,0	17,2	NS
Mujer mayor de 35 años	20,0	19,7	NS
Gestas			
Ningún embarazo previo	52,9	40,0	NS
3 embarazos previos o más	5,9	13,4	NS
Estado Nutricional			
Mujer adelgazada al inicio	19,0	7,7	NS
Anemia	11,1	15,1	NS
Mujeres con talla menor de 1,5 m	5,9	5,6	NS
Mujeres con peso previo menor de 50 kg	29,4	20,6	NS
Controles en salud			
Menos de 5 controles	54,3	19,5	<0,001

GRÁFICO N° 1

Edad gestacional, IMC en el último control realizado, talla de la mujer y número de controles según peso al nacer del niño.

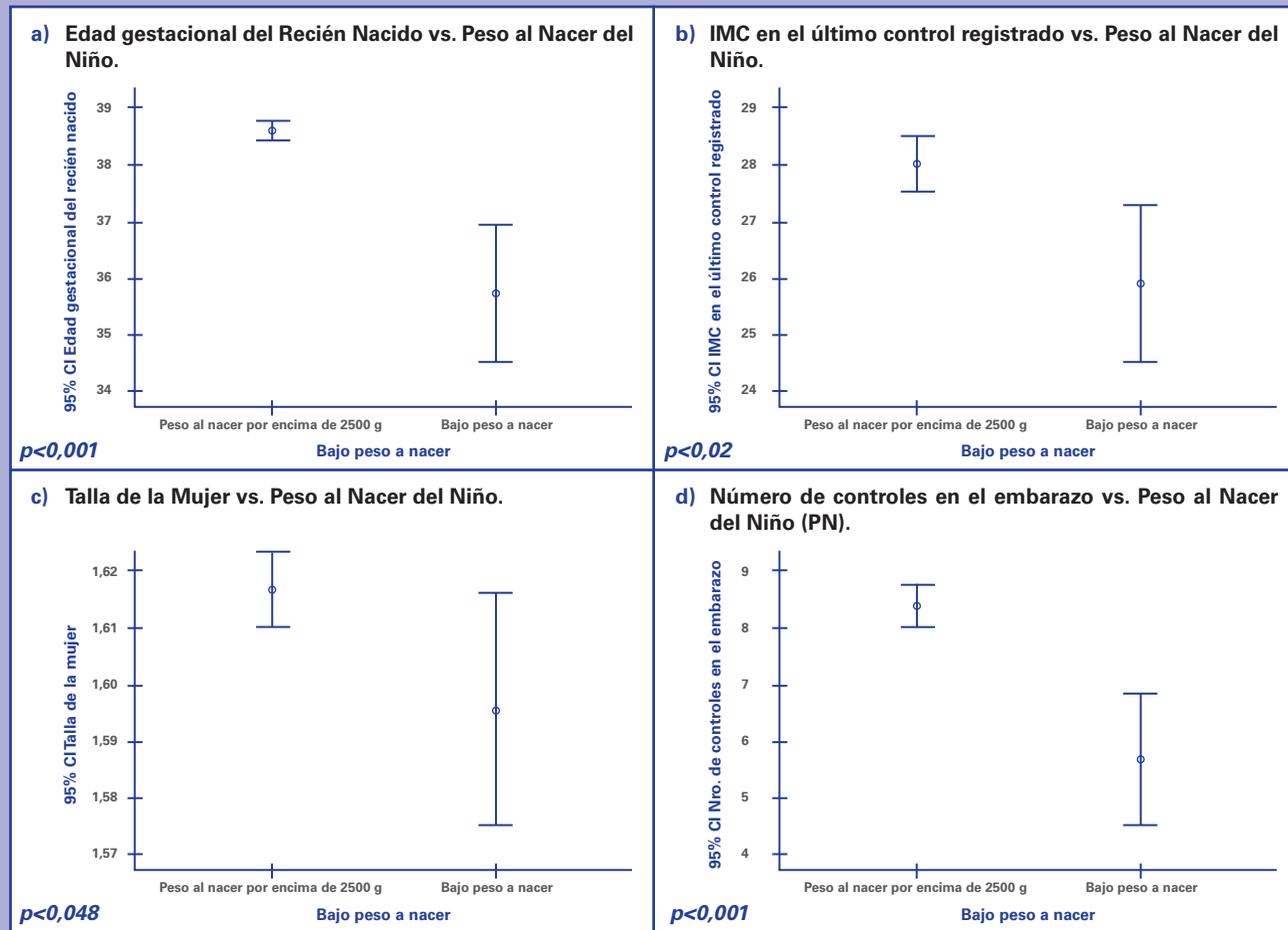
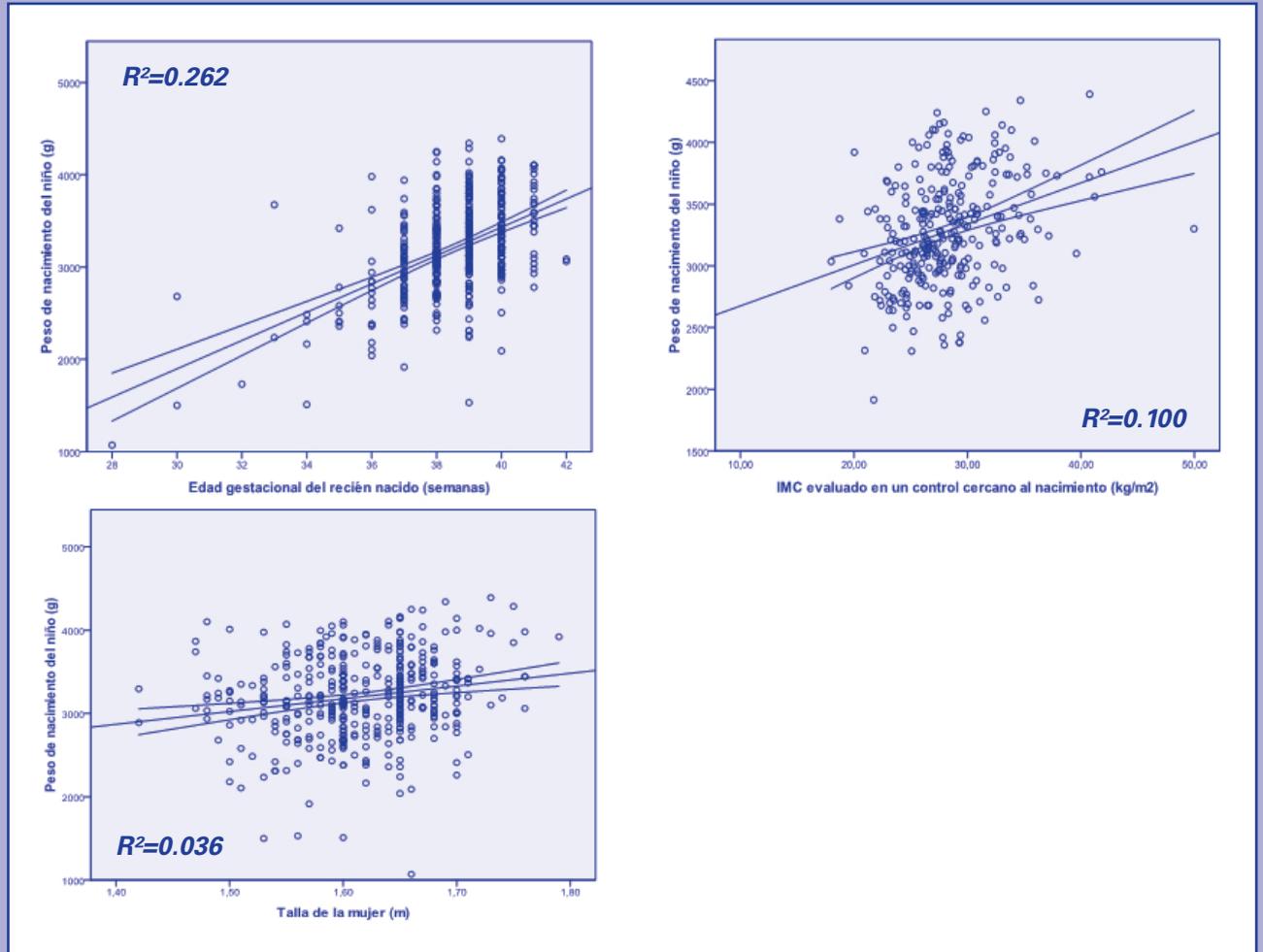


GRÁFICO N° 2

Asociación entre Edad Gestacional, IMC al finalizar el embarazo, Talla de la mujer con el peso de nacimiento del niño.



## DISCUSIÓN

Diversos autores han encontrado que la edad ideal para minimizar los riesgos sociales y/o reproductivos es entre 20 y 34 años (13)(18)(20). En el presente estudio no se encontró menor peso al nacer entre las mujeres adolescentes o mayores de 34 años. No se observaron diferencias entre la edad de las mujeres y el peso al nacer del niño, sin embargo, no se midieron las consecuencias sociales y económicas que pudieran presentarse ya que, el 25% de las mujeres del servicio público eran adolescentes.

Se ha demostrado que la educación de la madre afecta el peso al nacer y la probabilidad de tener un hijo con bajo peso; madres con más educación tienen hijos con mayor peso (13)(19). En el presente trabajo, las mujeres que superaban los años de educación mínima formal tuvieron hijos con pesos superiores a 2500 g (11 años en promedio).

Estudios han observado que las mujeres con más gestas previas tienen niños más pesados. Ello no se corroboró con este estudio.

Respecto a los controles en salud, Aguirre y colaboradores observaron que el peso al nacer mejoraba con 9 controles o más y comenzando a controlarse tempranamente. En otro estudio publicado recientemente en la revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología toma como factor protector el tener más de 5 controles prenatales (22). En este trabajo, ambos grupos (público y seguro privado), superaron en promedio los 5 controles mínimos establecidos por el MSP. Sin embargo, se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre el número de controles de los dos grupos estudiados; se considera relevante que casi el 20 % de los niños nacidos con bajo peso sus madres tuvieron menos de 5 controles. Las mujeres del sector público acuden al primer control en forma más tardía.

La anemia es un factor de riesgo para el BPN. En el diversos estudios se encontró asociación significativa entre el BPN y la presencia de anemia en la mujer durante el embarazo (23)(24). Mardones F, y cols. no observó asociación entre la presencia de anemia y el crecimiento fetal (23)(25)(29). Este estudio, a pesar de que casi el doble de las mujeres del sector público (19,7%) en relación al privado (10,9 %) presentaban anemia, no se encontró mayor prevalencia de bajo peso al nacer entre las mujeres con anemia.

Se ha demostrado que el peso pregestacional inferior a 50 kg presenta una fuerte asociación con la ocurrencia de BPN. En el estudio de Fujimori E, y cols. encontraron un 10,9 % de mujeres en esa situación nutricional, en el presente estudio se observó esta misma proporción en el seguro privado, pero en el público la misma se tripli-

có. Si bien se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos respecto al peso pre gestacional, 58,1 y 61,3 respectivamente ( $p < 0,002$ ); no se encontró una diferencia significativa de mayor peso al nacer entre las mujeres con 50 kg o menos al inicio del embarazo (26). La talla materna es considerada un indicador de la historia nutricional de la mujer, refleja la desnutrición crónica y ha sido asociada con el riesgo del bajo peso al nacer por diversos autores. En el presente trabajo las mujeres con una talla de menos de 1,50 m no presentaron mayor proporción de BPN (27).

Leal-Mateos M. y col. en el 2008 encontró que el IMC pregestacional y la ganancia de peso durante gestación influyeron significativamente en el peso del recién nacido, así como también Grados Valderrama, y col., en el 2000. En la actual investigación no se observó asociación entre la ganancia de peso, ni con el IMC pregestacional y el BPN; pero sí se encontró diferencias estadísticamente significativas con el IMC en el último control registrado  $p < 0,02$  (5)(21).

## CONCLUSIONES

La reducción de la incidencia del BPN está dentro de una de las principales metas en el propósito de reducir la mortalidad infantil de los "Objetivos del Milenio" según la declaración de las Naciones Unidas en 2002, y por lo tanto, es un indicador del monitoreo del alcance de dichas metas en el 2015 (28).

Concluimos que en esta muestra el factor de riesgo más importante para BPN es la prematuridad, ya que, más del 50% de los niños nacidos con peso inferior a 2500 g lo hicieron antes de las 37 semanas de gestación. Casi un 20% de las mujeres que tuvieron hijos de bajo peso concurren solamente a 5 controles o menos.

El IMC en el último control fue 2 puntos menor y la talla fue 3 cm más baja entre las mujeres que tuvieron niños con bajo peso.

Es fundamental un buen crecimiento y desarrollo en los primeros años de vida; y una ganancia de peso acorde al IMC pregestacional, de forma que permita culminar el embarazo con un IMC adecuado.

Se hace necesario acuerdos entre todo el equipo de salud, y la comunidad, énfasis en la valorización de la nutrición de la mujer en la etapa fértil y de ser posible antes y en especial durante el embarazo; así como una buena consejería podrían ayudar a disminuir BPN.

Se considera necesario continuar en esta línea de investigación a nivel nacional, así como también, estudiar la calidad de la atención brindada a las gestantes, y no solo tomar como patrón de control el número de los mismos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barker DJP. The fetal origins of coronary heart disease. *Acta Paediatr* 1997; 422 (Suppl): 78-92. Citado en Cerruti F, Monografía Maestría en Nutrición, El embarazo y la lactancia: dos períodos de altas demandas nutricionales en la vida de la mujer, 2008.
2. Uauy R, Atalah E, Barrera C, Behnke E. Alimentación y Nutrición durante el embarazo. Material enviado por el Dr. Eduardo Atalah.
3. Burrows R, Castillo C, Atalah E, Uauy R. Guías de Alimentación para la Mujer. 1ra. Edición. Santiago de Chile: Diario La Nación; 2001.
4. Jaeger A S, Vargas Del Real S I, Rodríguez L S, Perdomo E P, Barón M A. Índice de Masa Corporal al comienzo del embarazo en un grupo de gestantes venezolanas de bajo estrato socioeconómico y su relación con la antropometría de sus recién nacidos. *Arch Latinoamer Nutr*. 2010 [consulta el 17 de junio de 2010]; Disponible en [http://www.alanrevista.org/ediciones/2006-2/indice\\_masa\\_corporal.asp](http://www.alanrevista.org/ediciones/2006-2/indice_masa_corporal.asp)
5. Leal -Mateos M, Giacomini L, Pacheco-Vargas L D. Índice de Masa corporal Pregestacional y Ganancia de peso Materno y su relación con el peso del recién nacido. *Acta Médica Costarricense (San José de Costa Rica)* 2008; 50 (3):160-167.
6. M.S.P. Documento. Políticas Sanitarias Estratégicas para 2010. Material enviado por el Dr. Gilberto Ríos.
7. M.S.P. Informe. Comunicación y Salud 2010. Páginas 1-6. Material enviado por el Dr. Gilberto Ríos.
8. A.S.S.E. Centro Hospital Pereira y Rossell - Hospital de la Mujer -Informe de gestión maternidad 2009. Emitido el 7 de Junio de 2010.
9. Severi C. Nutrición y embarazo adolescente. *Revista Uruguaya de ginecología de la infancia y adolescencia*. 2000; (2).
10. Alonso J. Manejo Perinatal del bajo peso extremo. Cap. 2: Estimación del peso fetal. Ed. Biomédica. Montevideo; 2002.
11. Rey G, Visconti A, Tomasso G. Manejo Perinatal del bajo peso extremo. Cap. 1: Epidemiología del Muy Bajo y extreme bajo peso al nacer en el Uruguay. Ed. Biomédica. Montevideo; 2002.
12. Matijasevich A, Barros F C, Díaz-Rossello J L, Bergel E, Forteza A C. Factores de Riesgo para muy bajo peso al nacer y peso al nacer entre 1500-2499 gramos. Un estudio del sector público de Montevideo, Uruguay. *Arch Paediatr Urug* 2004;75(1):26-35.
13. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6ta. Ed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2005. Cap.8 pág. 139-142.
14. Atalah E, Castillo C, Castro R, Amparo - Aldea P. Propuesta de un Nuevo Estándar de Evaluación Nutricional en Embarazadas *Rev. Med. Chile* 1997; 125: 1429-1436.
15. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud - Programa Nacional Prioritario de Salud de la Mujer Y Género, Guías en Salud Sexual Y Reproductiva - Cap. Normas de Atención a la Mujer Embarazada, Uruguay 2007.
16. Martell M, et al. Introducción a la Metodología de la Investigación Científica. Universidad de la República - Facultad de Medicina - Fundación Manuel Pérez. 2da. Ed. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR; 2003.
17. 32 Uauy R., Atalah E., Barrera C., Behnke E., Alimentación y Nutrición durante el Embarazo.
18. Aguirre R, Triunfo P, Jewell RT. Los Factores de Riesgo y el peso al nacer en el Uruguay.
19. Triunfo P, Jewell RT. Bajo peso al nacer en Uruguay: implicaciones para las políticas de salud. Departamento de Economía. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Documento No. 17/06. 2006.
20. Bolzán A. Guimarey L. Antropometría pregestacional y gestacional en adolescentes y sus recién nacidos - *Arch. Argent. Paediatr* 2001; 99(4).
21. Valderrama F de MG, Epiqueñ RC, Herrera JD. Estado nutricional pregestacional y ganancia de peso materno durante la gestación y su relación con el peso del recién nacido. *Rev Med Hered*. 2003; 14(3).
22. Daza V, Jurado W, Duarte D, Gich I, Sierra-Torres CH, Delgado-Noguera M. Bajo Peso al Nacer: Exploración de algunos Factores de Riesgo en el Hospital Universitario San José en Popayán, Colombia. *Rev Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2009; 60(2): 124-134.
23. Neyra ND, Alvarez AN. Factores que Inciden en el Bajo Peso al Nacer. *Rev Cubana Enfermer* 1998; 14(3): 150-4.
24. Escobar CJA, et al. Factores de riesgo de bajo peso al nacer en un hospital cubano, 1997-2000. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2002; 12(3).
25. Mardones F, Tapia JL, Mallea AR, Villareal del P L. Talla de mujeres adultas gestantes en muestras de los sistemas de salud público y privado de Chile. *Rev Med Chile* 2004; 132: 1483-1488.
26. Fujimori E, Cassana LMN, Szarfarc SC, de Oliveira IMV, Guerra-Shinohara EM. Evolución Del Estado Nutricional de Embarazadas Atendidas en la Red Básica de Salud, Santo André, Brasil. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2001; 9(3).
27. Grandi C, Luchtenberg G, Sola H. Evaluación nutricional durante el embarazo. Nuevo estándar. *Medicina (Buenos Aires)* 2007; 67(6): 2.
28. World Health Organization. Maternal Anthropometry and Pregnancy Outcomes: a WHO Collaborative Project. *WHO Bulletin* 1995;73:1S-9S.
29. Pita A. Nutrición de las Mujeres al inicio y al finalizar el embarazo. Estudio desarrollado en un servicio de Medicina Privada. Tesis para obtener el grado de Máster en Nutrición. Universidad Católica del Uruguay, Montevideo, 2010.

# SÍNDROME DE BURNOUT EN EL EQUIPO DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE MONTEVIDEO.

BURNOUT'S SYNDROME IN THE NURSING STAFF OF INTENSIVE CARE IN A HOSPITAL OF MONTEVIDEO CITY.

SÍNDROME DE BURNOUT NA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL DA CIDADE DE MONTEVIDÉU.

**Autores:** Myrna Benítez (1), Elen Rodríguez (2).

Recibido: 17/04/2014

Aceptado: 25/06/2014

## RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue conocer la prevalencia del Síndrome de Burnout y los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el equipo de enfermería de una Unidad de Cuidados Intensivos en un Hospital Público de Montevideo.

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal en una muestra tomada por conveniencia a un total de 69 funcionarios del equipo de enfermería (Licenciados y Auxiliares). Se aplicó un cuestionario auto administrado para caracterizar la población y el instrumento Maslach Burnout Inventory. Los resultados mostraron una prevalencia del 24% referido al Burnout. Respecto al agotamiento emocional el estudio dio: alto en el 33%, medio en el 32% y bajo en 31% de los encuestados. La despersonalización mostró niveles bajos en la mayoría de los individuos, representados por el 47%. La mayoría de los funcionarios presentaron alto nivel de baja realización personal.

Estos resultados nos acercan al conocimiento del problema y evidencia la necesidad de estudiar profundamente este tema, también desde la metodología cualitativa que permitan diseñar e implementar estrategias para la prevención y el afrontamiento del mismo en esta población.

**Palabras clave:** Enfermería, Síndrome de burnout, Agotamiento emocional, Despersonalización, Realización personal, Unidades de Cuidados Intensivos.

## ABSTRACT

The aim of this research was to learn about the prevalence of the Burnout Syndrome and the levels of emotional exhaustion, depersonalization and personal achievement in the nursing staff of an Intensive Care Unit in a public Hospital in Montevideo.

(1) Licenciada en Enfermería. Esp. Cuidados Intensivos del Adulto. Centro Asistencial, CASMER. Rivera - Uruguay. myrnabenitez@hotmail.com

lence of the Burnout Syndrome and the levels of emotional exhaustion, depersonalization and personal achievement in the nursing staff of an Intensive Care Unit in a public Hospital in Montevideo.

A quantitative, descriptive and transverse investigation was carried out in a sample taken by convenience to a whole of 69 employees of the the nursing staff (Graduates and Assistants).

A self-managed questionnaire was used to distinguish the population and the Maslach Burnout Inventory instrument personal achievement.

The results showed an average of 24% of Burnout's Syndrome prevalence in the inquired population. The emotional exhaustion level was high in an average of 33% of the inquired staff, medium in the 32%, and low in the 31% of them. The depersonalization showed low levels in the majority of the inquired population, shown by the 47% of them. The majority of the staff showed a high level of low personal achievement.

These results only get us closer to get in touch with the problem and they evidence the need to study this topic deeply, not only from quantitative methodology but also from the qualitative one to get some knowledge that helps us to create strategies to face this problem.

**Key Words:** Nursing, Burnout's syndrome, Emotional exhaustion, Depersonalization, Personal achievement, Intensive Care Unit.

## RESUMO

O objetivo desta investigação foi determinar a prevalência do Síndrome de Burnout e os níveis de exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal em uma equipe de enfermagem de uma Unidade de Cuidados Intensivos em um Hospital Público de Montevideo.

(2) Licenciada en Enfermería. Esp. Cuidados Intensivos del Adulto. Asociación Española, 1ª de Socorros Mutuos. Montevideo - Uruguay. elenrdrgz@gmail.com

cia do síndrome de burnout e os níveis de exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal da equipe de enfermagem em uma UTI dum hospital público de Montevidéu.

O estudo foi quantitativo, descritivo e transversal e foi realizado em uma amostra de conveniência formada por um total de 69 membros do pessoal da equipe de enfermagem (Licenciado e Auxiliar) nos dias 6 e 7 de Maio de 2013.

Se aplicou um questionário auto-administrado utilizado para caracterizar a população e o instrumento Maslach Burnout Inventory.

Os resultados mostraram uma prevalência da síndrome de burnout em 24% da população do estudo. A exaustão emocional foi elevado em 33% , média de 32% e baixa em 31 % dos entrevistados. A despersonalização teve níveis baixos na maioria dos indivíduos, representados por 47%. A maioria dos funcionários apresentaram alto nível de redução da realização pessoal.

Estes resultados só nos traz mais perto de compreender o problema e demonstra a necessidade de estudar esta questão profundamente, também a partir da metodologia qualitativa, a fim de conceber e implementar estratégias para prevenir e lidar com este problema.

**Palavras chave:** Síndrome de burnout em enfermagem, Exaustão emocional, Despersonalização, Realização pessoal, Unidades de Terapia Intensiva.

## INTRODUCCIÓN

Se considera que el Síndrome de Burnout (SBO) es un síndrome psicológico que implica una respuesta prolongada a estresores interpersonales crónicos en el trabajo (1). Cristina Maslach y Susan Jackson definen el Burnout como síndrome resultante de un prolongado estrés laboral, que afecta a personas cuya profesión implica una relación con otros, en el cual la ayuda y el apoyo ante los problemas del otro es el eje central del trabajo. El SBO abarca principalmente síntomas de agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP), sensación de reducida realización personal (RP) y se acompaña de aspectos tales como trastornos físicos, conductuales y problemas de relación interpersonal (2) (3). Es capaz de producir disfunción mental y precipita efectos negativos en términos de salud mental, tales como depresión, ansiedad, y baja autoestima (4)(5). La medición de los niveles del síndrome en la mayoría de las investigaciones es llevada a cabo mediante el MBI (3). Este instrumento ha sido estudiado en su validez y confiabilidad (6)(7)(8)(9) y es una herramienta útil para el estudio del SBO en los trabajadores que se desempeñan principalmente en los ámbitos sanitarios y educativos (10)(11). El mismo contiene ítems que refieren

pensamientos y sentimientos prototípicos de Burnout. La dimensión AE, desde el punto de vista de Maslach, es determinante para la comprensión del síndrome. Valora vivencias de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. La DP valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento hacia la persona que recibe el servicio, llegando incluso a la deshumanización en el caso de padecer un alto nivel de Burnout. La última dimensión es la RP que evalúa sentimientos de auto-eficacia en el trabajo e indica como el trabajador se siente desarrollado en su trabajo. Los empleados que padecen el SBO modifican su desempeño, habiendo estándares mínimos de trabajo y mínima calidad de producción en vez de desempeñarse al máximo; cometen más errores, se ponen menos minuciosos y tienen menos creatividad (11).

La relación con otras personas está implícita en el trabajo del equipo de enfermería desde su concepción epistemológica. La enfermera vive de cerca la enfermedad, la invalidez, las necesidades del individuo, la muerte, el sufrimiento, etc (12). El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) hace referencia a que la enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas (13).

En las Unidades de Cuidados Intensivos, el equipo de enfermería está expuesto a varios agentes estresores: en relación a la organización del trabajo, a la convivencia profesional, a los agentes físicos y en relación a la vida personal (14). La mayor parte del equipo de enfermería presenta algún grado de estrés (15).

El estrés laboral se puede definir como las situaciones en que la persona percibe a su ambiente de trabajo como amenazador para sus necesidades de realización personal o profesional o para su salud física o mental, lo que perjudica su integración en su ámbito de trabajo, se refiere a procesos temporales más breves; mientras que el SBO es el estadio final de un proceso de adaptación entre las demandas y recursos del sujeto (5). Consideramos que el tema es relevante por los efectos negativos que este síndrome produce en las personas y en las organizaciones (11)(5). El problema de investigación que nos planteamos fue ¿Cuál es la prevalencia y los niveles de AE, DP y RP en el equipo de enfermería (Licenciados y Auxiliares) que trabajan en la UCI de un Hospital Público de la ciudad de Montevideo? Abordamos esta problemática con la finalidad de acercarnos a conocer su dimensión. Como objetivo general nos propusimos: Conocer la prevalencia del SBO y los niveles de AE, DP y RP en el equipo de enfermería (Licenciados y Auxiliares) que trabajan en UCI; y como objetivos específicos: caracterizar la población en general y en particular las Licenciadas en Enfermería, identificar los

niveles de AE, DP y RP y la prevalencia del SBO. Para realizar la caracterización de la población utilizamos las siguientes variables: sexo, edad, años de ejercicio profesional, años de antigüedad en el servicio, estabilidad laboral, motivación, descanso laboral, capacitación en cuidados intensivos, percepción sobre la institución como favorecedora de formación, estado civil, aporte del mayor ingreso económico en el hogar, actividad recreativa y disponibilidad de tiempo para su realización (15)(16). No hemos encontrado otros estudios similares publicados en nuestro medio, habiendo algunos que hacen referencia al síndrome, pero no específicamente en enfermería de cuidados intensivos. En tal sentido, Silveira publicó un trabajo titulado "Un modelo de triangulación cuali-cuantitativa. Estrés, satisfacción y Burnout en médicos y enfermeras del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela". Para el mismo se utilizó una muestra selectiva e intencional con personal sanitario y no sanitario de diferentes centros de salud: personal del servicio de emergencia del Hospital de Clínicas; personal del Centro Nacional de Quemados, y un grupo de personal de Farmacia del Hospital Pereira Rossell. El objetivo de dicho estudio fue "describir el nivel de estrés laboral, la satisfacción laboral y el SBO de este grupo sanitario, en el contexto laboral y de condiciones de trabajo". En ese estudio se concluyó que existe una población de riesgo tanto en el grupo de enfermeros como en el de médicos, en relación al AE y a la RP. En el grupo de enfermeros la incidencia del SBO se encuentra balanceada tanto en género como en categoría profesional (en auxiliares y en licenciados de enfermería), teniendo su mayoría un promedio de diez años de trabajo, siendo predominantemente solteros y divorciados o separados y encontrándose un tercio de ellos en situación de multiempleo (1).

La Facultad de Psicología de la Universidad de la República, realizó un estudio publicado en 2012 sobre la prevalencia del SBO y su relación con variables socio demográficas en una muestra de 174 funcionarios del Hospital Pasteur. Se encontró baja RP, alta DP en el 23% y alto AE en el 19%. Se identificó a la población femenina como grupo de riesgo a desarrollar el Síndrome (17).

A nivel internacional en un estudio en distintas unidades de cuidados intensivos de Madrid se obtuvo una prevalencia de 16% del SBO en la población de enfermeros con niveles elevados de DP y niveles medios de AE y de RP (18).

El conocimiento de la situación actual de esta problemática puede ser importante en la medida que pueda ser útil para la creación de los lineamientos y estrategias que tiendan a mejorar la calidad de vida de quienes brindan los cuidados a los pacientes y mejorar la calidad de atención de enfermería (5).

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo transver-

sal en la UCI de un Hospital Público de Montevideo. La población estuvo conformada por todos los funcionarios Licenciados y Auxiliares en Enfermería, en todos los turnos (mañana, tarde, vespertino y noche), los días 6 y 7 de mayo de 2013. Corresponden en su totalidad a 118 funcionarios, 20 de los cuales son Licenciados y 98 Auxiliares de Enfermería. Se realizó un muestreo no probabilístico accidental, por conveniencia; donde participaron todos los Auxiliares y Licenciados de Enfermería que estaban trabajando al momento de la recolección de datos en todos los turnos y que estuvieron dispuestos a hacerlo. Participaron 69 funcionarios de los cuales 13 eran Licenciados y 56 eran Auxiliares de enfermería, correspondiendo a 59% de la población.

Se recogieron los datos usando la técnica de encuesta, utilizando como instrumento un cuestionario autoadministrado. En dicho formulario se preguntaron algunos datos socio-demográficos y se aplicó el instrumento MBI. Con el MBI se midieron los niveles de AE, DP y RP (alto, medio y bajo) y se estableció la presencia del SBO cuando las tres categorías mencionadas estuvieron en niveles altos. Preguntamos con qué frecuencia siente los diferentes enunciados relacionados con la vida profesional, en función de una escala de 6 puntos en la que 0 es igual a nunca y 6 diariamente (3)(6). Para preservar la confidencialidad de los encuestados se mantuvo el anonimato de los mismos desde el principio de la recolección de datos. Se obtuvieron las autorizaciones correspondientes de las autoridades institucionales del campo de investigación para realizar el estudio.

## RESULTADOS

Sobre la caracterización de la muestra la mayoría (66%) eran mujeres. El 84% de los funcionarios que participaron en el estudio tienen 40 años o más. De estos un 20% se desempeñaban como Licenciados en Enfermería y un 80% como Auxiliares en Enfermería.

Sobre la antigüedad en el ejercicio profesional y de desempeño en el servicio, el 86% y 76 % respectivamente tenían más de 5 años. Respecto al puesto de trabajo en la UCI fue considerado estable en su mayoría, a pesar de que no se tuvo en cuenta si los cargos eran titulares o suplentes, por lo que se desconoce si este factor sería relevante para tal consideración.

Es de destacar la prevalencia de individuos que afirman sentirse desmotivado en el área de trabajo, representado por el 65% de los encuestados. El multi empleo estuvo presente en el 80%.

El régimen de trabajo en este servicio es de 4 días de trabajo y 1 día de descanso, sin embargo los funcionarios contestaron en su mayoría que lo consideran insuficiente para sus necesidades personales. El 64% ha realizado algún curso relacionado con el área en los últimos 5 años a pesar que la mayoría (84%) manifiesta

que no considera a la Institución como favorecedora de su formación. La mitad de los encuestados son casados o viven en unión estable. El 71% de los funcionarios contestaron que tenían personas a su cargo, pero cabe aclarar que no se indagó si eran hijos u otro familiar. Sobre la consideración del funcionario de ser el que realiza el mayor aporte económico al hogar, se destaca que la mayoría (81%) ha contestado que sí.

Respecto a las actividades recreativas el 63 % tiene como preferencia las deportivas y al aire libre, seguidas en un 10% por actividades intelectuales y 9% actividades familiares, si bien un 81% de los encuestados no disponía del tiempo para realizar las actividades de su preferencia.

No se encontraron diferencias significativas respecto a los niveles de AE, siendo similares la cantidad de personas que presentaron niveles alto, medio y bajo.

Un 46% presenta un bajo nivel de DP, sin diferencias marcadas entre los niveles alto y medio.

Sobre la RP cabe destacar que el 45% presenta un nivel alto de "baja realización personal", seguidos de un 25 y 26% en los niveles medio y bajo respectivamente. La prevalencia del SBO en esta muestra fue de 24%, correspondiente a 16 individuos de los 69 encuestados.

Las prevalencias no difirieron entre la población en general del equipo y la de Licenciados en Enfermería. Se contó por parte del equipo de investigación una excelente disposición para participar de los funcionarios así como de las autoridades de la Institución.

Como limitaciones del estudio consideramos que hubiera sido pertinente un muestreo estratificado por sexo y por edad que permitieran sacar más conclusiones de este estudio, además de buscar relación entre algunas variables.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

De la caracterización surge una población mayoritariamente femenina, considerado un factor de riesgo para padecer SBO según estudios realizados.

Tomando en cuenta las variables edad, antigüedad en servicio y en el área, se puede considerar a esta población como trabajadores con experiencia en la enfermería y en UCI, características que consideramos protectoras. Según Gil- Monte Peiró sobre la edad en relación con la antigüedad de rol y en la profesión, los profesionales nuevos son más jóvenes e inexpertos por lo que tienen mayor riesgo de SBO.

La desmotivación por el área de trabajo que afirma sentir un alto porcentaje del Equipo de Enfermería es relevante dado que la persona desmotivada puede dis-

minuir su desempeño y rendimiento. De este estudio no podemos determinar cuales son las causas y consecuencias de esta desmotivación. Siegrist y cols, citados por Silveira (2008) proponen un modelo en que existe un balance entre esfuerzo y compensaciones en la percepción personal del trabajador. Las posibles fuentes de compensación serían el salario, el reconocimiento (importantes para mantener los niveles profesionales de auto-estima y auto-eficacia) y el grado de certidumbre sobre el propio futuro así como el cumplimiento de las expectativas que el trabajador se había creado (1). Sería interesante saber si este desbalance está presente en esta población, generando esa percepción de desmotivación.

El multi empleo representa un problema importante en esta población ya que los factores estresantes se multiplican por el aumento de las horas trabajadas, el volumen de trabajo, la presión que representa el traslado de un lugar a otro y el escaso margen de tiempo para la formación y las actividades familiares y recreativas.

Los resultados revelan que existe interés de los funcionarios en formarse, lo que podría mejorar si se fomentara y estimulara la misma.

Referente al estado civil, la mitad de esta población podría tener más riesgo de tener SBO por la condición de ser solteros, viudos o divorciados; pero no lo podemos afirmar a partir de este estudio.

Consideramos que el tener personas a su cargo podría ser un factor de riesgo, pero hemos visto que la convivencia en familia mejora el desempeño social de las personas en su trabajo, la mayoría de los funcionarios contestaron que tenían personas a su cargo.

La responsabilidad de aportar el mayor ingreso económico en el hogar de casi la totalidad de los encuestados, es un dato importante dado el compromiso que sabemos que genera el cumplimiento de esto.

Como resultados de la aplicación del MBI se encontró que la mayoría de los integrantes de equipo de enfermería estarían en riesgo de padecer SBO.

Se destacaron niveles altos de AE (33%), niveles bajos de DP (47%) y niveles altos de baja RP (45%). Estos niveles difieren con los encontrados en otro estudio (18), en que la población analizada presentó niveles altos de AE (37%), niveles de elevada DP (57%) y baja RP (37%). De la comparación de éstos resultados surge que esta población tiene menores problemas en relación con el cansancio emocional frente a la tarea de cuidado dado por los niveles de AE; pero mayores con la falta de logro de objetivos en la ayuda hacia los demás y con el incumplimiento de las expectativas del trabajador en el factor de RP. Por otra parte la baja DP indica una respuesta de afrontamiento por parte del trabajador donde no ha llegado a establecer una distancia de aquello que

le incomoda como pueden ser determinados conflictos socio-laborales o el exceso de una demanda profesional que se personalice en el cliente.

La prevalencia del SBO en esta muestra fue de 24%, mayor a los resultados obtenidos en la población de enfermeros de las UCI de Madrid (16%) (18).

## CONCLUSIONES

Sobre una muestra de 69 individuos, que representan el 59% de la población del equipo de enfermería de una UCI de un Hospital Público de Montevideo se obtuvo que:

La población estudiada es predominantemente femenina, con conocimiento y experiencia en el área. La mayoría lo considera un puesto de trabajo estable, siendo éste, uno de los factores protectores frente al estrés laboral.

Por otra parte la desmotivación, el multi empleo y lo inadecuado que representa para los funcionarios el régimen de descansos, pueden influir negativamente sobre esta población.

El equipo de Enfermería de esta UCI tiene interés en la actualización y formación en el área.

El hecho de que la mayoría de los encuestados viva en unión estable o sean casados sería un factor de protección aunque no profundizamos en el estudio de esta variable.

La responsabilidad de constituir el mayor ingreso eco-

nómico del hogar y tener personas a su cargo podrían ser factores estresantes.

En relación a la vida personal se señala la dificultad para conciliar trabajo con actividades de interés y tiempo para poder realizarlas.

Los niveles de AE, DP y RP difieren de los estudios previos, y muestran que se trata de una población que está en riesgo.

La prevalencia del SBO fue de 24% en la muestra estudiada, mayor a las prevalencias encontradas en otras investigaciones. Debemos tener en cuenta que estas personas lo están padeciendo y que esto no afecta solamente al trabajador que lo sufre sino que de alguna manera estaría afectando a toda la organización en forma negativa.

## SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

Este estudio nos ha mostrado que estamos frente a un importante problema que está afectando al equipo de enfermería y seguramente a la organización donde trabajan. La investigación es fundamental para conocer con más profundidad las causas y consecuencias del SBO en esta población, así como conocer las causas de la desmotivación. Frente a esta evidencia consideramos que sería recomendable diseñar un programa de intervención para desarrollar estrategias que apunten a mejorar la calidad de vida de los trabajadores que realizan una tarea tan importante como el cuidado al Usuario Crítico.

## GRÁFICOS

La fuente de datos para la caracterización fueron los formularios autoadministrados y para la prevalencia de SBO, AE, DP y RP fue el MBI. Todos los datos corresponden a la muestra estudiada comprendida por licenciados y auxiliares de enfermería que trabajan en la UCI del Hospital donde se realizó la investigación. Las siglas NC corresponden a individuos que no contestaron e INV a formularios invalidados por estar incompletos.

**TABLA N° 1**

Distribución de la población según edad.

EDAD	FA	FR	FR%
<i>Menor de 40 años</i>	8	0,11	11%
<i>Mayor de 40 años</i>	58	0,84	84%
<i>NC</i>	3	0,05	5%
<i>Total</i>	69	1	100%

**TABLA N° 2**

Distribución de la población según años de ejercicio profesional.

Años de ejercicio profesional	FA	FR	FR%
<i>0 a 5 años</i>	2	0,02	2%
<i>Mayor a 5 años</i>	59	0,86	86%
<i>NC</i>	8	0,12	12%
<i>Total</i>	69	1	100%

**TABLA N° 3**

Distribución de la población según motivación por el área.

Motivación por el área	FA	FR	FR%
<i>Motivado</i>	23	0,33	33%
<i>No Motivado</i>	45	0,65	65%
<i>NC</i>	1	0,02	2%
<i>Total</i>	69	1	100%

**TABLA N° 5**

Distribución de la población según multiempleo.

MULTIEMPLEO	FA	FR	FR%
<i>SI</i>	57	0,8	80%
<i>NO</i>	12	0,2	20%
<i>Total</i>	69	1	100%

**TABLA N° 7**

Distribución de la población según Nivel de DP.

NIVEL DE DP	FA	FR	FR%
<i>ALTO</i>	16	0,23	23%
<i>MEDIO</i>	18	0,26	26%
<i>BAJO</i>	32	0,47	47%
<i>INV.</i>	3	0,04	4%
<i>Total</i>	69	1	100%

**TABLA N° 9**

Distribución de la población según la presencia del Síndrome de Burnout.

Presencia del SBO	FA	FR	FR%
<i>SI</i>	16	0,24	24%
<i>NO</i>	49	0,72	72%
<i>INV.</i>	4	0,04	4%
<i>Total</i>	69	1	100%

**TABLA N° 4**

Distribución de la población según la condición de aportar el mayor ingreso económico en el hogar.

Principal Ingreso	FA	FR	FR%
<i>SI</i>	56	0,81	81%
<i>NO</i>	10	0,15	15%
<i>NC</i>	3	0,04	4%
<i>Total</i>	69	1	100%

**TABLA N° 6**

Distribución de la población según nivel de AE.

NIVEL DE AE	FA	FR	FR%
<i>ALTO</i>	23	0,33	33%
<i>MEDIO</i>	22	0,32	32%
<i>BAJO</i>	21	0,31	31%
<i>INV.</i>	3	0,04	4%
<i>Total</i>	69	1	100%

**TABLA N° 8**

Distribución de la población según Nivel de RP.

NIVEL DE RP	FA	FR	FR%
<i>ALTO</i>	32	0,45	45%
<i>MEDIO</i>	17	0,25	25%
<i>BAJO</i>	18	0,26	26%
<i>INV.</i>	3	0,04	4%
<i>Total</i>	69	1	100%

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silveira Rondán Nahir. Un Modelo de Triangulación Cualitativa-Cuantitativa. Editorial: Psicolibros- Waslala. Montevideo 2008.
2. Gil-Monte P. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. Universidad de Valencia Departamento de Psicobiología y Psicología Social. Revista Eletrônica InterAção Psy – Ano 1, nº 1- Ago 2003 – p. 19-33 disponible en: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd49/artigo3.pdf>
3. Buendía J. Estrés Laboral y Salud. 2ª Edición. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. 2006.
4. Maslach C., Comprendiendo el Burnout. Ciencia y Trabajo, Abril - junio 2009, (revista en Internet) (acceso 22 noviembre de 2012). Disponible en: <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/32/C&T32.pdf>.
5. Lorente L., Salanova M., Martínez. S. Estrategias de Prevención del Burnout desde los Recursos Humanos. Revista en Internet Gestión Práctica de Riesgos Laborales. Acceso 8 de marzo de 2013. Disponible en: <http://pdfs.wke.es/8/5/9/2/pd0000018592.pdf>
6. Gil-Monte P., Peiró J., Universidad de La Laguna y Universidad de Valencia. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional (Revista en Internet) 1999. (acceso el 14 de mayo de 2013). Disponible en: [www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/.../7415](http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/.../7415).
7. Grau E. Universitat de València. España. El Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal. Servei de Publicacions 2008. (publicación en Internet). (acceso 15 de mayo de 2013). Disponible en: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/15417/grau.pdf?sequence=1>
8. Manso J. Universidad de Concepción. Chile. Confiabilidad y validez factorial del Maslach Burnout Inventory versión Human Services Survey en una muestra de asistentes sociales chilenos. Octubre/2006 (revista en Internet) citado el 10 de abril de 2013. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/maslach-burnout-inventory-confiabilidad/>
9. Hernández C. Vargas S. Rodríguez A. UAEM. México. Burnout en personal sanitario: validación de la escala MBI en México. (monografía en Internet) citado 10 de abril de 2013. Disponible en: <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi16/psisoc/3.pdf>
10. Aranda B. El Síndrome de Burnout o de quemarse en el trabajo: un conflicto en la salud de los profesionales. Rev. investig. psicol. [online]. dic. 2011, vol.14, no.2 [citado 03 Marzo 2013], p.47-56. Disponible en la World Wide Web: [http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1609-74752011000200004&lng=es&nrm=iso](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1609-74752011000200004&lng=es&nrm=iso). ISSN 1609-7475.
11. Barraza M., Carrasco R., Arreola M. Síndrome de Burnout: un estudio comparativo entre profesores y médicos de la ciudad de Durango. Enero de 2007. [página en Internet]. [acceso 11 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.upd.edu.mx/librospub/inv/sinburnout.pdf>.
12. Mingote A, Pérez S. Estrés en la Enfermería. El cuidado del cuidador. Ediciones Díaz de Santos S. A. Madrid; 2003.
13. Consejo Internacional de Enfermeras. Definición de Enfermería. (acceso 20 de octubre 2012). Disponible en: <http://www.icn.ch/spanish.htm>.
14. Cirera Osvaldo Y, Aparecida Dias E, Rueda Elias Spers V, Ferraz Filho O. Impacto de los estresores laborales en los profesionales y en las organizaciones análisis de investigaciones publicadas. Invenio 2012; 1567-80. (citada 20 de abril de 2013) Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87724146007>.
15. Zambrano Plata Gloria Esperanza. Estresores en las unidades de cuidado intensivo. Aquichán [serial on the Internet]. 2006 Oct [cited 2014 May 10]; 6(1): 156-169. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972006000100015&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972006000100015&lng=en).
16. Bresó E., Salanova M., Schaufeli W. NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout"(III): Instrumento de medición. Acceso 3 de marzo de 2013. Disponible en: <http://www.ub.edu/dppss/psicamb/uni4/4821.htm>
17. Añón [et al]. Incidencia del Síndrome de Burnout en un Hospital Público de Montevideo Psicología, Conocimiento y Sociedad. [Revista en internet] 2012 Mayo [acceso 2 de mayo de 2013]; 2 (1), 130 – 148. Disponible en: [www.http://revista.psico.edu.uy](http://revista.psico.edu.uy).
18. Frade M.J.; Vinagre G.; Zaragoza I.; Viñas S.; Antúnez E.; Álvarez S.; Malpartida P. Madrid. Síndrome de burnout en distintas Unidades de Cuidados Intensivos. (Revista en Internet). Enferm Intensiva.2009; 20(04):131-40 - vol.20 núm 04. Citado 12 de junio de 2013. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/enfermeria-intensiva-142/sindrome-burnout-distintas-unidades-cuidados-intensivos-13146019-originales-2009>.

# EVOLUCIÓN DEL TABAQUISMO EN URUGUAY (2006-2011), PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA PROMOCIÓN DE LA CESACIÓN.

THE EVOLUTION OF SMOKING IN URUGUAY (2006-2011), THE ROLE OF THE NURSE IN THE PROMOTION OF CESSATION.

EVOLUÇÃO DO TABAGISMO NO URUGUAI (2006-2011), PAPEL DA ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA CESSAÇÃO.

**Autores:** Zoraida Fort (1), Maira Castro (2), Adriana Portos (3), Eduardo Sandoya (4).

Recibido: 10/02/2014

Aceptado: 29/05/2014

## RESUMEN

### **Introducción.**

Las medidas de control de tabaco implementadas a partir del 1º de marzo de 2006 se asociaron a un descenso del tabaquismo de acuerdo a los datos disponibles hasta 2008. El presente estudio analizó la evolución del consumo de tabaco en adultos extendiendo el período de análisis hasta el año 2011.

### **Material y métodos.**

En este estudio descriptivo, transversal, el análisis del consumo de tabaco se realizó a partir de cuatro fuentes: la encuesta de factores de riesgo de enfermedades crónicas (STEPS) del Ministerio de Salud Pública del año 2006 (n=2.008), la encuesta nacional de tabaquismo (ENPTA) de CIET del año 2008 (n=13.700), la encuesta GATS del Ministerio de Salud Pública, la Organización Panamericana de la Salud y el Centro de control de Enfermedades de EE.UU. del año 2009 (n=5.581) y del estudio en individuos que concurren a solicitar el carné de salud al Departamento de Clínicas Preventivas del Ministerio de Salud Pública en 2009, 2010 y 2011 (n=56.514).

### **Resultados.**

La prevalencia de tabaquismo fue 32,7% en 2006, 24,8% en 2008, 25,0% en 2009 y 23,2% en 2009-2011.

### **Conclusiones.**

El consumo de tabaco entre adultos se ha reducido en Uruguay a partir de 2006, pero las cifras actuales de fumadores pueden reducirse aún más. En tal sentido es muy importante el papel de la enfermera tanto a nivel ambulatorio como hospitalario para contribuir a abatir el consumo de tabaco.

**Palabras clave:** Epidemiología, Promoción de la salud, Tabaquismo, Hábito de fumar.

## ABSTRACT

### **Introduction.**

The tobacco control measures implemented the 1st of March 2006 were associated with a decrease in smoking, according to the data available as of 2008. This study analyzed the evolution of the consumption of tobacco in adults until 2011.

### **Materials and Methods.**

In this descriptive and transversal study, the analysis of the consumption of tobacco was done on the basis of four sources: the chronic disease risk factor poll by the Ministry of Public Health in 2006 (n=2,008), the national smoking poll by CIET in 2008 (n=13,700), the GATS poll by the Public Health Ministry, the Pan American Health Organization and the Disease Control Center of the United States of America in 2009 (n=5,581), and the study of individuals who went to the Preventive Clinics Department of the Ministry of Public Health to get their health card in 2009, 2010 and 2011 (n=56,514).

### **Results.**

The prevalence of smoking was 32.7% in 2006, 24.8% in 2008, 25.0% in 2009 and 23.2% in 2009-2011.

### **Conclusions.**

The consumption of tobacco amongst adults has been reduced in Uruguay since 2006, but the current number of smokers can be reduced even further. Therefore, the nurses' role is very important, both with outpatients and with hospitalized patients, to contribute in the fight against tobacco consumption.

**Key Words:** Epidemiology, Health Promotion, Smoking, Smoking Habit.

(1) Dra. en Enfermería. Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, Universidad Católica.

(2) Lic. en Enfermería. Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, Universidad Católica.

(3) Lic. en Enfermería. Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, Universidad Católica.

(4) Doctor en Medicina. Centro para la Investigación de la Epidemia de Tabaquismo (CIET).

## RESUMO

### *Introdução.*

As medidas de controle do tabaco implementadas a partir de 1º de março de 2006 ficaram associadas a uma queda do tabagismo, conforme os dados disponíveis até 2008. O presente estudo analisou a evolução do consumo de tabaco em adultos, alargando o período da análise até 2011.

### *Material e métodos.*

No presente estudo descritivo, transversal, a análise do consumo de tabaco foi realizada a partir de quatro fontes: a pesquisa de fatores de risco nas enfermidades crônicas (STEPS), do Ministério da Saúde Pública, de 2006 (n=2.008); a pesquisa nacional de tabagismo (ENPTA), do CIET, de 2008 (n=13.700); a pesquisa GATS do Ministério da Saúde Pública, a Organização Pan-Americana da Saúde e o Centro para o Controle de Enfermidades, dos EEUU, de 2009 (n=5.581), e o estudo com indivíduos que solicitaram a Caderneta de Saúde, no Departamento das Clínicas Preventivas do Ministério da Saúde Pública, em 2009, 2010 e 2011 (n=56.514).

### *Resultados.*

A prevalência do tabagismo foi 32,7% em 2006, 24,8% em 2008, 25,0% em 2009 e 23,2%, em 2009-2011.

### *Conclusões.*

O consumo de tabaco entre adultos caiu no Uruguai a partir de 2006, mas as cifras atuais de fumantes podem ter ainda maior redução.

Nesse sentido, portanto, é muito importante o papel da enfermagem, tanto no nível ambulatorio quanto hospitalar, para contribuir a baixar o consumo de tabaco.

**Palavras-chave:** Epidemiologia, Promoção da saúde, Tabagismo, Hábito de fumar.

## INTRODUCCIÓN

Se estima que para el año 2020, el 60% del daño y el 73% de todas las muertes, a nivel mundial, serán ocasionadas por las denominadas enfermedades no transmisibles (ENT) – cardiovasculares, cáncer, respiratorias crónicas y diabetes (1)(2). Para afrontar estos problemas es necesario priorizar los enfoques de salud pública, sustentados en la promoción de salud, orientados a modificar las conductas de riesgo, así como también al desarrollo de ambientes saludables.

Dentro de los factores de riesgo de las ENT, el tabaquismo constituye la mayor pandemia del Siglo XX, situación que no cambiaría en el presente siglo de no modificarse los actuales patrones de consumo de tabaco (3)(4). Se estima que actualmente un tercio de la población mundial es fumadora, existiendo 6.000.000 de muertes anuales por esta causa (5). En nuestro país cada día mueren 13 personas como consecuencia del tabaquismo y/o del humo de segunda mano, lo que representa unas 5.000 personas al año, siendo responsable del 15% de las muertes del país (6).

Uruguay ocupa un lugar destacado en el concierto internacional por las políticas de control de tabaco aplicadas a partir del año 2006, las que se han traducido en reducción de la contaminación por humo de tabaco en los espacios cerrados de uso público, descenso del número de fumadores, así como reducción de los ingresos por infarto agudo de miocardio (4)(6).

Dado que los últimos datos disponibles respecto a la prevalencia de tabaquismo corresponden al año 2009, se realizó el presente trabajo el que estuvo destinado a evaluar el consumo de tabaco hasta el año 2011 y el papel de la enfermera en la promoción de la cesación.

## MÉTODO

Para describir la evolución del consumo de tabaco en el país se analizaron cuatro estudios: las encuestas STEPS del año 2006, ENPTA del año 2008, GATS del año 2009 y el estudio de Clínicas Preventivas del año 2009-2011.

La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas (STEPS) realizada en el año 2006 por el Ministerio de Salud Pública se desarrolló en una muestra representativa de la población urbana, e incluyó a 2.008 individuos de 25 a 64 años de edad, seleccionados al azar en localidades de más de 10.000 habitantes del país. La misma fue implementada en el terreno por estudiantes de enfermería, quienes interrogaron a los encuestados acerca del consumo de tabaco al pesquisar acerca de diversos factores de riesgo de ENT (3)(4).

El segundo estudio fue una investigación específica sobre tabaquismo, la Encuesta Nacional de Prevalencia de Tabaquismo (ENPTA) realizada por CIET en el año 2008. Esta se desarrolló en una muestra representativa de la población urbana, e incluyó a 13.700 individuos de 15 o más años de edad, seleccionados al azar en localidades de más de 2.500 habitantes del país. El estudio en terreno se desarrolló por encuestadores quienes interrogaron acerca del consumo de tabaco (5)(6).

El tercer estudio también fue específico de tabaquismo, la encuesta internacional Global Adult Tobacco Survey (GATS) realizada en el año 2009 por el Ministerio de Salud Pública, la Organización Panamericana de la Salud y el Centro de control de Enfermedades de EE.UU. El mismo se desarrolló en una muestra representativa de la población urbana, e incluyó a 5.581 individuos de 15 o más años de edad, seleccionados al azar en localidades urbanas y zonas rurales del país, siendo implementada en el terreno por encuestadores quienes interrogaron acerca del consumo de tabaco (7)(8).

Finalmente el cuarto estudio empleado fue el de Clínicas Preventivas, el que se realizó en 56.514 individuos mayores de 15 años de edad que concurren a solicitar carné de salud en los años 2009, 2010 y 2011, a quienes los médicos interrogaron acerca de consumo

de tabaco y lo registraron en la historia clínica-laboral electrónica (9)(10)(11).

## RESULTADOS

En la **Tabla N° 1** se presenta la prevalencia de tabaquismo observada en los diferentes estudios.

En la misma se puede apreciar el descenso del consumo de tabaco ocurrido en ambos sexos entre los años 2006 y 2011. Los datos de consumo de tabaco por rango de edad no son comparables, pues los rangos de edad reportados son diferentes. En el estudio STEPS el tabaquismo entre los 25 y 34 años fue 33,8%, de 35 a 44 años 35,2%, de 45 a 54 años 33,3% y de 55 a 64 años 27,2%. En el estudio ENPTA el tabaquismo de 15 a 19 años fue 19,0%, de 20 a 24 años 36,1%, de 25 a 29 años 34,3%, de 30 a 34 años 31,9%, de 35 a 39 años 26,9%, de 40 a 44 años 28,6%, de 45 a 49 años 33,4%, de 50 a 54 años 28,5%, de 55 a 59 años 21,6%, de 60 a 64 años 18,6% y de 65 y más años 8,9%. En el estudio GATS el tabaquismo por rango de edad fue 24,7% de 15 a 24 años de edad, 30,4% de 25 a 44 años, 28,6% de 45 a 64 años y 8,1% a los 65 y más años. En la **Tabla N° 2** se presenta la prevalencia de tabaquismo por sexo y por rango de edad en el estudio más reciente (Clínicas Preventivas), pudiendo apreciarse que los hombres fuman más que las mujeres en todos los rangos de edad, y que las tasas más elevadas de tabaquismo se dan entre los 20 y los 39 años, donde uno de cada tres hombres y una de cada cuatro mujeres son fumadores. A partir de esa edad ocurre un descenso en el consumo, el que es más pronunciado en el sexo femenino (11).

## DISCUSIÓN

El consumo de tabaco se ha reducido de forma sostenida desde el año 2006, pasando de 32,7% a 24,8% en 2008, 25,0% en 2009 y a 23,2% en 2009-2011. Esto muestra la efectividad de las medidas de control de tabaco implementadas en 2006. No obstante ello, el tabaquismo sigue teniendo una prevalencia elevada, en particular entre los jóvenes, tanto en hombres como en mujeres. Es necesario profundizar las medidas establecidas por el Convenio Marco Para el Control del Tabaco de la OMS para reducir aún más el porcentaje de fumadores observado actualmente (10).

La intervención propuesta, se basa en el ABC de la cesación (Averigüe, consejo Breve y apoyo para la Cesación), con el aporte de los enfoques específicos acerca del tabaquismo de los profesionales de Enfermería, y otros integrantes del equipo de salud. En tal sentido la confianza que generalmente se desarrolla en la relación enfermera - paciente constituye una fortaleza para realizar intervenciones dirigidas a fomentar estilos de vida saludables y hacer una adecuada educación en materia de tabaquismo, prevenir el inicio del consumo de tabaco y ayudar a dejar de fumar (11).

**TABLA N° 1**

Prevalencia de tabaquismo en los diferentes estudios.

Tabaquismo por sexo	STEPS	ENPTA	GATS	Clínicas Preventivas
Hombres	37,2%	29,4%	30,7%	27,4%
Mujeres	28,6%	20,9%	19,8%	19,2%
Ambos	32,7%	24,8%	25,0%	23,2%

**TABLA N° 2**

Tabaquismo por rango de edad y por sexo.

Prevalencia por sexo	Tabaquismo por rango de edad (años)						
	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+
Masculino	26,8%	33,4%	32,7%	28,3%	27,5%	19,5%	12,2%
Femenino	19,7%	27,1%	24,3%	22,9%	20,2%	10,2%	4,3%
Ambos	23,0%	30,1%	28,4%	25,5%	23,6%	14,8%	8,3%

En el Primer Nivel de Atención y basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), y en el enfoque de promoción de salud, el profesional de enfermería constituye un actor fundamental para llevar a cabo instancias educativas, reconociendo el grado de adicción y de motivación para dejar de fumar, brindando consejería en la protección de las personas a la exposición al humo de tabaco ajeno o humo de segunda mano. Las licenciadas en enfermería asumen como integrantes del equipo multidisciplinario este compromiso y se capacitan en la problemática del tabaquismo activo y pasivo, en las estrategias e instrumentos para el desarrollo de ambientes libre de humo, en la cesación, y en la formulación de proyectos de intervención y capacitación (12)(13).

Diversas investigaciones han mostrado que las intervenciones para la cesación del tabaquismo realizadas por enfermeras basadas en el hospital consiguen buenos resultados (14)(15)(16).

#### **Limitaciones.**

En primer lugar el rango de edad de los pacientes incluidos en los cuatro estudios no es superponible, pues mientras en STEPS se incluyó a individuos de 25 a 64 años de edad, en ENPTA, GATS y Clínicas Preventivas incluyeron individuos de 15 o más años de edad, lo que limita la comparación. Por otro lado, mientras que los tres primeros estudios utilizaron muestras seleccionadas al azar, representativas de la población urbana (STEPS, ENPTA) o urbana y rural (GATS), Clínicas Preventivas se realizó en una población de individuos que concurrió espontáneamente a realizarse un control sanitario. No obstante ello, dado el elevado número de

individuos incluidos en el estudio, entendemos que refleja razonablemente a la población laboralmente activa, no pudiendo descartarse, eso sí, un sesgo hacia los más sanos. A pesar de estas limitaciones es importante ver cómo se ha reducido el número de fumadores en el país, lo que está alineado con resultados observados en la reducción de la contaminación del aire en los espacios cerrados de uso público y la reducción de los infartos de miocardio desde que se comenzó a implementar la política de control de tabaco en el año 2006.

#### **Recomendaciones.**

La detección y el manejo eficiente del tabaquismo requieren de intervenciones multinivel, es así que se hace relevante las acciones de los profesionales de enfermería. Al decir del Licenciado en Enfermería Jorge Tejada "es fundamental insistir en la intervención mínima preguntando si fuma y si ha considerado dejar de fumar en todos los niveles de atención". La captación se hace a través de programas dirigidos a grupos cerrados y abiertos. Centrados en entrevistas motivadoras y cambios conductuales. La educación, con enfoque en la promoción de un estilo de vida saludable. 17-18 Son necesarios los registros que lleven la evolución del grado de dependencia y esto relacionado a momentos especiales tomando como ejemplos: como cuando se despierta, si se queda sin cigarrillos en la noche sale a buscar. Uno de los indicadores está dado por los adolescentes en los que se ha visto un retraso en el inicio de fumar, producto de la batalla contra el cigarro, de la propaganda y prohibiciones en lugares bailables. Se insiste en la promoción en las escuelas a través de videos y talleres (19)(20).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. [sitio web]. Ginebra: OMS; [s.f.]. [actualización 2014; acceso 4 de abril de 2012]. Vigilancia de las enfermedades transmisibles: estrategia de la OMS de vigilancia de las ENT. [1 pantalla] Disponible en: [http://www.who.int/ncd\\_surveillance/strategy/es/](http://www.who.int/ncd_surveillance/strategy/es/)
2. Organización Panamericana de la Salud. Documento de posición: vigilancia de salud pública de las enfermedades crónicas en las Américas. [artículo en internet]. Washington D.C.: OPS-OMS [actualizado 14 Febrero 2011; acceso 5 de mayo 2012]. Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/doc-posicion-vig-ecnt.pdf>
3. Curto S., Prats O., Zelarayan M. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Uruguay, 2009. Rev. Urug. Cardiol. 2011; 26 (3):189-96.
4. Vero A., Alpuin L., Aran E., Caracha O., Fortuna J., Gaye G. et al. Informe AVAD cardiovasculares. Proyecto FISS. Ministerio de Salud Pública. Montevideo: MSP, Banco Internacional de reconstrucción y Fomento; 1997.
5. Eriksen M., Mackay J., Ross H. The tobacco atlas [internet]. 4ª ed. Atlanta: The American Cancer Society; 2012. [acceso 5 de mayo 2012]. Disponible en: [http://www.tobaccoatlas.org/uploads/Images/PDFs/Tobacco\\_Atlas\\_4\\_entire.pdf](http://www.tobaccoatlas.org/uploads/Images/PDFs/Tobacco_Atlas_4_entire.pdf)
6. Sandoya E., Bianco E. Mortalidad por tabaquismo y por humo de segunda mano en Uruguay. Rev Urug Cardiol. 2011; 26 (3):201-6.
7. Ramnos A., Curti D. Economía del control del tabaco en los países del Mercosur y Estados asociados [internet]. Washington D.C.: OPS; 2006 [acceso 3 de octubre 2013]. Disponible en: [http://www1.paho.org/Spanish/AD/SDE/RA/Tab\\_Mercosur\\_URU.pdf](http://www1.paho.org/Spanish/AD/SDE/RA/Tab_Mercosur_URU.pdf)
8. Boado M., Bianco E. Primera encuesta nacional de tabaquismo. Uruguay 2008. Tendencias en Medicina 2010; 36 (17): 26-9.
9. Proyecciones de la población [internet]. Montevideo: INE, 2014. [acceso 25 abril 2012]. [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/socio-demograficos/proyecciones2008.asp>
10. Convenio marco de la OMS para el control del tabaco, FCTC [documento en internet]. [s.l.]: OMS; 2003 [acceso 5 de mayo 2012]. Disponible en: [http://www.who.int/fctc/text\\_download/es/](http://www.who.int/fctc/text_download/es/)
11. Fort Z, Portos A, Castro M, Piñeyro C, Ciganda C, Bermúdez Y. Factores de riesgo cardiovascular en 74.420 solicitantes de carné de salud. Rev. Urug. Cardiol. [revista en la internet]. 2012 [acceso 5 de octubre de 2013]; 27(2): 150-161. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0797-00482012000200007&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0797-00482012000200007&lng=es)
12. Mercosur/XVIII RMSM-EA/acuerdo N° 05/05. Acciones para la implementación de la política para el control del tabaco en el Mercosur y Estados asociados visto. [documento en internet]. Montevideo: Mercosur, [s.f.]. Disponible en: [http://200.214.130.44/espanhol/reuniones/acuerdos/RMS\\_01\\_05/ACUERDO\\_05-05%20Tabaco\\_EA\\_Esp.pdf](http://200.214.130.44/espanhol/reuniones/acuerdos/RMS_01_05/ACUERDO_05-05%20Tabaco_EA_Esp.pdf)
13. Ascanio S., Barrenechea C, De León M, García T, Gómez E, Gonzalez G, et al. Manual nacional de abordaje del tabaquismo: en el primer nivel de atención. [Internet]. OPS. OMS. PRONACCAN Disponible en: [http://www.comepa.com.uy/escuela/pluginfile.php/666/mod\\_resource/content/1/ManualPNA\\_2009.pdf](http://www.comepa.com.uy/escuela/pluginfile.php/666/mod_resource/content/1/ManualPNA_2009.pdf)
14. Pericàs Beltrán J., Bannasar Veny M., González Torrente S., Seguí González P., Pedro Gómez J E. Tabaquismo en enfermeras de atención primaria: factores que influyen en su inicio y mantenimiento. Index Enferm [revista en internet]. 2009. [acceso 6 de octubre de 2013]; 18 (1): 23-27. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962009000100005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100005&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962009000100>
15. Sarna L, Bialous SA, Wevers ME, Froelicher ES, Danao L. Nurses, Smoking, and the Workplace Research in Nursing & Health. Volume 28, Issue 1, pages 79-90, February 2005. [ Links ]<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15625705>
16. 26º Congreso Uruguayo de Cardiología: temas libres. Rev. Urug. Cardiol. [revista en internet]. 2010.[acceso 16 de octubre de 2013] ; 25 (2): 143-203. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0797-00482010000200009&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0797-00482010000200009&lng=es)
17. Tejada J, Vázquez H, Burdiat G, Sandoya E, Prendez D, Criado N, Gamarra G Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, Montevideo. Servicios: Unidad Cardiológica, Cirugía Cardíaca, Policlínica de Cardiología . Evaluación de una Actividad Educativa al alta de Pacientes Coronarios. Revista Uruguaya de Cardiología VOLUMEN 26 | S1 | NOVIEMBRE 2011.
18. Alpuin ME, Valentini G. Empresa láctea uruguaya. Abordaje del Tabaquismo en el lugar de Trabajo: una nueva opción de tratamiento con muy buenos resultados. Revista Uruguaya de Cardiología. VOLUMEN 26 | S1 | NOVIEMBRE 2011
19. Jenkins K, Ahijevych K. Nursing students' beliefs about smoking, their own smoking behaviours, and use of professional tobacco treatment intervention. Applied Nursing Research 2003; 16(3): 164-72. [ Links ] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12931330>
20. Ibáñez C. Bases psicosociales para la planificación de programas de prevención tabáquica. [artículo en internet]. Psiquis 2004 [13 de junio 2012 año]; 25(3):95-107. Disponible en: [http://www.researchgate.net/publication/28172223\\_Bases\\_psicosociales\\_para\\_la\\_planificacin\\_de\\_programas\\_de\\_prevencion\\_tabquica](http://www.researchgate.net/publication/28172223_Bases_psicosociales_para_la_planificacin_de_programas_de_prevencion_tabquica)

# ÁCIDOS GRASOS OMEGA 3: RESPUESTA INMUNE Y SU EFECTO SOBRE ALGUNAS ENFERMEDADES.

OMEGA 3 FATTY ACIDS: IMMUNE RESPONSE AND ITS EFFECT ON CERTAIN DISEASES.

OMEGA 3 OS ÁCIDOS GORDOS: RESPOSTA IMUNE E SEU EFEITO SOBRE CERTAS DOENÇAS.

**Autores:** María Soledad Calvo Pesce (1), Silvia Mónica Delgado D'Agostini (2).

Recibido: 11/03/2014

Aceptado: 21/06/2014

## RESUMEN

Es reconocido el efecto sobre la respuesta inmune que tienen los ácidos grasos poliinsaturados de la serie n-6 y n-3.

El objetivo de esta revisión es investigar la importancia de los derivados de los ácidos grasos omega 3 (eicosanoides), su efecto sobre la inmunidad y su acción sobre algunas enfermedades inmunes e inflamatorias. Las series n-6 y n-3 son distintas desde el punto de vista estructural y funcional dando origen a productos con diferente actividad biológica. A través de reacciones enzimáticas el ácido linoleico es precursor de prostaglandinas de la serie 2 y leucotrienos de la serie 4, ambos potentes proinflamatorios. En cambio, el ácido alfa-linolénico forma prostaglandinas de la serie 3 y leucotrienos de la serie 5, compuestos con acción antiinflamatoria.

Se está investigando además la acción de otros eicosanoides como lipoxinas, resolvinas y protectinas, entre otros.

La proporción en que los eicosanoides se producen depende de la cantidad de sustrato disponible, lo que influye en que la respuesta sea proinflamatoria o antiinflamatoria.

Las recomendaciones específicas de dosis de consumo de n-3 para las patologías inflamatorias y autoinmunes aun no se conocen con precisión. Se requiere una mayor cantidad de trabajos investigativos al respecto.

La unidad de análisis del presente trabajo es la revisión de las últimas evidencias científicas relacionadas con el tema.

**Palabras clave:** Ácidos grasos Omega-3, Eicosanoides, Sistema inmune, Inflamación.

## ABSTRACT

It is known that n-3 and n-6 PUFAs (polyunsaturated fatty acids) have effect on the immune response. The aim of this review focuses on research on the importance of the derivatives of n-3 PUFAs (eicosanoids), its effect on immunity and its effect on autoimmune and inflammatory diseases. These two types of fatty acids are different from the structural point of view and also from the functional point of view.

So, they result in products with different biological activity. Through enzymatic reactions, the linoleic acid is a precursor of potent proinflammatories: 2-prostaglandins and 4-leukotrienes. In contrast, the alpha-linolenic acid is a precursor of 3-prostaglandins and 5-leukotrienes (both of them: anti-inflammatories). It is also being studied the action of other eicosanoids such as lipoxins, resolvins and protectins. The proportion in which the eicosanoids are produced depends on the amount of substrate available.

This influences if the response is proinflammatory or antiinflammatory. The specific dose recommendations of consumption of n-3 PUFAs for inflammatory and autoimmune diseases is not yet known with precision, so that it becomes evident the need for more work on this topic.

The unit of analysis of this paper is to review the latest scientific evidence related to the topic.

(1) Licenciada en Nutrición, Diplomada en Abordaje Integrativo en Salud. Universidad Católica del Uruguay - Montevideo. solcalvo@ucu.edu.uy

(2) Licenciada en Nutrición, Diplomada en Abordaje Integrativo en Salud. Universidad Católica del Uruguay - Montevideo.

**Keywords:** Omega-3 fatty acids, Eicosanoids, Immune system, Inflammation.

## RESUMO

Reconhece-se o efeito sobre a resposta imune com os ácidos graxos poliinsaturados da série n - 6 e n - 3.

O objetivo desta revisão é investigar a importância dos derivados de ômega-3 ácidos graxos ( eicosanóides ), o seu efeito sobre a imunidade e seu efeito sobre algumas doenças imunes e inflamatórias. O n - 6 e n - 3 são diferentes do ponto de vista estrutural e funcional, dando origem a produtos com atividade biológica variada. Através de reações enzimáticas o ácido linoléico é um precursor das prostaglandinas e leucotrienos Série 2 Série 4, dois potentes pró-inflamatórios . Em contraste, a forma do ácido alfa-linolênico prostaglandinas da série 3 e série 5 leucotrienos, compostos com ação anti-inflamatória.

Também estão pesquisando a forma como outros eicosanóides como lipoxinas, resolvins e protectins, entre outros.

A proporção em que os eicosanóides são produzidos depende da quantidade de substrato disponível, o que influencia que a resposta seja pró - inflamatória ou anti-inflamatória.

As recomendações de doses específicas para o consumo de n - 3 para doenças inflamatórias e auto-imunes, não são conhecidas ainda com exactitude, o qual evidencia a necessidade de uma maior quantidade de trabalho nesta área.

A unidade de análise deste trabalho é revisar as últimas provas científicas relacionadas com o tema.

**Palavras-chave:** Omega-3 os ácidos gordos, Eicosanóides, Sistema imunológico, Inflamação.

## INTRODUCCIÓN

Los ácidos grasos poliinsaturados (AGPI) se clasifican en tres familias: los omega 9, omega 6 y omega 3. El principal representante de la familia omega 6 (n-6) es el ácido linoleico (C18:2 AL) y el de familia omega 3 (n-3) ácido alfa linoléico (C18:3 ALN). Los mismos son esenciales porque no pueden ser formados por el hombre, a diferencia de los omega 9. Por tanto, estos deben ser aportados en una determinada cantidad y proporción entre ellos (1).

Los aceites vegetales son fuente principalmente de ácidos grasos monoinsaturados (serie omega 9) y poliinsaturados (serie omega 6) y no contienen o solo contienen poca cantidad de omega 3. Existen algunas

excepciones como aceite de canola, chia, linaza y soja con mayor contenido de este ácido graso.

Sin embargo, los ácidos grasos de origen marino se caracterizan por su alto contenido de ácidos grasos omega 3 de cadena larga, siendo los más importantes el eicosapentaenoico (EPA) y docosahexaenoico (DHA) (2).

Los pescados magros (merluza, congrio, lenguado, corvina) no aportan más de 2-5% de grasa y los pescados grasos o azules (salmón, atún, sardinas, hígado de bacalao) contienen de un 10-15% de grasa presentando una mayor proporción de EPA y DHA (2)(3).

Según consulta de expertos de FAO (2008) las recomendaciones de consumo de la serie n-6 se ubica entre 2,5 - 9 % y la serie n-3: 0,5 - 2 % del valor calórico total (4). A partir del ALN (omega 3) por medio de reacciones enzimáticas de insaturación y elongación, mediando las enzimas, desaturasa y elongasa se producen principalmente en el hígado, EPA y DHA, mientras que el AL da lugar a la formación de araquidónico (AA 20:4). El EPA, DHA y especialmente el AA son precursores de los eicosanoides, destacándose entre ellos las prostaglandinas (PG), prostaciclina, tromboxanos (TX), leucotrienos (LT) y lipoxinas (LX) (5).

Los eicosanoides son potentes reguladores de la respuesta celular en procesos inflamatorios e inmunológicos, actuando sobre el sistema cardiovascular, respiratorio e inmunitario. Alteran el tamaño y permeabilidad de los vasos sanguíneos y bronquios, varían la actividad plaquetaria con efectos sobre la coagulación sanguínea y modifican los procesos inflamatorios e inmunes (5)(6).

Los n-6 son precursores de las prostaglandinas de la serie 2 (PG2) y leucotrienos de la serie 4 (LT4), siendo activos mediadores de la respuesta inflamatoria (7).

Por otro lado, los n-3 forman prostaglandinas de la serie 3 (PG3) y leucotrienos de la serie 5 (LT5) los que tienen acción anti inflamatoria (7).

La proporción en que los eicosanoides se producen va a depender de la cantidad de substrato disponible, jugando un rol clave la enzima 6- desaturasa lo que influye en que la respuesta sea proinflamatoria o antiinflamatoria. Si bien, esta enzima tiene mayor afinidad por la serie n-3, la serie n-6 es la que predomina en la dieta occidental, favoreciendo los procesos auto inmunes e inflamatorios. Este patrón alimentario contribuye al desarrollo de patologías de alta prevalencia en la población como enfermedades cardiovasculares y cáncer (7).

El objetivo de esta revisión es investigar la importancia de los derivados de los ácidos grasos omega 3 (eicosanoides), su efecto sobre la inmunidad y su acción sobre algunas enfermedades inmunes e inflamatorias.

Se pretende lograr una aproximación teórica al tema, conocer qué se ha investigado y qué aspectos permanecen aún desconocidos en relación a las enfermedades inflamatorias.

## METODOLOGÍA

Se realizó una revisión de las principales bases de datos de bibliografía científica biomédica disponibles tales como: BVS-BIREME, COCHRANE, PubMed, LILACS, SciELO y EBSCO. La unidad de análisis fue la recopilación de diversos artículos vinculados con la temática de estudio publicados entre los años 2001 y 2014.

### EICOSANOIDES Y RESPUESTA INMUNE

El mecanismo de acción de las series n-6 y n-3 sobre la inmunidad se relaciona con la capacidad de estos y sus derivados de modular la expresión de genes, citoquinas y otros compuestos implicados en la inflamación como factores de crecimiento y transcripción (8)(9).

El enriquecimiento de las membranas celulares con EPA y DHA disminuye la producción de PG2 de manera dosis dependiente. Los derivados de la serie n-3 son con frecuencia menos activos biológicamente que los derivados del AA (10).

En lo que respecta a la resolución de la inflamación tienen especial importancia los siguientes eicosanoides: lipoxinas (derivada de AA) y resolvinas, protectinas y maresinas (derivadas de EPA y DHA). Las lipoxinas intervienen en la resolución de la inflamación porque impiden el flujo de neutrófilos al foco inflamatorio (5).

Las resolvinas son inmunomoduladores potentes y enterospecíficos que involucran la regulación de la quimiotaxis de los neutrófilos, mejoran la fagocitosis y disminuyen la producción de citoquinas inflamatorias (11).

Los antes mencionados y en especial las protectinas, además cumplen un papel protector sobre el sistema nervioso, la retina, el hígado y los pulmones. Siendo uno de los mecanismos posibles la supervivencia celular, ya que inhiben la apoptosis (5).

Los mismos modulan la intensidad y duración de la respuesta inmune, siendo los más vinculados a estos procesos los LT y las PG. De la serie n-6 las PG2 además de los diversos efectos inflamatorios, parecen ser inmunosupresoras ya que reducen la proliferación de linfocitos y la actividad de las células natural killer. También inhiben la producción de factor de necrosis tumoral (TNF- $\alpha$ ), de las interleuquinas 1, 2 y 6 (IL-1, IL-2, IL-6) que actúan sobre las células T. El LT4 es fuertemente quimiotáctico y está implicado en la generación, desarrollo y resolución de las respuestas del sistema inmune (5)(7).

Por otra parte, los derivados de la serie n-3 son antiinflamatorios y por lo tanto potencialmente protecto-

res en las enfermedades en que la respuesta inmune comprende la etiología del cuadro como son el asma, la artritis reumatoidea, enfermedades inflamatorias intestinales, aterosclerosis, entre otras (5)(7)(12).

En los cuadros asmáticos los LT y las PG están involucrados en la cascada inflamatoria que ocurre en las vías respiratorias e incluye a los mastocitos, macrófagos, eosinófilos y linfocitos. El LT4 ocasiona broncoespasmos, edemas en las vías respiratorias, secreción de moco y migración de las células inflamatorias (7)(12). En esta enfermedad, predominan los neutrófilos por acción de quimiotaxis del LT4 y además IL-8. Esta interleuquina está estimulada a su vez por el LT4 y los mastocitos (13). Se realizó un estudio caso/control con 16 jóvenes portadores de asma severa que presentaban broncoconstricción por el ejercicio, a los que les fue suministrado aceite de pescado (3,2g EPA + 2g DHA) y tocoferol, mostrando disminución de las concentraciones de LT4, LT4, PG2, citoquinas IL-1 y TNF- $\alpha$  (7). La disminución de LT4 y el aumento de LT5 por los leucocitos polimorfonucleares activados, contribuyen con los efectos observados (7).

En CARDIA (Coronary Artery risk development in young adults) un estudio de cohortes prospectivo realizado con adultos jóvenes (18 a 30 años) en Estados Unidos mostró que la ingesta de ácidos grasos omega 3 es inversamente proporcional con la incidencia de asma (14).

Sin embargo, otros estudios randomizados, controlados con placebos y doble ciego en adultos no han mostrado una fuerte asociación, mientras que en niños se ha visto que mejoran la función pulmonar y disminuyen la severidad de la enfermedad (7)(15).

En las personas con artritis reumatoidea, enfermedad inflamatoria autoinmune la producción de citoquinas inflamatorias derivadas del AA, tienen un rol fundamental en el inicio y desarrollo de la misma. Actúan estimulando la liberación de TNF- $\alpha$ , IL-1, IL-6, IL-10, metaloproteínas y fibroblastos sinoviales (7).

Algunos estudios muestran que el aporte de EPA y DHA compite con el contenido de AA reduciendo esta respuesta inflamatoria y dando lugar a la producción de resolvinas (16)(17). La serie n-3 también puede afectar la función de las células dendríticas y las T, así como la producción de citoquinas inflamatorias, no siendo consistentes los resultados (16).

Múltiples estudios con modelos animales, controlados con placebo, randomizados y doble ciego han demostrado efectos positivos de la acción de la serie n-3 en esta enfermedad, retrasando el desarrollo de la misma y reduciendo su severidad (16)(17).

Los efectos son constantes pero modestos en lo que respecta a la disminución de la inflamación, dolor, rigi-

dez matinal y la actividad de la enfermedad. Del mismo modo, se ve reducido el uso de anti inflamatorios no esteroideos (4)(16)(17)(18).

En relación a la arterioesclerosis, la formación de la placa de ateroma que se produce en la enfermedad cardiovascular se considera una patología fibro-proliferativa inflamatoria crónica. Se inicia con el acumulo subendotelial y oxidación de lipoproteínas de baja densidad (LDL), infiltración de monocitos y su conversión en macrófagos. Esto origina la aparición de células espumosas, acumulo de mastocitos y otras células inflamatorias dando lugar a hiperplasia del músculo liso de la pared del vaso. Se produce por tanto la secreción de elementos fibrosos que contribuyen al crecimiento de las placas fibrosas oclusivas (7)(19)(20)(21).

Prácticamente todas las prostaglandinas tienen efecto vasodilatador, especialmente las de la serie E. Disminuyen la presión arterial y aumentan el gasto cardíaco (5).

En cambio, la PG2, el LT4 y el TX2 tienen efecto contrario, son potentes vasoconstrictores y proinflamatorios. Los diabéticos pueden estimular la formación de prostaglandinas vasoconstrictoras derivadas del endotelio si la glucemia se encuentra elevada (7).

En pacientes portadores de enfermedad inflamatoria intestinal crónica, las prostaglandinas de la serie E aumentan la secreción de moco en estómago e intestino delgado y estimulan el peristaltismo intestinal (5).

Se han demostrado efectos beneficiosos de los ácidos grasos n-3 en la enfermedad inflamatoria intestinal, Crohn y en la Colitis Ulcerosa Crónica (CUC) (7).

Se ha demostrado en estudios experimentales en animales con patología inflamatoria intestinal que los AGPI n-3 pueden reducir sustancialmente la producción de PG, TNF- $\alpha$ , LT4 y TX (22).

Existen trabajos randomizados, doble ciego, con grupos control, en donde se utilizó un promedio de 3,3g /

día de n-3 por períodos que fueron de 12 -14 semanas. Algunos de ellos, reportaron efectos beneficiosos sobre todo para la enfermedad de Crohn, mostrando mejoría en la histología y remisión de la enfermedad. Se pudo concluir que en adecuadas dosis el uso de éstos ácidos grasos ofrecería posibles beneficios para la enfermedad de Crohn, mientras que para la CUC la evidencia es insuficiente (4).

## CONCLUSIONES

La composición en AGPI de la dieta juega un rol fundamental en la modulación de las funciones inmunes y procesos inflamatorios.

La proporción en que los eicosanoides se producen depende de la cantidad de sustrato disponible, lo que influye en que la respuesta sea proinflamatoria o antiinflamatoria.

Los efectos beneficiosos de los eicosanoides derivados de los n-3 han sido demostrados en distintos estudios con relación a las enfermedades investigadas.

- Mejoran la función pulmonar y disminuyen la severidad del asma infantil, en adultos la evidencia no es convincente.
- Se ha encontrado retraso en el desarrollo de la artritis reumatoidea en los trabajos revisados, aunque sería necesaria mayor evidencia.
- Con respecto a la arterioesclerosis se destaca el efecto vasodilatador de estos compuestos.
- Para la enfermedad de Crohn en adecuadas dosis redundarían en beneficios, por otra parte, las evidencias no son suficientes para mostrar efectos en CUC.

Es necesario aún más trabajos de investigación para poder establecer las recomendaciones de dosis de consumo de n-3 en portadores de patologías específicas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ettinger S., Macronutrientes Carbohidratos, proteínas, lípidos. En: Mahan Lk.; Nutrición y Dietoterapia Krause. 10 ed. México: Mc Graw Hill; 2001. C. 3. p 46-57.
2. Valenzuela B Alfonso, Sanhueza C Julio. ACEITES DE ORIGEN MARINO; SU IMPORTANCIA EN LA NUTRICIÓN Y EN LA CIENCIA DE ALIMENTOS. Rev. chil. nutr. [Revista en la Internet]. 2009 Sep [acceso: 21 Julio de 2013]; 36 ( 3 ): 246-257. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182009000300007&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182009000300007&lng=es).
3. Moreiras O., Carbajal A., Cabrera L., Cuadrado C. - Tabla de composición de alimentos. 12 ed. Madrid: Pirámide; 2008.
4. FAO/WHO. Fat and fatty acids in human nutrition - Report of an expert consultation. FAO FOOD AND NUTRITION PAPER 91 - Fat and fatty acid intake and inflammatory and immune response – 2008 Nov. (acceso: 3 de julio de 2012) C. 8; 91-96. Disponible en: <http://www.fao.org/ag/agn/nutrition/docs/fats%20and%20fatty%20acids%20summary.pdf>
5. Gil A., Sánchez F.; Comunicación intercelular: hormonas, eicosanoides y citoquinas. En: Gil Hernández A. Tratado de nutrición. 2 ed. Madrid: Acción Médica; 2005. Vol. I. C. 3. p. 51-60.
6. Mataix Verdú J., Sánchez de Medina, F. Lípidos. En: Mataix Verdú, J. Nutrición y alimentación humana: nutrientes y alimentos. Barcelona: Océano; 2002. pp. 61-94
7. Gomes, T.; Olivera S. O papel dos ácidos graxos essenciais no perfil de eicosanoides e sua repercussao na desposta imune. Nutrire: Rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.: J. Brazilian Soc. Food Nutr 2010 abril, Sao Paulo, 35 ( 1): p167-186.
8. Alvarez J., Alvarez De Frutos V., Botella M., Nutrición en las enfermedades del sistema inmunológico. En: Gil Hernández A. Tratado de nutrición. 2 ed. Madrid: Acción Médica; 2005. Vol. IV. C. 41. p. 1203-04.
9. Calder P. n-3 ácidos grasos poliinsaturados, inflamación y enfermedades inflamatorias. Am J Clin Nutr [Revista de internet] 2006; [acceso: 21 Julio de 2013] 83:1505-1519 Disponible en: <http://ajcn.nutrition.org/content/83/6/S1505.long>
10. Parveen Y; Efecto inmunoregulador de los ácidos grasos poliinsaturados n-3: mecanismos responsables. En: Ascención M.; Inmunonutrición e salud y enfermedad. 1er ed. Madrid: Panamericana; 2011, Cap. 27 p. 315- 321.
11. Zhang MJ, Resolvins: Anti-Inflammatory and Pro-resolving Mediators Derived from Omega-3 Polyunsaturated Fatty Acids. Annual Review of Nutrition [Revista de internet] 2012; [acceso: 21 Julio de 2013]. 32: 203-227 Disponible en: <http://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev-nutr-071811-150726>
12. Riediger Nd., Othman RA., Moghadasian MH.. A systemic review of the roles of n-3 fatty acids in health and disease. J Am Diet Assoc. 2009 ;109 (4): 668-79.
13. Rubin P, Mollison K., Pharmacotherapy of diseases mediated by 5-lipoxygenase pathway eicosanoids. Prostaglandins Other Lipid Mediat. 2007, 83(3): 188-197. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17481554>
14. Li J., Xun P, Zamora D., Sood A., Liuk Daviglius M., Iribarren C., Jacobs D., et ál. Intakes of long-chain omega-3 (n-3) PUFAs and fish in relation to incidence of asthma among American young adults: the CARDIA study. Am J Clin Nutr. [revista de internet] 2013 [acceso 21 de julio de 2013 ]. Disponible en: <http://ajcn.nutrition.org/content/97/1/173.long>
15. Nagel T , Linseisen J . La ingesta de ácidos grasos, antioxidantes y grupos de alimentos seleccionados y el asma en los adultos. Eur J Clin Nutr [revista de internet] 2005; [acceso 21 de julio de 2013]; 59 (1):8 - 15. Disponible en: <http://www.nature.com/ejcn/journal/v59/n1/full/1602025a.html>
16. Miles E., Calder P, Influencia de los recursos marinos poliinsaturados n-3 sobre la función inmunológica y una revisión sistemática de los resultados clínicos de sus efectos en la artritis reumatoidea. Br J Nutr [revista de internet] Junio 2012. [Acceso 6 de julio 2013]; 107 (2): 171-84. Disponible en: <http://journals.cambridge.org/action/displayFulltext?type=1&fid=8586730&jid=BJN&volumeld=107&issueld=S2&aid=8586728&bodyId=&membershipNumber=&societyETOCSession=>
17. Dawczynki C., Hackermeier U., Viehweger M., Stange R., Springer M., Jahreis G. Incorporation of n-3 PUFA and  $\gamma$ -linolenic acid in blood lipids and red blood cell lipids together with their influence on disease activity in patients with chronic inflammatory arthritis - a randomized controlled human intervention trial. Lipids in Health and Disease. [revista de internet] Agosto 2011. [Acceso 2 de abril 2014]. 10:130 Disponible en: La incorporación de PUFA n-3 y ácido  $\gamma$ -linolénico en los lípidos de la sangre y los lípidos de células rojas de la sangre así como su influencia en la actividad de la enfermedad en pacientes con artritis inflamatoria crónica - un ensayo controlado aleatorio de intervención humana. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3162909/pdf/1476-511X-10-130.pdf>
18. ParkY., Lee P., Shim SCh., Lee J., Choe JY., Anh H., Bum Ch., et ál. Effect of n-3 polyunsaturated fatty acid supplementation in patients with rheumatoid arthritis: a 16-week randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-design multicenter study in Korea. Journal of Nutritional Biochemistry. [revista de internet] Julio 2013 [acceso 2 de abril 2014] 24 (7): 1367-72. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-23333088?lang=es>
19. Lee JH., O' Keefe JH., Lavie CJ., Harris WS. Omega-3 fatty acids: cardiovascular benefecits, sources and sustainability. Nat Rev Cardiol. [revista de internet] 2009; [acceso 21 de julio de 2013] 6(12):753-8. Disponible en: <http://www.nature.com/nrcardio/journal/v6/n12/full/nrcardio.2009.188.html>
20. Fillion et ál. Omega 3 fatty acids in high risk cardiovascular patient a meta analysis of randomized controlled trials. BMC Cardiovascular Disorders. [revista de internet] 2010; [acceso 21 de julio de 2013] 10 :24. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2261/10/24>
21. García A., Meneses E., Pérez P., Pérez F. Omega 3 y enfermedad cardiovascular: más allá de los factores de riesgo. Nutr. Clin.Diet. Hosp.[revista de internet] 2009; [acceso 21 de julio de 2013] 29 (1):4-16. Disponible en: [http://www.nutricion.org/publicaciones/revistas/Revisi%C3%B3n\\_Omega-3\\_2009\\_1.pdf](http://www.nutricion.org/publicaciones/revistas/Revisi%C3%B3n_Omega-3_2009_1.pdf)
22. Kono H, Fujii H, Ogiku M, Tsuchiya M, Ishii K, Hara M. Enteral diets enriched with medium-chain triglycerides and n-3 fatty acids prevent chemically induced experimental colitis in rats. Transl Res. [revista de internet] 2010;156:282-91. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20970751>



# SECCIÓN II

## Actualizaciones

# REDES INTERNACIONALES DE ENFERMERÍA DE LAS AMÉRICAS: TRABAJO COLABORATIVO PARA EL LOGRO DE LA COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD.

INTERNATIONAL NURSING NETWORKS IN THE AMERICAS: COLLABORATIVE WORK TO ACHIEVE UNIVERSAL HEALTH COVERAGE.

REDES INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM NAS AMÉRICAS: TRABALHO COLABORATIVO PARA O ALCANCE DA COBERTURA UNIVERSAL EM SAÚDE.

**Autores:** Silvia Helena Cassiani (1), Alessandra Bassalobre García (2), Erika Caballero (3), María Antonia Jiménez (4), Julia Maricela Torres Esperón (5), Edelmira de Osegueda (6), Augusto Ferreira (7).

Recibido: 20/05/2014

Aceptado: 15/06/2014

## RESUMEN

El objetivo de este reporte fue identificar prioridades de trabajo y elaborar recomendaciones para el desarrollo del trabajo de las Redes Internacionales de Enfermería de las Américas apoyadas por OPS/OMS para el logro de la Cobertura Universal en Salud. Estudio descriptivo transversal. La población fue de 27 redes, alcanzándose una muestra de 22 redes. Se utilizó encuesta semiestructurada por medio del software Survey Monkey. Recolección de datos: agosto a diciembre de 2013. Se obtuvo información general, objetivos, actividades, estrategias, organización y gestión de las redes. Los resultados muestran una concentración de la coordinación de las redes en algunos países como Chile, Colombia, Argentina, Bolivia y Brasil. De los coordinadores, 16 son profesores en universidades. 15 de las redes tienen en funcionamiento algún recurso online. De los objetivos planteados por las redes se destacan: el intercambio, sea de conocimiento, experiencias o informaciones; y la investigación, incluyendo la producción, divulgación y utilización del conocimiento. Las estrategias se concentran en la categoría de Intercambio y promoción del trabajo en red, Articulación entre asociaciones o instituciones nacionales e internacionales y Promoción

del liderazgo de la red. De las actividades, 37,8% están relacionadas a la categoría Intercambio y promoción y 29,2% se direccionan a la Producción técnica y científica. Las principales recomendaciones para el trabajo en red incluyen: abordar el déficit, distribución y cualificación de los recursos humanos en enfermería; estrategias para la integración de enfermeras de servicios de salud a las redes; lograr participación de los países no participantes; crear sitios web y potencializar el uso de medios sociales; actividades de extensión.

**Palabras-clave:** Américas, Redes de enfermería, Cooperación internacional, Actos internacionales, Organización Panamericana de la Salud.

## ABSTRACT

This report aimed to identify work priorities and to elaborate recommendations for the work development of the International Nursing Networks in the Americas supported by PAHO/WHO to achieve Universal Health Coverage. Cross-sectional descriptive study. The population was composed by 27 networks and the final

(1) Asesora Regional de Enfermería y Técnicos de Salud. Organización Panamericana de Salud. Washington, DC.

(2) Pasante de la OPS/OMS - Washington DC. Estudiante de Maestría de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto - USP, Brasil.

(3) Magister en Diseño Instruccional. Directora Académica UVISA (Centro de Educación a Distancia), Chile.

(4) Magister en Educación con Énfasis en Relaciones Pedagógicas. Profesora Asociada Pensionada de la Fa-

cultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y Líder de la RIIIEE.

(5) Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora Titular. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

(6) Doctoranda en Enfermería con Énfasis en Salud Internacional. Coordinadora de Proyectos IEPROES-EI Salvador.

(7) Doctor en Enfermería. Profesor Titular Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, Universidad Católica del Uruguay, Montevideo, Uruguay.

sample reached was of 22 networks. Data collection occurred through semistructured survey using the Survey Monkey software, from august to december of 2013. It was obtained overview informations, objectives, activities, strategies, organization and management of the networks. The results show a concentration of the networks coordination in countries such as Chile, Colombia, Argentina, Bolivia and Brazil. 16 of the coordinators are university professors and 15 networks have some online resource currently running. The objectives set by the networks include: exchange, whether of knowledge, experience or information; and research, including the production, dissemination and use of knowledge. The strategies focus on the category of Exchange and networking promotion, Articulation between national and international institutions or associations and Promotion of network leadership. Regarding the activities, 37,8% are related to the Exchange and promotion category and 29,2% to the Scientific and technical production category. The main recommendations for networking include: to address the deficit, distribution and capacity-building of human resources for nursing; to develop strategies for mainstreaming health care services nurses into the networks; to ensure participation of currently non-participating countries; to create websites and to maximize use of social media; outreach activities.

**Key words:** Americas, Nursing networks, International cooperation, International acts, Pan American Health Organization.

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar as prioridades de trabalho e elaborar recomendações para o desenvolvimento do trabalho das Redes Internacionais de Enfermagem das Américas apoiadas pela OPAS/OMS para alcançar a Cobertura Universal em Saúde. Estudo descritivo transversal. A população foi de 27 redes, alcançando-se uma amostra de 22 redes. Foi utilizado questionário semi-estruturado por meio do software Survey Monkey. Coleta de dados: agosto a dezembro de 2013. Foram obtidas informações gerais, objetivos, atividades, estratégias, organização e gestão das redes. Os resultados mostram uma concentração da coordenação das redes em países como Chile, Colômbia, Argentina, Bolívia e Brasil. Dos coordenadores, 16 são professores universitários. 15 das redes têm algum recurso online em funcionamento. Dos objetivos definidos pelas redes se destacam: o intercâmbio, seja de conhecimento, experiências ou informações; e a pesquisa, incluindo a produção, divulgação e utilização do conhecimento. As estratégias se concentram na categoria de Intercâmbio e promoção do trabalho em rede, Articulação entre associações ou instituições nacionais e internacionais e Promoção da liderança da rede. Das atividades, 37,8% estão relacionados com a categoria de Intercâmbio e

promoção, e 29,2% são direcionadas à Produção técnica e científica. As principais recomendações para o trabalho em rede incluem: abordar o déficit, distribuição e qualificação de recursos humanos em enfermagem; estratégias para integração de enfermeiros dos serviços de saúde às redes; alcançar participação de países não participantes; criar web sites e maximizar o uso de mídias sociais; atividades de extensão.

**Palavras-chave:** Americas, Redes de enfermagem, Cooperação Internacional, Atos internacionais, Organização Pan-Americana da Saúde.

## INTRODUCCIÓN

El concepto de red envuelve la noción de entrelazamiento y estructura reticulada (1), concepto que puede ser aplicado como una estrategia de trabajo colaborativo. En este caso, la definición del trabajo en red abarca un conjunto de "mecanismos estratégicos para promover el intercambio de información, experiencias, conocimiento y contribuir con la cooperación técnica en el nivel nacional e internacional en diferentes áreas temáticas"(2).

Las redes pueden ser consideradas como un modelo de organización cooperativa caracterizado por la horizontalidad de sus relaciones entre las personas, asociaciones y organizaciones, nacionales o internacionales, la cual une los individuos de forma democrática y participativa (3).

La finalidad de lograr sinergia entre los individuos es para resolver problemas o atender objetivos comunes relativos a una temática o región específica, ya que las redes permiten una mejor comprensión de las necesidades y agendas (políticas), la construcción de esfuerzos conjuntos, la generación de nuevas ideas, que contribuyen con la toma de decisiones y sirve para unir gobierno, sector privado, sociedad civil, organizaciones no gubernamentales (ONG) y organizaciones internacionales; promoviendo la formación de alianzas (3).

Las Redes Internacionales de Enfermería de las Américas (RIENFA) constituyen un conjunto de redes temáticas, es decir, redes que abordan un tema específico de la salud, y tienen a la enfermería como un eje común. Estas redes son una estrategia de comunicación, vinculación, cooperación y sinergia entre personas, instituciones, organizaciones interesadas en el desarrollo de los cuidados, la gestión, la investigación, la información y la educación en enfermería. Sus valores incluyen la cooperación, horizontalidad, interdisciplinaridad, interculturalidad y responsabilidad.

Las Redes de Enfermería comienzan oficialmente a desarrollarse a partir del 2008, después de la Reunión de

Redes en Octubre 2007 en Toledo, España, donde se comprometen a organizarse, elaborar su documento rector y elaborar su plan de trabajo quinquenal.

Seis años después de iniciada oficialmente su organización y funcionamiento, hoy ya se cuenta con 27 Redes, aspecto que hace necesario conocer su historia y realizar el análisis más detallado de su desarrollo, con el fin de determinar prioridades a trabajar, brindar el apoyo necesario para que puedan cumplir con los propósitos de su creación y determinar estrategias que permitan el logro de los mismos.

En el marco de la XII Conferencia de Educación en Enfermería de la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE), realizada en Montevideo, Uruguay, en el año 2013, se promovió la realización de una encuesta con la finalidad de contar con información actualizada que permitiera realizar un diagnóstico de la situación de las diferentes redes internacionales de enfermería que funcionan, de manera de contar con datos tendientes a hacer un análisis respecto a la caracterización de las redes, incluyendo la siguiente información: número de redes efectivamente funcionando, datos de los coordinadores, cantidad de miembros que nuclean las redes, sus objetivos, actividades y organización, entre otras.

Así, este informe se presenta como resultado del análisis de la encuesta virtual sobre las Redes con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

En esa línea, el objetivo de este reporte fue identificar prioridades de trabajo y elaborar recomendaciones para el desarrollo del trabajo de las Redes apoyadas por OPS/OMS, mediante la sistematización y análisis de la información acerca de la organización, coordinación, países participantes, objetivos planteados, estrategias para el desarrollo del trabajo, actividades realizadas y otras informaciones generales de cada una de las redes.

## MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal. El objeto del estudio fueron las Redes apoyadas por OPS/OMS y la población fue compuesta por 27 Redes, tanto conformadas como en proceso de formación.

La recolección de los datos se realizó mediante una encuesta semiestructurada, respondida estrictamente por los coordinadores de las redes. Para hacer el contacto con los coordinadores se utilizó el correo electrónico y para realizar la encuesta, el software Survey Monkey.

El contenido de la encuesta ([Anexo 1](#)) abordó los siguientes aspectos: nombre y sigla de la red; país coordinador; número de miembros; países que integran la

red; datos del coordinador (nombre, correo electrónico, teléfono, dirección y lugar de trabajo); utilización de sitio web, medios sociales o correo electrónico de la red; objetivos de la red; estrategias para el trabajo colaborativo; actividades realizadas durante el período 2001-2013; comentarios adicionales.

Para obtener las informaciones sobre la organización y gestión de la redes se ha realizado una consulta específica a cada uno de los coordinadores y una búsqueda en internet.

El período de recolección de los datos fue de agosto a diciembre de 2013. La muestra fue constituida por 22 redes, cuyos coordinadores efectivamente respondieron la encuesta.

Los datos obtenidos de las informaciones generales de las redes fueron tratados a través de estadística descriptiva y tabulados en cuadros. Los datos sobre los objetivos, actividades y estrategias de las redes fueron categorizados en cuadros y tratados con estadística descriptiva, incluyendo valores absolutos y porcentuales. Algunos datos sobre la organización, gestión y los comentarios adicionales de los coordinadores fueron apenas descritos.

## RESULTADOS

De un total de 27 redes (algunas todavía en etapa de creación), 22 de ellas fueron abarcadas por la encuesta, no logrando la respuesta de las restantes, a pesar de los esfuerzos realizados en torno al apoyo que el equipo coordinador brindó. Las redes que contestaron la encuesta fueron: CICAD/OEA, Red EnfAmericas, Red BVS, Red EDIT, Red ENSI, RIIIEE, Red LACCyF, Red MIGREN, Red REGULEN, Red SAMANEO, REDEVHIDA, REEDA, REIDEBE, REINECC, RELEO, RIEI, RIENFA, RIENSAME, RIENSEP, RIGECE, RIHE y Red ESAM.

### *Informaciones generales sobre las Redes.*

La [Tabla N° 1](#) muestra los países que coordinan las 22 redes que contestaron la encuesta, sus respectivos coordinadores, sus datos de contacto, los sistemas online que utilizan y número de miembros.

Es posible observar una concentración de la coordinación de las redes en algunos países como Chile, Colombia, Argentina, Bolivia y Brasil, los que juntos coordinan 16 de las 22 Redes que participaron de la encuesta.

La coordinación de las redes es llevada adelante por enfermeras de diversos países, en su amplia mayoría vinculadas al ámbito académico. De los 22 coordinadores, 16 son profesores en universidades y los otros seis trabajan en organizaciones internacionales, ministerios de salud o asociaciones profesionales.

TABLA N° 1

Países coordinadores, nombres de las redes, sistemas online y número de miembros de las Redes Internacionales de Enfermería en las Américas, 2014.

País	Red	Recursos Online	Número miembros
ARG	1. Red Internacional de Enfermería en Cuidado Crítico – REINECC	En reconstrucción	120
	2. Red Internacional de Enfermería en Salud Mental – RIENSAME	En construcción	246
	3. Red internacional de Enfermería y Seguridad de los Pacientes – RIENSEP	_____	200
	4. Red Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia – REIDEBE	Blog <a href="http://www.reidebe.blogspot.com">www.reidebe.blogspot.com</a>	103
BOL	5. Red de Enfermería en Salud Materno-Neonatal – Red SAMANEO	_____	11
	6. Red Internacional de Regulación en Enfermería – Red REGULEN	En construcción	27
BRA	7. Red Internacional de la BVS - Enfermería Internacional – Red BVS	<a href="http://bvsenfermeria.bvsalud.org">http://bvsenfermeria.bvsalud.org</a> Sitio web del país <a href="http://enfermagem.bvs.br/">http://enfermagem.bvs.br/</a>	30
	8. Red de Editores de Revistas Científicas de Enfermería – Red EDIT	<a href="http://www.eerp.usp.br/whocc/">http://www.eerp.usp.br/whocc/</a>	52
	9. Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud – RETS	<a href="http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/index.php">http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/index.php</a> twitter: @rets_epsjv facebook: <a href="http://www.facebook.com/page.rets">www.facebook.com/page.rets</a> Correo electrónico: <a href="mailto:rets@fiocruz.br">rets@fiocruz.br</a>	63
CHL	10. Red Internacional de Enfermería en Informática– RIEI	<a href="https://www.facebook.com/wgniimialac.enfermeria">https://www.facebook.com/wgniimialac.enfermeria</a> Blog: <a href="http://wgni-imia-lac.blogspot.com/">http://wgni-imia-lac.blogspot.com/</a> <a href="http://redinternacionalenfermeriainformatica.blogspot.com/">http://redinternacionalenfermeriainformatica.blogspot.com/</a> youtube: <a href="http://www.youtube.com/watch?v=uDjkw93MC0">http://www.youtube.com/watch?v=uDjkw93MC0</a> Vimeo: <a href="http://vimeo.com/enfermeriainformatica">http://vimeo.com/enfermeriainformatica</a>	200
	11. Red Internacional de Migración de Enfermeras – Red MIGREN	_____	Sin dato
	12. Red Internacional de Gestión del Cuidado de Enfermería – RIGECE	<a href="http://www.unavirtual.cl/enc_red_cuidado/admin/">http://www.unavirtual.cl/enc_red_cuidado/admin/</a>	70
	13. Red Latinoamericana de Enfermería Oncológica – RELEO	_____	50
COL	14. Red Iberoamericana de Historia de la Enfermería – RIHE	<a href="https://www.facebook.com/pages/Beatriz-Morrone/27978-1082056473?ref=ts&amp;fref=ts">https://www.facebook.com/pages/Beatriz-Morrone/27978-1082056473?ref=ts&amp;fref=ts</a> blog: <a href="http://analuisa-velandia-mora-publicaciones.blogspot.com/http://enfeps.blogspot.com.es/">http://analuisa-velandia-mora-publicaciones.blogspot.com/http://enfeps.blogspot.com.es/</a>	47
	15. Red Iberoamericana de Investigación en Educación en Enfermería – RIIEE	<a href="http://riee.jimdo.com/">http://riee.jimdo.com/</a> blog: <a href="http://rieeblog.wordpress.com/">http://rieeblog.wordpress.com/</a>	223
	16. Red Internacional de Enfermería y VIH de las Américas – REDEVHIDA	Sitio web de la red internacional: <a href="http://acofaen.org.co/revedidha/">http://acofaen.org.co/revedidha/</a> Sitio web del país: <a href="http://acofaen.org.co/revedidha/">http://acofaen.org.co/revedidha/</a>	90
	17. Red Latinoamericana de Cuidado al Paciente Crónico y a su Familia –Red LACCyF	<a href="http://www.gcronico.unal.edu.co">www.gcronico.unal.edu.co</a>	40
CUB	18. Red Internacional de Enfermería en Salud Infantil – Red ENSI	<a href="http://www.sld.cu/sitios/enfermeria-pediatria/http://www.redensuruguay.org/">http://www.sld.cu/sitios/enfermeria-pediatria/http://www.redensuruguay.org/</a> Blog: <a href="http://redensipanama.blogspot.com/2012/09/red-ensi-panama-informe-elaborado-por.html">http://redensipanama.blogspot.com/2012/09/red-ensi-panama-informe-elaborado-por.html</a> Lista correo ensilac@listas.sld.cu	127
USA	19. Red Enfermería en las Américas – EnfAmericas	Lista correo <a href="http://listserv.paho.org/archives/enfamericas.html">http://listserv.paho.org/archives/enfamericas.html</a>	2508
MEX	20. Red Internacional de Escuelas de Enfermería para la Prevención del Uso Indebido de Drogas – CICAD/OEA	<a href="http://www.reepa.enfermeria.uanl.mx">http://www.reepa.enfermeria.uanl.mx</a>	90
PER	21. Red de Enfermería en Emergencias y Desastres – REEDA	<a href="http://sopeed.org/">http://sopeed.org/</a>	25
VEN	22. Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor – Red ESAM	<a href="mailto:redenfermeriadultomayor@gmail.com">redenfermeriadultomayor@gmail.com</a> Facebook: Red Enfermería Adulto Mayor Twitter: @redesam	106
<b>TOTAL</b>			<b>4428</b>

En todos los casos se cuenta con datos de contacto como teléfono, dirección de correo electrónico e institución a la que pertenece el coordinador.

En algunos casos figura más de un coordinador y más de un país coordinador por Red. Por una cuestión de practicidad se ha colocado solo el nombre del primer coordinador presentado en el reporte informático.

De las 22 redes, 15 tienen en funcionamiento algún recurso online, como sitio web, blog, Facebook o Twitter, cuatro no tienen, dos de ellas lo tienen en construcción y una de ellas lo tiene en reconstrucción. Consecuentemente, nueve de las redes todavía no tienen sitio web, lo que representa una importante brecha, puesto que el trabajo en red presupone la utilización de medios efectivos de intercambio, como los medios online.

Respecto al uso de sistemas online, 5 utilizan sistemas de videoconferencia como Blackborad, Gvolive y Goto-meeting y 3 lo hacen mediante sistemas de educación virtual como Moodle.

En relación al número de miembros, nueve de las redes tienen 100 o más miembros y cinco de ellas tienen 200 o más. Siete redes también poseen 50 miembros o menos, lo que representa un número que puede crecer, considerando el rango y la población de América Latina.

La Red EnfAmericas se destaca por su gran número de miembros, en total 2.508, pero su conformación no tiene la misma estructura que las otras, porque se constituye como un espacio para la disseminación de información en enfermería no sólo en las Américas, también en todo el mundo, por medio de una lista de distribución electrónica.

#### **Países que integran las redes.**

El Cuadro N° 1 ofrece, de manera sintética, la distribución de redes y los diferentes países que las integran.

En una lectura general, es posible observar que 28 países de la Región de las Américas participan en alguna de las Redes Internacionales de Enfermería y que 14 de las 22 redes que participaron de la encuesta, integran al menos 10 países de las Américas. No obstante, se verifica la posibilidad de integrar más países en las Redes Internacionales de Enfermería.

Como puede observarse, los países Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Cuba son los de mayor integración en las redes; y las redes que mayor cantidad de países tienen integrados son Red EnfAmericas, Red ESAM, RIIIEE y Red ENSI (16 países cada una).

La Red EnfAmericas es la red con mayor número de países participantes, incluyendo un total de 44 países

no solo en las Américas y Europa, sino también en Asia y Oceanía. De los 44 países que abarca, 18 de ellos no se encuentran en el Cuadro 1: Australia (2 miembros), Belice (1 miembro), Bermudas (2 miembros), Canadá (3 miembros), Islas Caimán (1 miembro), Dinamarca (2 miembros), Dominica (1 miembro), Estados Federados de Micronesia (1 miembro), Francia (4 miembros), Italia (1 miembro), Japón (2 miembros), Montserrat (1 miembro), Nueva Zelanda (1 miembro), Saint Lucia (1 miembro), Suriname (1 miembro), Suiza (8 miembros), Tailandia (1 miembro) y Reino Unido (2 miembros).

Otras redes que también abarcan países de Europa son las Redes ESAM, RIIE, RIIIEE, RIGECE, Red ENSI, Red EDIT y RETS, ampliando así el rango del trabajo colaborativo en cada una de estas áreas temáticas.

La RETS es la única red que incluye la participación de países del continente africano, como Angola, Cabo Verde, Guiné Bissau, Mozambique, Santo Tomé y Príncipe, totalizando 23 miembros de estos países, representados por órganos de gobierno, oficinas de la OMS, asociaciones profesionales y redes nacionales.

La Red Internacional de Escuelas de Enfermería para la Prevención del Uso Indebido de Drogas se destaca por la incorporación de países del Caribe de habla inglesa. Llamam la atención países con ninguna o muy poca adhesión como Bahamas, Grenada, Guatemala, Honduras, Jamaica, Surinam y Trinidad y Tobago.

#### **Objetivos planteados por las Redes.**

Todas las redes cuentan con objetivos definidos, los cuales son expuestos en detalle en los cuadros de abajo. El cuadro que sigue (Cuadro N° 2) contiene las seis categorías de objetivos y sus respectivas palabras clave, encontradas a partir de análisis de los objetivos descritos por los coordinadores de las Redes Internacionales de Enfermería en las Américas.

De los 176 objetivos definidos, 44 (25%) son relacionados a la categoría **Intercambio**, 40 (22,7%) se relacionan a la categoría **Investigación**, 26 (14,8%) son relacionados a la categoría **Liderazgo**, 28 (15,9%) son relacionados a la categoría **Educación**, 23 (13%) se direccionan a la categoría **Articulación** y 15 (8,5%) son relacionadas a la categoría **Extensión** (Gráfico N° 1).

En un análisis general, se destacan dos categorías en las que se concentran gran parte de los objetivos planteados por las redes (Gráfico N° 1): el intercambio, sea de conocimiento, experiencias o informaciones; y la investigación, incluyendo la producción, divulgación y utilización del conocimiento. Así, buscan aportar a la equidad en el acceso y generación de conocimiento en enfermería.



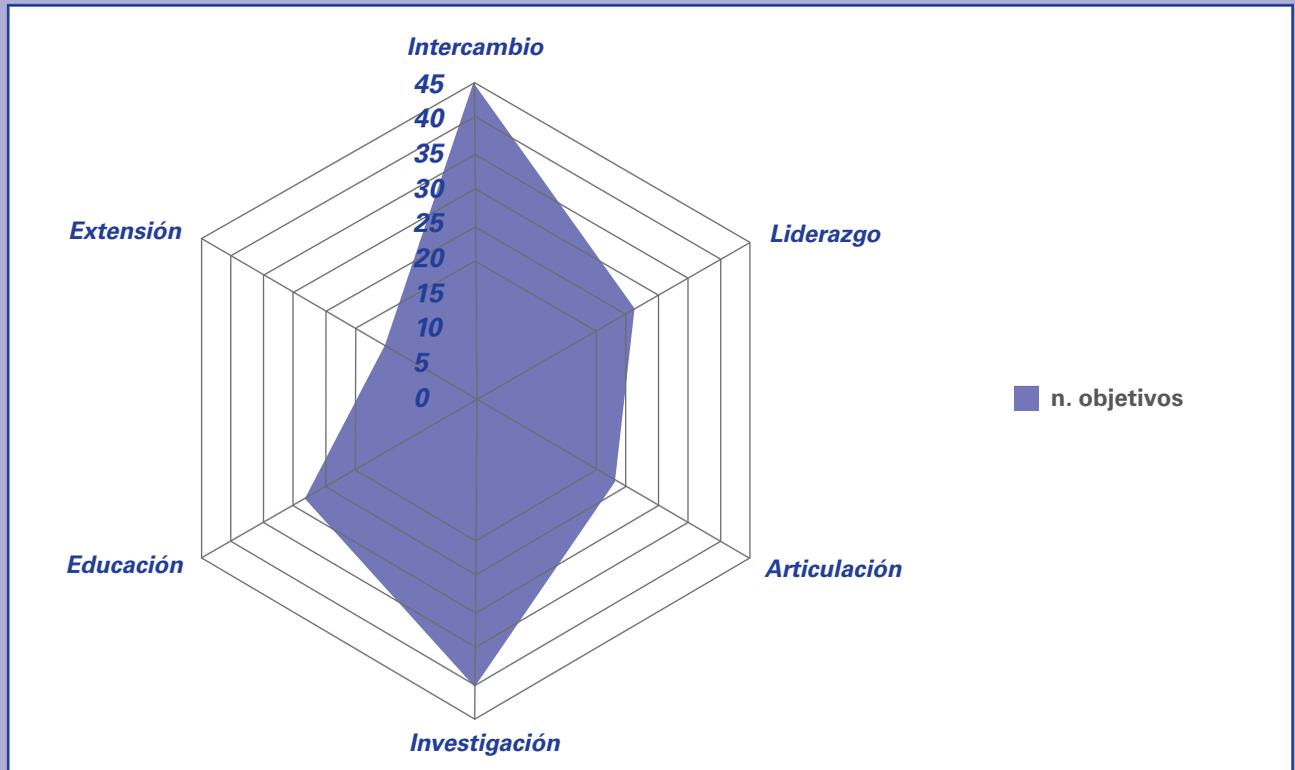
**CUADRO N° 2**

Categorías de los Objetivos de las Redes Internacionales de Enfermería en las Américas, 2014.

<b>Objetivo</b>	<b>Categoría</b>
1. Promover y compartir el intercambio de experiencias e información especializada con instituciones, asociaciones y profesionales de enfermería, nacionales o extranjeras.	<b>Intercambio</b>
2. Liderar y apoyar los miembros de las redes, ejercer representación de las categorías especializadas de enfermería, apoyar el fortalecimiento de asociaciones, contribuir para la creación de políticas de salud volteadas hacia las necesidades actuales de cada especialidad de la enfermería.	<b>Liderazgo</b>
3. Promover la cooperación entre las redes, articulación entre los miembros, integración del trabajo y alianzas estratégicas para el fortalecimiento de las redes en enfermería.	<b>Articulación</b>
4. Fomentar la Investigación, a través de mecanismos que promuevan la producción, divulgación y utilización del conocimiento en enfermería a nivel nacional e internacional.	<b>Investigación</b>
5. Fortalecer la educación de profesionales de enfermería para alcanzar el desarrollo continuo del personal de la salud.	<b>Educación</b>
6. Prestar asesoría y desarrollar acciones direccionadas a los servicios de salud y a las necesidades de salud de la población.	<b>Extensión</b>

**GRÁFICO N° 1**

Distribución de los objetivos por categoría.



El predominio de los objetivos vinculados a la investigación y al intercambio puede estar relacionada al perfil de los coordinadores, ya que la mayoría de ellos, como ya hemos mencionado anteriormente, trabajan como profesores en universidades, lo que justifica su perfil investigativo.

Las Redes de Enfermería parecen cumplir a través de sus objetivos con la razón de ser de las mismas ya que propenden al cambio social, a través de la generación y desarrollo del conocimiento en múltiples aspectos relacionados con la salud, la educación y la enfermería. Un importante aspecto de los objetivos planteados por las redes, es el compromiso educacional con los profesionales de enfermería, porque aportan para lograr la pertinencia de la educación superior en enfermería y buscan contribuir con el desarrollo de recursos humanos en enfermería, lo que constituye una importante estrategia para el logro de la cobertura universal en salud.

Las redes son también una expresión de la internacionalización del conocimiento, potenciado por la implementación de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TICs). Así, incentivan el conocimiento, uso y aprovechamiento de las TICs en el trabajo cotidiano de las redes, también compartiendo recursos tecnológicos para el desarrollo de las actividades de cuidado, gestión, investigación y docencia. Sus productos aportan a la innovación en las prácticas del cuidado de enfermería. En los objetivos descritos pareciese que las redes pueden tornarse una importante herramienta para acercar problemas complejos que requieren trabajo interdisciplinario y también aportar a las políticas públicas en salud,

educación y enfermería, considerando el contexto actual de la salud en las Américas.

Por lo tanto, a través de sus objetivos, las redes parecen buscar la integración y articulación entre la teoría y la práctica; entre el pregrado y el posgrado; entre los estudiantes, los docentes y la sociedad; entre la docencia, la investigación y la extensión; entre las instituciones de educación superior en enfermería, las instituciones de salud y los entes de gobierno de las mismas; y entre los generadores de proyectos y las instituciones financiadoras. Todavía, es necesario mencionar un bajo número de objetivos relacionados a la extensión, lo que puede significar que las redes deben incrementar el desarrollo de acciones con impacto directo en la comunidad o en el servicio de enfermería.

#### **Estrategias para el desarrollo del trabajo colaborativo.**

Para cumplir los objetivos definidos, las redes presentan estrategias, las cuales son expuestas en detalle en los cuadros de abajo (Cuadro N° 3). El cuadro siguiente contiene las cinco categorías de estrategias y sus respectivas palabras-clave, construidas a partir de análisis de las estrategias descritas en el material de la encuesta.

De las 139 actividades listadas, 60 (43,2%) son actividades relacionadas a la categoría **Intercambio y Promoción**, 28 (20,2%) son relacionadas a la categoría **Articulación y Liderazgo**, 25 (18%) son actividades relacionadas a la categoría **Educación**, 23 (16,5%) se relacionan a la categoría **Producción Técnica y Científica** y 3 (2,2%) son relacionadas a la categoría **Extensión** (Gráfico N° 2).

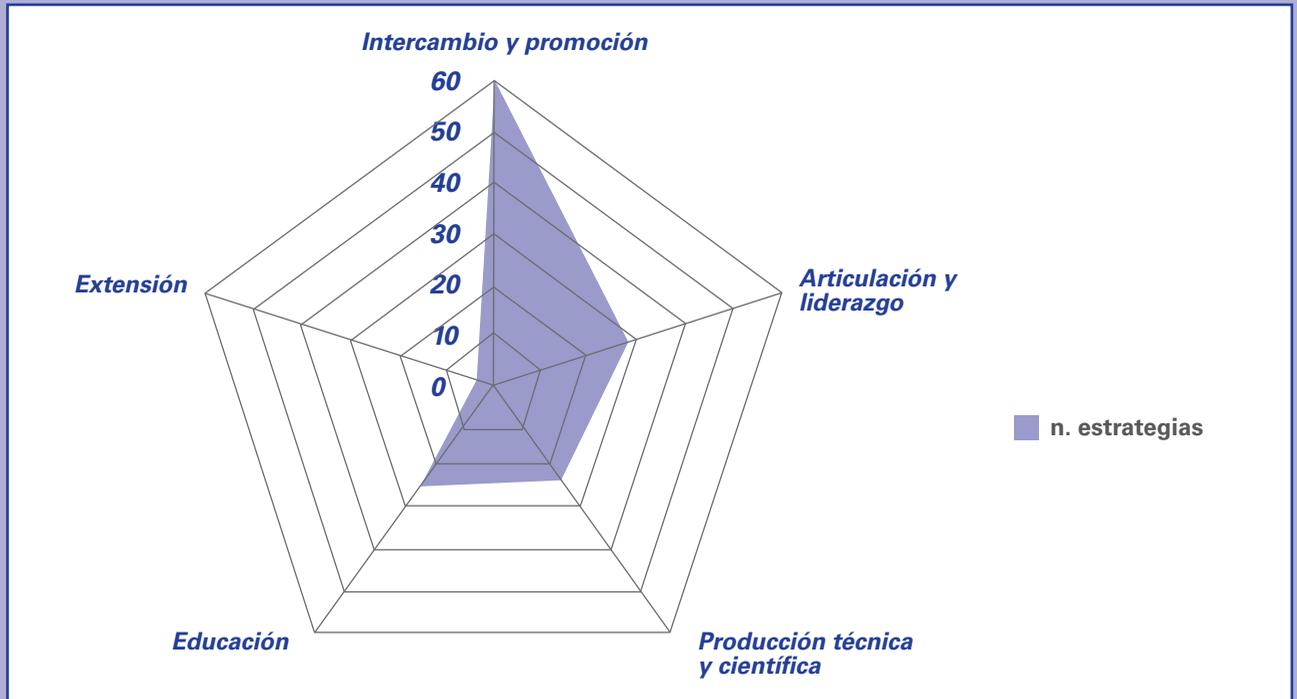
### CUADRO N° 3

Categorías de las estrategias utilizadas por las Redes Internacionales de Enfermería en las Américas, 2014.

<b>Estrategia</b>	<b>Categoría</b>
1. Estrategias que permitan el intercambio, organización y promoción del trabajo en red.	<b>Intercambio y promoción</b>
2. Estrategias de articulación entre asociaciones o instituciones nacionales e internacionales y promoción del liderazgo de la red.	<b>Articulación y liderazgo</b>
3. Estrategias que promuevan la investigación científica, producción del conocimiento y elaboración de manuales técnicos.	<b>Producción técnica y científica</b>
4. Estrategias direccionadas a la educación y al desarrollo continuo de profesionales de enfermería.	<b>Educación</b>
5. Estrategias para el desarrollo de acciones dirigidas al mejoramiento de la calidad de la asistencia en salud y de vida de la población o comunidad regional.	<b>Extensión</b>

## GRÁFICO N° 2

Distribución de las estrategias por categoría.



Los datos analizados de la encuesta muestran una diversidad de estrategias tendientes a fortalecer el trabajo colaborativo y el aprendizaje en red. Las estrategias más utilizadas por las redes se concentran, en su gran parte, en la categoría de Intercambio y promoción del trabajo en red, lo que se alinea con uno de los principales propósitos de una red, que es el intercambio de informaciones y experiencias.

Se destaca también las estrategias direccionadas a articulación entre asociaciones o instituciones nacionales e internacionales y promoción del liderazgo de la red, lo que se torna esencial para el desarrollo del trabajo colaborativo en torno de un determinado tema de salud, conduciendo a la solución de problemas prioritarios.

Otra de las estrategias más frecuentes es la realización de proyectos de investigación, de preferencia multicéntricos, los que conllevan al logro de publicaciones y difusión de diferentes tipos como artículos en revistas científicas, libros, entre otros. También visan la búsqueda permanente y el desarrollo de estrategias para la búsqueda de financiación y respaldo de los proyectos.

Un aspecto relevante resaltado por varias redes se constituye en la promoción del abordaje de la temática de interés de la red en los planes de estudios de la carrera de enfermería de las diferentes universidades, así como la capacitación de estudiantes y docentes. Este enfoque direccionado a la educación en enfermería se constituye

como una potencial estrategia para el desarrollo personal, profesional y académico del profesional de enfermería mediante la actualización permanente.

Es posible notar también el pequeño número de estrategias volcados para el desarrollo de acciones dirigidas al mejoramiento de la calidad de la asistencia en salud y de vida de la población o comunidad regional, lo que hace necesario el planeamiento de estrategias que pueden impactar directamente en los servicios de salud y las personas de la comunidad a nivel local.

### Actividades o proyectos desarrollados.

A lo largo del tiempo, las Redes Internacionales de Enfermería en las Américas han desarrollado diversos tipos de actividades. A continuación se describen las actividades y proyectos realizados por las diferentes redes de enfermería del 2007-2013.

El siguiente cuadro contiene las cinco categorías que surgieron a partir del análisis de las actividades descritas por los coordinadores de las redes en la encuesta.

De las 185 actividades listadas, 70 (37,8%) son actividades relacionadas a la categoría **Intercambio y Promoción**, 54 (29,2%) se direccionan a la categoría **Producción técnica y Científica**, 31 (16,8%) se relacionan a la categoría **Educación**, 21 (11,3%) son relacionadas a la categoría **Articulación y Liderazgo** y 9 (4,9%) son actividades relacionadas a la categoría **Extensión** (Gráfico N° 3).

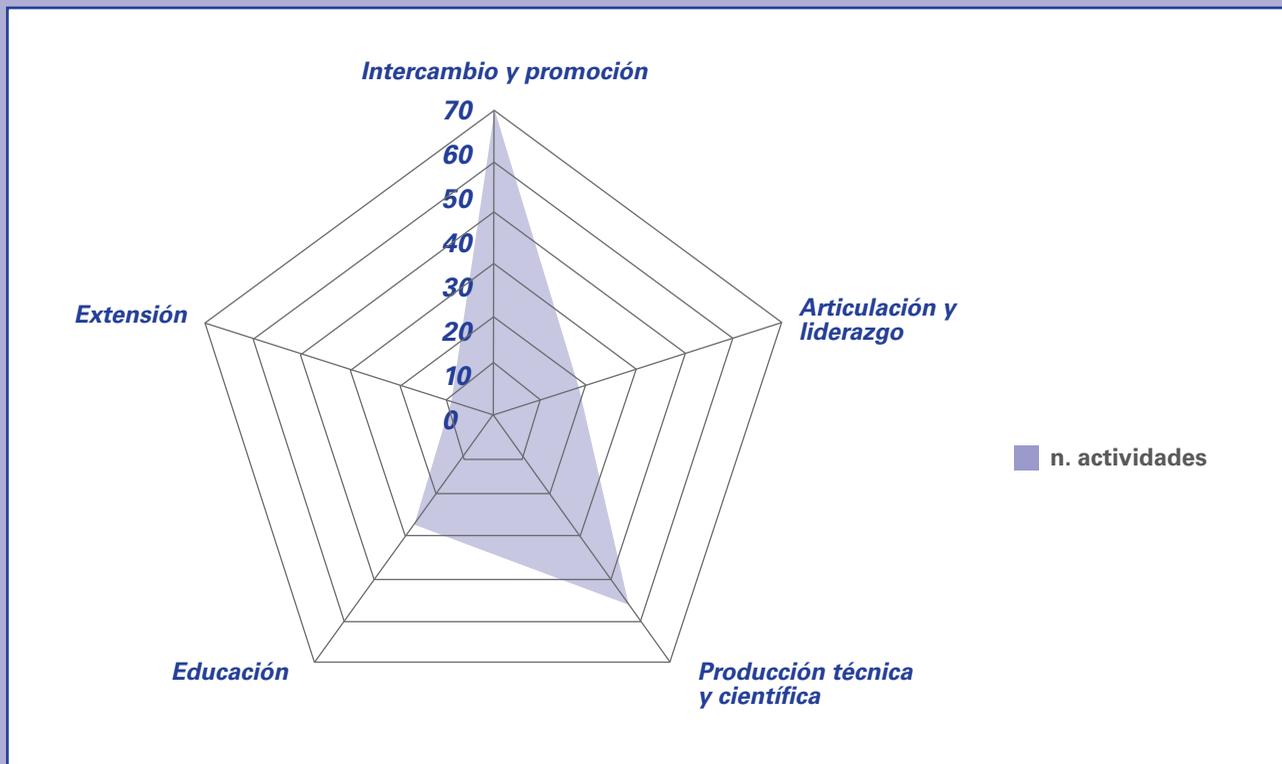
**CUADRO N° 4**

Categorías de las actividades de las Redes Internacionales de Enfermería en las Américas, 2014.

<i>Actividad</i>	<i>Categoría</i>
1. Actividades de intercambio, organización y promoción del trabajo en red, eventos, reuniones y medios de divulgación utilizados por las redes.	<i>Intercambio y promoción</i>
2. Actividades de articulación entre asociaciones o instituciones nacionales e internacionales y promoción del liderazgo de las redes.	<i>Articulación y liderazgo</i>
3. Proyectos y actividades de investigación científica, producción del conocimiento, publicaciones y elaboración de manuales técnicos.	<i>Producción técnica y científica</i>
4. Actividades de enseñanza o formación y proyectos de desarrollo continuo de profesionales de enfermería.	<i>Educación</i>
5. Proyectos y actividades dirigidos al mejoramiento de la calidad de la asistencia en salud y de vida de la población o comunidad regional.	<i>Extensión</i>

**GRÁFICO N° 3**

Distribución de las actividades por categoría.



Los datos analizados de la encuesta muestran diferentes actividades que las redes han realizado para cumplir los objetivos propuestos.

Cada una de las redes se ha desarrollado de forma diferente en función de la comunicación. El encuentro de los diferentes participantes de las redes se logra a través de reuniones virtuales, lo que es necesario dada la conformación multicéntrica de las mismas. Esta estrategia se complementa, en la mayor parte de los casos, mediante encuentros presenciales, ya sea en los eventos que congregan a nivel internacional como los Coloquios de Investigación en Enfermería o las Conferencias de Educación de la ALADEFE, o en algunos casos, en encuentros internacionales organizados por una red en particular.

A este tipo de encuentros se suman ocasionalmente los intercambios académicos y pasantías para el fortalecimiento de algunos miembros de las redes.

Las actividades de producción técnica y científica están dentro de las actividades más frecuentes y contribuyen para la construcción y disseminación del conocimiento en las diferentes áreas de especialidad en enfermería. El trabajo colaborativo en red permite o desarrollo de investigaciones multi céntricas que serían más difíciles en otro contexto de trabajo.

Se encuentra también presente la realización en equipo de documentos de trabajo y materiales de apoyo a la enseñanza que dan cuenta de la producción del trabajo en red, así como la promoción para el logro de financiamiento para proyectos de desarrollo.

Esta tendencia hacia las actividades de investigación y producción técnica y científica puede ser explicada por la gran cantidad de coordinadores que trabajan como profesores universitarios y, por lo tanto, tienden a las actividades científicas.

También tiene lugar la organización de cursos presenciales u online, ciclos de conferencias virtuales, realización de seminarios y talleres enfocados a la temática de la red organizadora. A su vez, algunas redes declaran su presencia en eventos nacionales e internacionales y su integración a grupos activos de trabajo en los diferentes países.

Sin embargo, las actividades listadas no parecen extenderse a la comunidad regional o poseer un proyecto de extensión que cumpla con los objetivos direccionados con este propósito. Se observa un número muy pequeño de actividades direccionadas a la comunidad o al mejoramiento de la calidad del cuidado de enfermería (Gráfico N° 3) y apenas tres de las 19 redes describieron actividades de extensión en la encuesta (REEDA, RIENSEP y Red ENSI).

Los medios de difusión de la red y sus actividades, como por ejemplo boletines informativos, constituyen otra estrategia declarada por los coordinadores, como

también los sitios web que se han venido construyendo. Llama la atención que sólo seis redes declaran la utilización de redes sociales como Facebook y Twitter como medio de comunicación y difusión de su trabajo, siendo que estos medios, hoy en día, constituyen una vía de contacto altamente difundida.

### **Organización y gestión de Redes.**

El instrumento que se diligenció no hace alusión específica a la organización de las Redes, pero es un elemento muy importante en la génesis y desarrollo de las mismas. Se ha recurrido al aporte de estrategias de trabajo y se ha realizado una consulta específica a cada uno de los coordinadores de las redes, cuyo contenido no permitió identificar su organización y gestión, y con ello y la búsqueda en internet se ha logrado compilar la organización y gestión de 13 de las 21 redes que respondieron el instrumento.

A partir de las informaciones de la organización y gestión de las redes, es posible observar que ellas tienen, de manera implícita o explícita, una forma de organización para trabajar los problemas objeto de estudio de cada una. Esa organización tiende a tener carácter de horizontalidad en la mayoría de ellas y está conformada por un coordinador, comité ejecutivo y secretaria.

Sus organizaciones a nivel local, regional, latinoamericano, panamericano, o internacional, demanda descentralizar acciones, requiere de una conectividad periódica y se caracteriza por la flexibilidad. Entretanto, en algunas redes se hace más notoria la división del trabajo en subtemas o en el manejo de estrategias de trabajo, diversas y complementarias de acuerdo a fortalezas específicas de sus miembros.

Unas redes han establecido acuerdos de convivencia y otras han declarado los principios éticos y legales que orientan su desarrollo. Hay gran diversidad en la periodicidad de los encuentros virtuales y presenciales. Algunas veces se producen una vez al año, otras cada seis meses y otras cada tres o cada mes.

Las más antiguas en su concepción trabajan sobre planes y proyectos de desarrollo, otras se encuentran en el proceso de generarlos. Las que tienen planes y proyectos como orientadores del trabajo han establecido metas a corto y mediano plazo. Algunas tienen ya establecidos directrices y reglamento, otras funciones de los miembros en sus diferentes roles de desempeño dentro de las dinámicas de la red, otras tienen deberes y derechos de los miembros.

Además, algunas de las redes le han dado gran importancia al marketing de la red y sus productos, y así disponen de un coordinador de comunicaciones. La diversidad en los medios de comunicación es un elemento común entre las redes, aunque algunas pocas utilizan hasta el momento uno solo, el correo electrónico.

El líder, coordinador general o presidente de la red, como lo llaman algunas, tiene entre sus funciones la coordinación de actividades, el monitoreo de las actividades y servicios para garantizar el propósito de la red. Se puede observar un gran desarrollo organizativo en algunas redes, las cuales, además del director ejecutivo o el presidente o líder de la red, cuentan con grupo consultivo o asesor, tienen muy estructurada la organización local, regional e internacional con grupos, en los cuales se han incluido equipos coordinadores, secretaria, tesorero, y observadores externos permanentes.

Junto a la planeación, coordinación y monitoreo permanente, algunas de las redes ya hacen evidente el proceso de autoevaluación y heteroevaluación como garante para continuar el plan de trabajo, modificarlo, reformularlo, ajustar las estrategias, incluir nuevos soportes y generar nuevos proyectos.

Hay Redes cuyos miembros son personas naturales, otras que han incluido también las instituciones de salud y educación, y hay otras que han incluido como miembros a los entes de gobierno, las asociaciones relacionadas con enfermería como el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN), ALADEFE, lo que representa una importante visión de articulación y liderazgo para el desarrollo del trabajo colaborativo en una amplia perspectiva.

En relación a la conformación de las redes nacionales, no queda clara esta información en el material que se obtiene del reporte de redes; se reportan países participantes, pero no queda claro si todos tienen conformadas redes nacionales.

## PRIORIDADES DE TRABAJO RECOMENDACIONES

Con los resultados obtenidos del análisis anterior, se realiza a continuación la identificación de prioridades a trabajar y recomendaciones para el 2014, lo que beneficiará la planificación, desarrollo, monitoreo y evaluación del trabajo de las redes.

- Elaborar un plan de trabajo 2014-2016, tomando en cuenta los siguientes apartados: organización de la red y de sus respectivas redes nacionales; misión; visión; objetivos; metas; actividades; recursos; monitoreo y evaluación del plan.
- Definir una organización y gestión para las redes que aún no cuenten con esta.
- Definir un planeamiento para abordar el déficit y desigualdad en la distribución y cualificación de los recursos humanos en enfermería de acuerdo con el área temática de la red.
- Planear una agenda para el desarrollo de recursos

humanos en enfermería y construir alianzas con instituciones educativas.

- Programar actividades que beneficien la integración de docencia y servicio.
- Buscar estrategias para la integración de enfermeras de servicios de salud a las redes.
- Planear y realizar actividades de extensión que beneficien la salud de la comunidad regional de acuerdo con el área temática de la red.
- Crear sitios web para las redes que no lo tienen y potencializar el uso de medios sociales, una vía de contacto altamente difundida. El trabajo colaborativo multicéntrico solo es posible con la utilización de herramientas online.
- Programar cursos de capacitación para los coordinadores y miembros de las redes para la gestión informática, por la RIEL.
- Buscar estrategias para el fortalecimiento de las Redes Nacionales, y la conformación de las mismas donde aún no existen.
- Incentivar la participación de los países no participantes de las redes de enfermería y ampliar el número de miembros activos.
- Programar reuniones virtuales periódicas para el desarrollo y fortalecimiento intra-redes.
- Fortalecer el trabajo de cooperación entre Redes.
- Construir la historia de cada una de las Redes y en su conjunto.

## CONCLUSIONES

Las Redes Internacionales de enfermería son un espacio organizado de libre adhesión. Propugnan por la generación y el intercambio del conocimiento frente al tema objeto de estudio y sus productos son el resultado de una construcción colectiva.

Según los informes, las actividades y proyectos desarrollados por las redes de enfermería, se puede concluir que la mayoría de las redes han elaborado estrategias de promoción del trabajo colaborativo, algunas han logrado representación en diferentes países, pero son mínimas las redes que han logrado visibilizar la actuación en todos los países de las Américas.

Cabe destacar las redes que han desarrollado congresos, encuentros de redes, edición de libros, revisión e incorporación de la temática de la red a los currículos de enfermería, investigaciones locales y multicéntricas con alguna temática relacionada con la red y diseño de sitio web, entre otros. Hay otras redes que son especializadas, como la BVS-Enfermería, cuyo radio de acción se ha expandido desde el desarrollo de la biblioteca vir-

tual y asesoría a las redes locales, hasta el desarrollo de canales virtuales de comunicación entre profesionales del área de enfermería, abriendo espacio para la gestión del conocimiento y la conformación de un ambiente de aprendizaje virtual.

La mayoría de las actividades y proyectos de las redes se han desarrollado en el área de la docencia, y mínima cantidad de redes han logrado intervenir en actividades del área de servicios de salud; por lo que será necesario para los planes de trabajo del 2014 programar actividades que beneficien la integración de docencia y servicio. Otro aspecto importante es que las redes constituyen un patrimonio informacional de la enfermería para las generaciones presentes y futuras, y aportan al propósito

de equidad en la prestación de servicios de salud de los pueblos. Así, se constituyen en una herramienta fundamental para el trabajo local, nacional, regional y global.

A partir del análisis y las propuestas de trabajo para el año 2014, realizado en conjunto y en particular en cada una de las redes, se podrá contribuir efectivamente en el cumplimiento de los Objetivos del Milenio, Cobertura Universal en Salud y fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud.

## AGRADECIMIENTO

Agradecemos a los coordinadores de las Redes Internacionales que contribuyeron con datos y posibilitaron la elaboración de este reporte.

---

## ANEXO 1

### *Instrumento utilizado para recolección de los datos.*

1. Nombre de la red:
2. País de la Coordinación:
3. Países que integran la red:
4. Número de miembros de la red:
5. Grupo de Coordinadores:  
Nombre, email, teléfono, dirección de contacto, país, lugar de trabajo.
6. Objetivos
7. Estrategias para el desarrollo del trabajo colaborativo y aprendizaje en red (Planificación)
8. Actividades o proyectos desarrollados (Resultados)
9. Registre las direcciones electrónicas  
Sitio web:  
Lista de distribución:  
Facebook:  
Twitter:
10. Utiliza aula virtual  
Elluminate (si/no)  
Gvolive (si/no)  
Otro (especifique):
11. Puede agregar aquí algún comentario respecto a la red que dirige.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. RITS. 2008. O que são redes? Disponible en: [http://www.rits.org.br/redes\\_teste/rd\\_oqredes.cfm](http://www.rits.org.br/redes_teste/rd_oqredes.cfm)
2. Albornoz M, Alfaraz C. Redes de conocimiento: construcción, dinámica y gestión. Buenos Aires: RICYT, 2006. 314 p.
3. Organización Panamericana de la Salud. Gestión de Redes en la OPS/OMS Brasil: Conceptos, Prácticas y Lecciones Aprendidas. Organización Panamericana de la Salud: Brasilia, 2008. 182 p.

# RELATO DE EXPERIENCIA: INNOVACION EN PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL.

INNOVATION IN MENTAL HEALTH PROMOTION.

INOVAÇÃO EM SAÚDE MENTAL PROMOÇÃO.

**Autores:** Marisa Flamini (1), Sandra Cerino (2), María Cristina Cometto (3), Patricia Fabiana Gomez (4).

Recibido: 25/04/2014

Aceptado: 16/06/2014

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años el mundo ha devenido cada vez más consciente de la magnitud del problema del sufrimiento psíquico y la discapacidad para individuos, familias y comunidades (1). Investigaciones epidemiológicas recientes han demostrado a nivel mundial que los trastornos mentales y del comportamiento afectan al 22 % de la población en general, reflejando la importancia de incorporar nuevos modos de pensar y actuar en salud (2) (3).

Intentar asumir estos desafíos implica realizar un cambio, no sólo hacia la promoción de salud y salud mental, sino también hacia los valores y problemas implicados (4). Uno de los aspectos de mayor preocupación para los profesionales que intervienen en esta problemática es de qué manera se traduce el abordaje de la salud mental en acciones concretas.

En este artículo se presenta una experiencia innovadora cuyos valores se sostienen en la superación de desigualdades, el acceso, la inclusión, la equidad en salud, la participación social y la contribución de las enfermeras como factor necesario para la salud y el desarrollo sostenible de las poblaciones. En la misma se rescata el significado de innovar, como la tarea de articular la demanda, que la sociedad pida lo que los innovadores ofrecen, es poner en relación con la situación de innovar, es decir, con el por qué, con el para qué y en qué dirección se pretende el cambio.

La justificación de los talleres terapéuticos en el campo

de la salud mental, es que los mismos se consideran herramientas alternativas aplicadas para trabajar en relación al padecimiento psíquico. Pero dada la amplitud de este concepto, resulta necesario esclarecer una serie de puntos.

- En el marco de la Ley de Salud Mental (5) y la política de desmanicomialización (6), dichos talleres han de concebirse como un dispositivo diferente y sustitutivo del asilo. Objetivamente, las diversas actividades y espacios de ese tipo representan para los usuarios una oportunidad para adquirir o recuperar habilidades, normas de convivencia, hábitos de autocuidado, etc; pero la rutinización y automatización de la tarea culmina a veces, en la alienación del sujeto si no se tiene en cuenta su individualidad (7).

- Acorde a lo expuesto, debe destacarse la importancia de tomar en consideración qué le ocurre a la persona que concurre a un taller, en qué sentido esto lo moviliza o no, cómo se vincula con su entorno y con sus pares, etc (8).

- La productividad no debería medirse sólo en virtud de la calidad o cantidad de trabajo terminado sino en relación al sentido de apropiación generado, a la percepción, por parte del individuo, del trabajo como proceso del cual él es y se siente responsable (9).

- Debe contemplarse la inclusión no sólo de los sujetos

(1) Licenciada en Enfermería. Egresada RISAM. Responsable del proyecto de la huerta, participante del programa La Rampa (área de rehabilitación del HNP).

(2) Licenciada en Enfermería. Magister en Administración Pública. Jefa de Servicio del HNP. Docente asistente de la cátedra de Enfermería en Salud Mental de la Escuela de Enfermería de la UNC.

(3) Doctora en Ciencias de la Salud, Mgtr en Sistemas de Salud y Seguridad Social, Lic. en Enfermería. Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

(4) Doctora en Ciencias de la Salud, Lic. en Enfermería y Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

estabilizados, sino también la de aquellos que atraviesan una etapa crítica, analizando previamente cada caso (10).

El objetivo general ha sido: **generar una instancia alternativa para el abordaje integral del sujeto en crisis.**

Los objetivos específicos se centraron en:

- Recuperar o conservar la noción de tiempo y espacio mediante la realización de actividades agrícolas secuenciadas cronológicamente.
- Facilitar el aprendizaje de un oficio que promueva la reinserción social y la autonomía.
- Reproducir prácticas saludables en la familia y la comunidad.
- Promover una instancia en la que los participantes puedan redefinir o confirmar su identidad en relación a un oficio o práctica determinada

## DESARROLLO

Se trata de la apertura de un *taller de huerta y jardinería* destinado, en un primer momento, a los pacientes internados y luego extendiéndose hacia la comunidad (11).

La historia aun breve, del taller de huerta, comienza en el año 2008 como parte del Programa de Acompañamiento de La Rampa y del Servicio de Enfermería en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, República Argentina y como alternativa para el abordaje del Paciente Crítico. Surge como herramienta terapéutica a cargo del personal de enfermería ante la necesidad de generar un espacio en el que los internos pudieran realizar actividades en torno a un trabajo individual que promoviera, mediante el contacto con la tierra, cierto grado de estabilización para pasar luego a la instancia colectiva o de conformación del grupo (12).

El requisito esencial para la participación fue y es que el sujeto desarrolle cierta afinidad con este tipo de actividad, con el transcurso del tiempo se sumaron tanto pacientes críticos como estabilizados (crónicos y agudos), de pre-alta y ambulatorios. Los objetivos terapéuticos individuales se adaptan a la evolución, condición general, preferencias y aptitudes de cada uno, pero siempre enmarcados dentro de los objetivos generales. El taller cuenta con tres ejes centrales sujetos al análisis permanente, a saber: **1**-acompañamiento e inclusión del paciente crítico en la huerta, **2**-incorporación del paciente crítico al resto del grupo y **3**-integración a la instancia grupal, desarrollo o readquisición de habilidades sociales.

En el año 2011, se articula y se suma a la experiencia el movimiento de Agricultores Urbanos, aportando asesoría técnica ya que dicho grupo está integrado por perso-

nas que más allá de su formación académica, cuentan con preparación específica en agricultura. Desde entonces, los días jueves, en un horario que varía entre las 9.00 a 10.00 hs, el espacio de la huerta pasa a ser mixto, articulando el internado con el barrio donde está inserto el hospital. Simbólicamente se abre el portón que delimita el espacio de la huerta con la calle lateral de la institución como una forma de abrir la participación, disminuir estigmas y ser parte de un acto colectivo que trasciende muros y diagnósticos (13) (14). A partir de la continuidad de la experiencia, la huerta ha participado en numerosos eventos culturales de carácter colectivo, tales como: la exposición de "La Fábrica Cultural"; "Culturando"; presentación de talleres en Plaza de la Intendencia, etc., donde se da a conocer el trabajo conjunto.

El espacio se sostiene con el aporte del Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA), que entrega semillas de variadas especies; de los coordinadores técnicos y de algunos vecinos, que traen distintos elementos necesarios para riego, almacenamiento de plantines, elaboración de plaguicidas, etc. Además, la Dirección del hospital compró herramientas de jardinería, los mismos se extraviaron con el uso y transcurso del tiempo y fueron repuestos con parte de los fondos obtenidos de la venta de los productos. Es interesante aclarar, que hasta el momento el precio de la venta de productos es fijado por el comprador al momento de entregarle cada pedido, pues sólo tiene costo fijo la mercadería que se expone en cada muestra. La recaudación se utiliza según las necesidades del momento y la demanda de los participantes. Durante mucho tiempo se realizaron asados comunitarios y actualmente se compran insumos de uso diario que los talleristas indican como necesarios.

A medida que la experiencia se sostuvo en el tiempo, se sumaron otras enfermeras a la actividad lo cual permitió ampliar el período en que se ofrece la actividad y por ende, mantener este espacio terapéutico.

## RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En una primer etapa de aproximadamente seis meses, la continuidad del cuidado de la huerta se vio afectada por la doble función de su coordinadora (la propia de la huerta y la de enfermera de atención directa de pacientes en la institución hospitalaria). Esta situación se ve superada progresivamente, a través de la apropiación del espacio, tanto de colegas como de otros profesionales de la institución y de la comunidad.

Hasta lograr esta pertenencia al proyecto, se sucedieron períodos de abandono en el cuidado de la tierra con la consiguiente sequía e invasión de malezas.

Al realizar una revisión profunda del desarrollo de este proyecto, se evidencia el proceso de apropiación del espacio en tanto la huerta deja de ser la "huerta del Neuro" para ser la huerta de pacientes, vecinos, empleados, en verdad

de todos, quienes adquieren el interés de participar.

En este sentido, decidir colectivamente el destino del producto final y del plusvalor obtenido, estimula la capacidad de reconocer sus necesidades y prioridades, minimizándose el surgimiento de síntomas compatibles con la alienación tanto psíquica como laboral.

Una vez más es oportuno expresar que los dispositivos antimanicomiales innovadores plantean no sólo la

posibilidad de abordar de otra manera el sufrimiento psíquico, sino que, también permiten modificar formas de trabajo fragmentadas, descontextualizadas, que producen enajenación tanto en ellos como en los usuarios de cualquier institución (15) (16).

De este modo se anhela que la experiencia relatada deje de ser un espacio alternativo y pueda ser dominante, y aliente a modificaciones de modelos centrados en la internación como única respuesta a la crisis psiquiátrica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Trastornos neurológicos: desafíos para la salud pública. Publicado por la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2006 (versión en español de la OPS, 2007). [http://www.who.int/mental\\_health/neurology/neurodiso/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/neurology/neurodiso/en/index.html)
2. OPS. Estrategias y Plan de Acción sobre Salud Mental. 144.ª Sesión del Consejo Ejecutivo, Junio 2009 (CE144/12). Washington, 2009.
3. Augsburger A.C. De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. Cuadernos médico sociales 81: 61-75. Argentina, 2004.
4. Malvarez, S. "El concepto de enfermedad mental a lo largo del tiempo-" Apunte de Cátedra. Enfermería en salud Mental y Psiquiatría. Escuela de enfermería. U.N.C: Córdoba. 2005.
5. Poder Legislativo de la Provincia de Córdoba, Ley provincial de salud mental, N° 9848. Año 2010.
6. OMS/OPS "Estrategias y plan de acción sobre salud mental". Washington D.C. 2009.
7. Kasi G., Carpintero E., Barroco A., Vainer A. Desmanicomializar Pasado y Presente de los Manicomios.. 2007. Artistas del Borda. Ed Artes escénicas. Argentina. 2008.
8. Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén. La huerta como dispositivo complementario de atención de la salud. Martes, 31 de Julio de 2012. [Acceso en Marzo] Disponible en: [www.saludneuquen.gov.ar/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1376:la-huerta-como-dispositivo-complementario-de-atencion-de-la-salud-&catid=16:noticias&Itemid=15](http://www.saludneuquen.gov.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=1376:la-huerta-como-dispositivo-complementario-de-atencion-de-la-salud-&catid=16:noticias&Itemid=15)
9. Idem.
10. Rodríguez González A. Organización de cuidados comunitarios el papel de la atención psicosocial y social en la atención comunitaria a las personas con enfermedad mental grave y crónica. Espana. [Acceso marzo de 2014] Disponible en: <https://campus.usal.es/~inico/publicaciones/Rodriguez-A.pdf>
11. Ministerio de Salud de la Nación. Guía básica - Criterios y sugerencias para la adecuación y el desarrollo de la Red de Servicios de Salud Mental - Año 2014. Acceso Marzo 2014. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2014-05-06\\_guia-basica.pdf](http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2014-05-06_guia-basica.pdf)
12. Kasi G., Carpintero E., Barroco A., Vainer A. Desmanicomializar Pasado y Presente de los Manicomios.. 2007. Artistas del Borda. Ed Artes escénicas. Argentina. 2008.
13. Goffman E. Ensayos sobre la situación de los enfermos mentales. Editores Amorrortu. Buenos Aires 1972.
14. Gisbert Aguilar, C. Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno Mental Severo. Edición: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Ponencia. Congreso Asociación Española de Neuropsiquiatría. Oviedo, Junio 2003 Madrid. Acceso Marzo 2014+ Disponible en: [http://www.aen.es/docs/SRPS\\_RPS\\_y%20Tratamiento\\_Integral\\_TMS\\_AEN.pdf](http://www.aen.es/docs/SRPS_RPS_y%20Tratamiento_Integral_TMS_AEN.pdf)
15. Vazquez Roca, A. Antipsiquiatría. Deconstrucción del Concepto de Enfermedad Mental y Crítica de la Razón Psiquiátrica. Nomadas Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas. Universidad Complutense de Madrid. 2012
16. Saavedra Macias, F. J. Como encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves. Historia Ciencia y Saude – Manuhas, Rio de Janeiro.(pp121 – 139), 2011.

# TRATAMIENTO DE RADIODERMITIS HÚMEDA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

**Autor:** Valentina Lestido (1).

Recibido: 25/04/2014

Aceptado: 16/06/2014

## INTRODUCCIÓN

Las reacciones de piel causadas por la radioterapia, conocidas como radiodermatitis (1), son el efecto colateral más común de esta modalidad terapéutica. Evidencias sobre el tema muestran que el 95 % de los pacientes en tratamiento radiante llegan a experimentar algún grado de reacción (2).

Este daño en la piel puede afectar la calidad de vida del paciente debido al dolor, disconfort y limitaciones en la realización de actividades de la vida diaria. Por estos motivos, brindar información al paciente sobre cómo actuar ante estas reacciones es esencial para disminuir el impacto que pueden causarle. Desde esta perspectiva, el enfermero profesional juega un rol importante en la educación de los pacientes en tratamiento de radioterapia (3), así como en los cuidados enfermeros que se brinden. Las primeras reacciones de piel generalmente se hacen visibles luego de haber recibido dosis de 2000 a 2500 cGy, que coincidirán con la segunda o tercer semana de tratamiento (2).

La energía ionizante, al disminuir el porcentaje de células en mitosis de la capa basal de la epidermis, genera adelgazamiento o debilidad en la epidermis, dando lugar a una respuesta visible en la superficie de la piel manifestado como eritema (4). El consiguiente daño de la piel involucrada en el campo de tratamiento es la descamación seca y tiene lugar cuando las células nuevas se reproducen más rápido que el tiempo que demoran las células viejas en llegar a la superficie. Mientras la radioterapia continúe, la capa basal de la epidermis va a estar imposibilitada para reponer el tejido más superficial, lo que puede derivar en interrupción de la continuidad de la piel, edema y exudado, fenómeno conocido como descamación húmeda (5).

El grado de radiodermatitis depende de varios factores

como: campo de tratamiento que involucre zonas del cuerpo con superficies en contacto, áreas donde la epidermis es fina o donde haya solución de continuidad de la piel, quimioterapia concomitante, comorbilidades, exposición crónica de la piel al sol, localización del tumor, dosis diaria de radiación recibida, tipo de energía ionizante utilizada (6).

En el año 1982 el Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) creó una escala de valoración para las Enfermedades Agudas producidas por la Radiación – Acute Radiation Morbidity Scoring Criteria para clasificar los efectos causados por la radioterapia y así identificar los grados de las lesiones. La escala RTOG es utilizada hace más de 25 años por personal médico y de enfermero (7). Además de la valoración integral que la enfermera realiza a todo paciente, la valoración específica en las afecciones por radiodermatitis húmeda debe incluir registro de: localización de la lesión, tamaño de la herida, características de la herida y del exudado, síntomas de disconfort relatados por el paciente, y signos clínicos de infección. Como tratamiento se aconseja: prevenir o controlar la infección (en casos que ya existan síntomas clínicos), mantener higiene adecuada, manejar el dolor, mantener principios de curaciones húmedas y realizar control estricto del paciente (8) (9).

Los hidrocoloides constituyen uno de los productos que mantienen húmedo el lecho de la herida y absorben el exudado excedente, siendo a su vez una efectiva barrera frente a la infección bacteriana (10). Son compuestos hidrofílicos en base a carboximetilcelulosa sódica; actúan absorbiendo el exudado excedente, fluidos y detritus necróticos transformándose en forma gradual en una sustancia gelatinosa suave. Tienen dos formas de presentación: gel o parches adhesivos y, entre otras lesiones, está indicado para dermatitis por radiación (11).

(1) Lic. en Enfermería en Departamento de Radioterapia. Docente. valelestdo@hotmail.com

En orden a lo expuesto, y basados en los conceptos vertidos, se ha realizado el seguimiento de una paciente con radiodermatitis húmeda, delineándose un estudio que tuvo como objetivo describir el tratamiento con gel hidrocoloide y evolución de la lesión ocasionada por radiodermatitis húmeda, desde la consulta de enfermería.

## PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.

Para abordar el caso, se han seguido los pasos descritos por autores de nivel internacional (12) y se ha tenido en cuenta la forma de presentar el resultado del caso (13) (14).

Paciente de sexo femenino, 63 años de edad, antecedentes personales de Diabetes Mellitus tipo II tratada con metformina 850 mg dos veces por día, con diagnóstico de cáncer de ano y canal anal (T4N3, Estadío IIIB) y con una fístula recto-vaginal. Comenzó radioterapia y concomitante quimioterapia con Mitomicina C y 5FU (Nigro) administrados durante la primer y cuarta semana de tratamiento radiante.

Se comienza en la consulta de enfermería, instrumentando un plan de cuidados basado en el proceso enfermero, asegurando la calidad y seguridad del usuario (15) (16).

La primer consulta de enfermería tuvo lugar el día 17 de Marzo de 2014. Hasta esa fecha la paciente había recibido 5400 cGy en Acelerador Lineal con fotones de 15 MeV, mediante 1 campo posterior y 2 campos oblicuos anteriores que pasan por ambas regiones inguinales. El plan de tratamiento fue de 200 cGy por día recibidos en 42 días (6 semanas).

En la valoración se destaca: radiodermatitis húmeda (grado 3 de la escala RTOG) en zona inguinal, perineal y línea inter glútea (Foto N° 1); dolor (en tratamiento con Ibutrofeno y Fitoterápico Sedante); secreción vaginal por la fístula recto vaginal, fiebre de 3 días de evolución; diarrea en ese día (en tratamiento con régimen alimenticio y antidiarreico por vía oral).

El tratamiento propuesto por enfermería para la radiodermatitis húmeda fue lavado con suero fisiológico y posterior aplicación de gel hidrocoloide en dicha zona una vez al día, si fuera necesario incrementar más aplicaciones en determinadas áreas en que el gel se hubiera removido por orina o heces.

Luego de 48 horas, se valora nuevamente a la paciente, observando una evolución satisfactoria (Foto N° 2). Continúa con fiebre. No presenta diarrea.

El tratamiento indicado por enfermería fue: continuar lavado con suero fisiológico y gel hidrocoloide; por el dolor que le producían las lesiones se indicó aplicación de

FOTO N° 1



FOTO N° 2



FOTO N° 3



lidocaína tópica estéril previo a la aplicación del gel; se complementó con indicaciones médicas: antibioticoterapia con Cotrimoxazol 500 mg v/o cada 12 h durante 5 días. Continuar con Ibuprofeno y Fitoterápico Sedante.

La próxima consulta de enfermería se realizó a los 8 días. No presentaba fiebre. Continuó con el tratamiento indicado, se suspende la aplicación de lidocaína en zonas que ya no le generaba dolor (como los pliegues inguinales). La paciente afirma que se siente menos dolorida y se observa buena evolución. (Foto N° 3)

Se indica: continuar con gel hidrocoloide hasta próximo control (en 1 semana), continuar con lidocaína sólo en zonas que persista dolor.

La paciente concurre a la consulta a los 16 días de iniciado el tratamiento con gel hidrocoloide, con notoria mejoría de las lesiones de piel y manifestando importante grado de satisfacción con los resultados.

Se propone: aplicar emoliente humectante en tejido regenerado y continuar con lavado con suero fisiológico y gel hidrocoloide en línea interglútea y en pequeña lesión húmeda que persiste en labio mayor izquierdo. (Fotos N° 4 y N° 5)

El día numero 25 de este proceso, en la consulta de enfermería se destaca que han desaparecido las lesiones persistiendo pequeña lesión húmeda en labio mayor izquierdo de la vulva. (Fotos N° 6 y N° 7) Se indica el mismo tratamiento que en la consulta anterior.

En la última consulta de enfermería, a los 35 días de haber iniciado con el tratamiento en base a hidrocoloideos en gel, apoyo y educación, la paciente presenta tejido regenerado en toda la zona tratada, sin signos de lesión, y satisfecha de su estado de salud (Foto N° 8). Se da de alta de enfermería.

## CONCLUSIONES

Se ha descrito el caso clínico de radiodermatitis húmeda así como su tratamiento y evolución observadas y abordadas en la consulta de enfermería.

El plan de cuidados incluyó la aplicación de gel hidrocoloide, lográndose gran efectividad en los primeros 8 días, con notoria mejoría observada a las 48 h de iniciado el tratamiento.

La utilización de la escala RTOG fue fundamental para orientarse en la valoración del paciente. La educación y el apoyo realizado por enfermería fue una intervención que ocupó un papel importante en el proceso de curación.

**FOTO N° 4**



**FOTO N° 5**



**FOTO N° 6**



El caso que se presenta, fue el de una paciente portadora de radiodermatitis húmeda tratada con lavado de suero fisiológico y gel hidrocoloide y que evoluciona a la curación con recuperación total de la piel de la zona afectada, obteniéndose resultados fructíferos para el bienestar de esta paciente en su tratamiento con radioterapia.

Desde nuestro punto de vista esta experiencia ha sido de gran aporte para la enfermería considerando que el tratamiento oncológico puede producir reacciones adversas en muchos casos.

Estas intervenciones basadas en la búsqueda de nuevos productos farmacéuticos que mejoren la calidad de vida de estas personas y haciendo un perfecto seguimiento, evidenciando los avances en fotos muy esclarecedoras permiten cumplir nuestro objetivo en la enfermería a través del apoyo a usuarios para soportar el tratamiento, para mejorar su autoestima y su calidad de vida.

Esta experiencia deja caminos abiertos para continuar profundizando sobre el tema y para llevar a cabo futuros estudios con mayor valor estadístico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chan, R., Keller, J., Cheuk, R., Blades, R., Tripcony, L., and Keogh, S. (2012) 'A double-blind randomised controlled trial of a natural oil-based emulsion (Moogoo Udder Cream®) containing allantoin versus aqueous cream for managing radiation-induced skin reactions in patients with cancer', *Radiation Oncology*, 7, 121. Ebsco [Online]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3419129/pdf/1748-717X-7-121.pdf> (Accessed: 7 August 2013).
- Butcher, K. and Williamson, K. (2012) 'Management of erythema and skin preservation; advice for patients receiving radical radiotherapy to the breast: a systematic literature review', *Journal of Radiotherapy in Practice*, 11, pp 44-54. Cambridge University Press [Online]. Available at: [http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FJRP%2FJRP11\\_01%2FS1460396910000488a.pdf&code=62572219067191015367dab8427fc72d](http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FJRP%2FJRP11_01%2FS1460396910000488a.pdf&code=62572219067191015367dab8427fc72d) (Accessed: 19 July 2013).
- D'haese, S., Van Roy, M., Bate, T., Bijdekerke, P., Vinn-Hung, V. (2010) 'Management of skin reactions during radiotherapy in Flanders (Belgium): A study of nursing practice before and after the introduction of a skin care protocol', *European Journal of Oncology Nursing*, 14 (5), pp. 367-372. ScienceDirect [Online]. Available at: [http://ac.els-cdn.com/S1462388909001197/1-s2.0-S1462388909001197-main.pdf?\\_tid=d13828d0-f082-11e2-bd60-00000aacb35e&acdnat=1374245722\\_fb72921bb049d5c3ad1e3aaa1bfe6ca9](http://ac.els-cdn.com/S1462388909001197/1-s2.0-S1462388909001197-main.pdf?_tid=d13828d0-f082-11e2-bd60-00000aacb35e&acdnat=1374245722_fb72921bb049d5c3ad1e3aaa1bfe6ca9) (Accessed: 19 July 2013).
- Iwamoto, R.R., Haas, M.L., & Gosselin, T.K. (Eds.). (2012). *Manual for radiation oncology nursing practice and education* (4th ed.). Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society.
- St. James' Institute of Oncology (2011). *Managing Radiotherapy Induced Skin Reactions. A Toolkit for Healthcare Professionals, The Princess Royal Radiotherapy Review Team*. Available at: <http://www.ycn.nhs.uk/html/downloads/ltht-managingradiotherapyinducedskinreactions-oct2011.pdf>
- Andrade Marcela de, Clapis Maria José, Nascimento Talita Garcia do, Gozzo Thaís de Oliveira, Almeida Ana Maria de. Prevention of skin reactions due to teletherapy in women with breast cancer: a comprehensive review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [serial on the Internet]. 2012 June [cited 2014 Apr 19]; 20(3): 604-611. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692012000300024&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000300024&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000300024>.
- Teixeira A, Araujo R, Cômodo H. Evaluación de las reacciones agudas de la piel y sus factores de riesgo en pacientes con cáncer de mama sometidos a radioterapia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [revista en Internet]. 2008 [cited 2014 Apr 19]; 16 (5). Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-498509>
- BC Cancer Agency. *Symptom Management Guidelines: Radiation Dermatitis*. Creado en Julio 2012, revisado en Octubre 2013.
- Soldevilla J, Torra J. *Atención Integral a las Heridas Crónicas*. Madrid: SPA S.L., 2004.
- Pinheiro L, Borges E, Donoso MTV. Uso de hidrocoloide e alginato de cálcio no tratamento de lesões cutâneas. *Rev. bras. enferm.* 2013 Oct; 66(5): 760-770.
- Farmanuario. Ed.:24. Montevideo: InforMédica S.R.L; 2014.
- Yagüe JM. Caso clínico: cateterismo cardíaco y enfermera referente: dos caras de una misma moneda. *Enferm Cardiol.* 2010; Año XVII(49):47-52.
- Morrhead S, Johnson M, Mass M, Swanson E. *Clasificación de resultados de enfermería (CRE)*. 4a ed. Madrid: Mosby, 2009.
- Morales JM, Morilla JC. *Criterios de evaluación de casos clínicos en Enfermería*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2008.
- Alves AR, Chaves EMC, Freitas MC de, Monteiro ARM. Aplicação do Processo de Enfermagem: estudo de caso com uma puerpera. *Rev. bras. enferm.* 2007 June; 60(3): 344-347.
- Fernández Castro M., Martín Gil B., Muñoz F. Consulta de Enfermería en Radioterapia y Cuidados de Soporte en Cánceres de ORL. *Rev. enferm. CyL.* 2011; Vol 3 - No 2.

# SECCIÓN III

## Comentarios y Eventos

## ***I Coloquio Uruguayo de Enfermería***

**28 y 29 de octubre de 2014**

***Intendencia de Montevideo***

Evento que se proyecta como un espacio de encuentro, discusión y crecimiento para las enfermeras y enfermeros uruguayos, conscientes de su relevancia profesional e impacto en el cuidado de las personas, familias y comunidad. Se contará con la visita de expertos del ámbito internacional y nacional abordando diferentes temas de aplicación práctica en torno al lema: Aportes y desafíos de los enfermeros y enfermeras al cuidado seguro e integral de la salud.

**Contacto:** [coloquiodeenfermeria@gmail.com](mailto:coloquiodeenfermeria@gmail.com)

**Tel:** (598) 29165790.

## ***65o. Congreso Uruguayo de Cirugía***

***XXIV Jornadas Integradas de Enfermería Quirúrgica***

**1 al 4 de diciembre de 2014**

Bajo el eje temático: "*Enfermería Quirúrgica de Enlace Domiciliario: la calidad de los cuidados entre el hospital y el hogar*", este año las Jornadas de Enfermería Quirúrgica se desarrollarán los días 1 y 2 de diciembre en el marco del Congreso Uruguayo de Cirugía. Se contará con la presencia de invitados extranjeros que abordarán temas de interés para todo el colectivo enfermero.

**Contacto:** [cirugia2014@grupobelis.com.uy](mailto:cirugia2014@grupobelis.com.uy)

## ***Congreso INFOLAC 2014 e- Salud 2.0: Hiperconectados***

**16 y 17 de octubre**

***Intendencia de Montevideo***

**Web:** [www.infolac2014.org](http://www.infolac2014.org)

**Contacto:** [secretaria@sueiidiss.org](mailto:secretaria@sueiidiss.org)



# **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 [encuidadoshumanizados@ucu.edu.uy](mailto:encuidadoshumanizados@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 por 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\\_VancouverStyle-Guide.pdf](http://library.vcc.ca/downloads/VCC_VancouverStyle-Guide.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/revi.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 seleção 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: [ttp :/ / www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis.html](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 descrição 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:

---