

Nuberos Científica



ORIGINALES

‘Incorporación’ de las desigualdades sociales

Patricia López

MONOGRAFÍAS

Actuaciones del profesional de Enfermería de urgencias ante la RCP: ética, legislación y vivencias. Revisión

M^a José Rodríguez

Consentimiento informado y práctica profesional

Ester González Fernández, Raquel Pardo Vitorero,
y Ángela Lombera Torre

REVISIÓN HISTÓRICA

Estudio del papel del ama de cría pasiega en la crianza española del s. XIX y principios del s. XX

Tamara Gómez

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Estudio sobre la utilización de la contención mecánica en una población geriátrica

Arrate Astigarraga, M^a Carmen Aristin, Ester Fernández y Beatriz García

Evolución de las úlceras por presión (UPP) y su relación con las rotaciones laborales de los profesionales de Enfermería

M^a José Rodríguez, M^a del Pilar Diéguez, Avelino Sáiz,
M^a del Mar Crespo, Ángela Lombera y Noelia Boda

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Enfermería y salud mental: un estudio con dos poblaciones de pacientes. Uso de las TIC's como herramienta de gestión eficaz

A. M. López-Sánchez, P. R. Rodríguez-Santos, J. R. Borraz,
G. Cruzado, M. P. Fernández-Prieto y R. González de Cos

Plan de cuidados de enfermería estandarizado del paciente con ictus

Rosa Eva Fernández, Noemí López, Sergio Martín y Eulalia Zubillaga

ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Profesionales de Enfermería en los colegios: una experiencia innovadora

M^a Begoña París y Noemí Rosa Delia Gabela

COMENTARIO DE LIBROS

Cuidar y acompañar hasta el final

Ana Manzananas



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

Nuberos Científica

AÑO 1 NUM. 7

JULIO-OCTUBRE 2012

REVISTA DE LA FUNDACIÓN DE LA ENFERMERÍA DE CANTABRIA

C/ Cervantes, 10 - 5º - SANTANDER
Tfnos. (942) 31 97 20 / 21 y 696 433 625
colegio@enfermeriacantabria.com
www.enfermeriacantabria.com

MAQUETACIÓN Y PUBLICIDAD: EDITORIAL SENSEI

Pl. Piqué y Varela, 1 2ºA - 39300 TORRELAVEGA
Tfno. 942 08 34 59 y 654 534 346
jesusibanez@mundivia.es

IMPRIME: GRAFICAS J. MARTINEZ

Revista indexada
en la base de datos



Impresión realizada con papel libre de cloro y procedente de árboles de talas controladas.



ISSN: 2173-822X

Dep. Legal: SA-135-2011

NUBEROS CIENTÍFICA es una publicación de FECAN (Fundación de la Enfermería de Cantabria) y se publica con periodicidad cuatrimestral.

FECAN es la fundación creada por el Colegio de Enfermería de Cantabria dedicada a satisfacer las necesidades y condiciones de la profesión enfermera, así como a mejorar la calidad asistencial y organizativa de la sanidad, la salud y calidad de vida de los ciudadanos y a fomentar la participación de la sociedad en el autocuidado de su salud.

Protección de datos: FECAN declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

DIRECCIÓN:

Pilar Elena Sinobas

Experta en Investigación de Cuidados. Asesora de Investigación del Colegio de Enfermería de Cantabria. (Cantabria-España)

CONSEJO ASESOR:

Ana Rosa Alconero Camarero

Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora Titular de Enfermería de la Universidad de Cantabria. (Cantabria-España)

Rocío Cardeñoso Herrero

Máster en Investigación de Cuidados. Presidenta del Colegio de Enfermería de Cantabria. (Cantabria-España)

Mario Corral García

Director de la Biblioteca Marquesa de Pelayo. (Cantabria-España)

Pedro Muñoz Cacho

Técnico de Salud Pública. Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria. (Cantabria-España)

Javier Velasco Montes

Licenciado y Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Interna. (Navarra-España)

COMITÉ CIENTÍFICO:

Teresa Aguirre Oteiza

DUE. Master en Investigación de Cuidados de la Universidad Complutense de Madrid. Supervisora del Servicio de Admisión y Documentación Clínica del Hospital Laredo. (Cantabria-España)

Nuria Alonso Peña.

Graduada en Enfermería. Área Quirúrgica de Cirugía Cardiovascular. H. U. Marqués de Valdecilla. Santander. España.

Montserrat Carrera López.

DUE. Enfermera de la Unidad de Críticos y Postoperados de Cardiovascular. H. U. Marqués de Valdecilla (Cantabria-España)

María Fuente Merino.

DUE. Formación en Investigación. Enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos Generales del H. U. Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

Mirian García Martínez

DUE. Experiencia investigadora. Unidad de Hemodiálisis del H. U. Marqués de Valdecilla de Santander. España.

Vanesa Martínez González.

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

M. Soledad Ochoa Gutierrez.

DUE. Master en Dirección y Gestión de Servicios Sanitarios de la Universidad de Cantabria. Supervisora de Calidad y Docencia del Hospital Laredo. (Cantabria-España)

Elena Rojo Santos.

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

SUMARIO

NUMEROS CIENTÍFICA

es una revista de carácter científico dirigida a profesionales de Enfermería y de la Salud, en general. Su distribución se hace de forma direccionada a todos los colegiados de Cantabria. Además, se envía a todas las bibliotecas de las Escuelas de Enfermería de España, a los principales hospitales y a diversas instituciones públicas y privadas del ámbito sanitario.

NUMEROS CIENTÍFICA

se reserva todos los derechos de publicación de los trabajos que aparecen publicados, pero permite su reproducción siempre que sea para fines divulgativos, sin ánimo de lucro, solicitándolo previamente a la dirección de la publicación y con mención expresa de la fuente.



ORIGINALES

5 'INCORPORACIÓN' DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES

Patricia López Calderón

MONOGRAFÍAS

9 ACTUACIONES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS ANTE LA RCP: ÉTICA, LEGISLACIÓN Y VIVENCIAS. REVISIÓN

María José Rodríguez Martínez

15 CONSENTIMIENTO INFORMADO Y PRÁCTICA PROFESIONAL

Ester González Fernández, Raquel Pardo Vitorero y Ángela Lombera Torre

REVISIÓN HISTÓRICA

22 ESTUDIO DEL PAPEL DEL AMA DE CRÍA PASIEGA EN LA CRIANZA ESPAÑOLA DEL S. XIX Y PRINCIPIOS DEL S. XX

Tamara Gómez Pérez

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

31 ESTUDIO SOBRE LA UTILIZACIÓN DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN UNA POBLACIÓN GERIÁTRICA

Arrate Astigarraga Suárez, M^a Carmen Arístin Ortega y Esther Fernández Rivera, Beatriz García Aja

42 EVOLUCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) Y SU RELACIÓN CON LAS ROTACIONES LABORALES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

M^a José Rodríguez Martínez, M^a del Pilar Diéguez Poncela, Avelino Sáiz, M^a del Mar Crespo Pérez, Ángela Lombera Torre y Noelia Boda Manzanal

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

49 ENFERMERÍA Y SALUD MENTAL: UN ESTUDIO CON DOS POBLACIONES DE PACIENTES. USO DE LAS TIC'S COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN EFICAZ

A. M. López-Sánchez, P. R. Rodríguez-Santos, J. R. Borraz, G. Cruzado, M. P. Fernández-Prieto y R. González de Cos

ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

60 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADO DEL PACIENTE CON ICTUS

Rosa Eva Fernández, Noemí López, Sergio Martín y Eulalia Zubillaga

ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

70 PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LOS COLEGIOS: UNA EXPERIENCIA INNOVADORA

M^a Begoña París Álvarez y Noemí Rosa delia Gabela Ordóñez

COMENTARIO DE LIBROS

77 CUIDAR Y ACOMPAÑAR HASTA EL FINAL

Ana Manzanás

78 AGENDA

El arte de cuidar

Desde siglos pasados la enfermería ha jugado un papel fundamental en la sociedad que, con el paso de los años, se ha ido consolidando de una manera importante; pero ¿en qué situación nos encontramos en la actualidad? ¿es consciente la sociedad del rol enfermero?

Son varias las teorías existentes que refuerzan que el trabajo enfermero 'per se' implica una ciencia y un arte, que el ejercicio de cuidar no es simplemente una técnica y que para ello es imprescindible la unión de diversos factores, como son la formación académica y experiencia profesional y los factores estructurales, económicos, burocráticos y otros sociales. Es necesario que la sociedad conozca que el cuidado profesional es la 'piedra angular' de la profesión enfermera y que para su desarrollo es preciso el avance a través de todos los factores referidos.

Por todo esto, cabe destacar la importancia de la investigación en enfermería, la cual nos permite mejorar los resultados de los cuidados y aumentar los conocimientos del trabajo enfermero. Investigar implica evolucionar, trabajar basándonos en la evidencia científica, adquirir nuevos conocimientos y perfeccionar los cuidados que

reviertan en el conjunto de la sociedad.

La enfermería como profesión es responsable de brindar a la sociedad una buena calidad en los servicios demandados y adquirir continuamente nuevos conocimientos, pero esto no se hace posible si continuamos con barreras. Es el momento de que los profesionales de enfermería demos un paso adelante demostrando los conocimientos académicos y capacidades adquiridos, exigiendo un reconocimiento y demostrando que la ausencia de nuestro quehacer produciría un impacto social importante.

A pesar de los cambios históricos, políticos y sociales acontecidos en la profesión, debemos tener conciencia del componente ético y moral, tanto los profesionales sanitarios como la sociedad en general, y reivindicar la importancia de unas condiciones óptimas para la realización de los cuidados profesionales necesarios y precisos para cada persona y su familia en el ámbito sanitario. Esto, con el conocimiento, el tiempo, la empatía, la dedicación y las condiciones favorables para lograr los mejores resultados en el cuidado de la salud, porque la salud es de todos.

MIRIAN GARCÍA MARTÍNEZ

RESUMEN DE CONTENIDOS

ORIGINAL

'Incorporación' de las desigualdades en salud.– Se trata de la conferencia presentada en la inauguración del Día Internacional de la Enfermería que, fue en su día, una excelente conferencia y es ahora, un interesante texto que ayuda a comprender como las desigualdades sociales originan problemas de salud.

MONOGRAFÍAS

Actuaciones del profesional de enfermería de urgencias ante la RCP: ética, legislación y vivencias. Revisión.– Trabajo que recoge diversos puntos de vista sobre las inquietudes y preocupaciones profesionales de la enfermería en los servicios de urgencias y emergencias, argumentando el por qué se encuentra en situación 'de desamparo' –a pesar de la legislación, protocolos, fundamentos éticos, actuaciones en equipo multidisciplinarios, medios materiales suficientes...–, ya que no se resguardan los aspectos emocionales de los profesionales que han 'vivido' situaciones de stress en su trabajo.

Consentimiento informado y práctica profesional.– Extensa revisión bibliográfica donde las autoras exponen aspectos teóricos y la importancia y significado del consentimiento informado para los profesionales de enfermería en la práctica clínica.

REVISIÓN HISTÓRICA

Estudio del ama de cría pasiega en la crianza española durante el siglo XIX y principios del XX.– Amplia revisión histórica presentada como trabajo de fin de especialidad en Enfermería Obstétrica-Ginecológica. La autora ofrece una amena ilustración sobre la crianza ajena durante el siglo XIX y principios del XX, en la cuál las pasiegas desempeñaron un importante y, a veces, difícil papel, para finalmente, trasladar el legado del ama a términos científicos y actuales de la lactancia materna.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Estudio sobre la utilización de la contención mecánica en una población geriátrica.– Proyecto muy interesante que intentará poner de manifiesto la situación actual de España en cuanto al uso de

la contención física y/o mecánica de la población geriátrica, proponiendo hipótesis alternativas para crear un entorno más seguro y libre de contenciones para nuestros ancianos.

Evolución de las úlceras por presión y su relación con las rotaciones laborales de los profesionales de Enfermería.– Proyecto que plantea como hipótesis que las frecuentes sustituciones de los profesionales de Enfermería revierten negativamente en la prevención y curación de las úlceras por presión en población domiciliaria en la comunidad.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Enfermería y Salud Mental: un estudio con dos poblaciones de pacientes. Uso de las TICs como herramienta de gestión eficaz.– Este trabajo es el resultado del proyecto premiado con el premio de investigación del Colegio de Enfermería de Cantabria el pasado año 2011. Se trata de un estudio multicéntrico.

ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Plan de cuidados de Enfermería estandarizado del paciente con ictus.– Recoge los diagnósticos de enfermería (NANDA) que con más frecuencia presentan los pacientes con ictus, los criterios de resultados (NOC) con los indicadores que permiten su evaluación, y las intervenciones de enfermería (NIC) dirigidas al logro de los resultados esperados. El plan de cuidados estandarizado permite a los profesionales de enfermería agilidad en la práctica clínica, utilizar un lenguaje común, valorar los resultados de enfermería de forma similar y disminuir la variabilidad del cuidado diario.

ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Profesionales de enfermería en los colegios: una experiencia innovadora.– Interesante trabajo en donde la colaboración entre los profesionales de salud de Atención Primaria, profesores de colegios públicos y la organización 'Plataforma Romanes-Gitanos de Hoy' de Cantabria, que ha sido fundamental para el desarrollo de talleres destinados a dotar a los padres de conocimientos y habilidades para la alimentación de sus hijos.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

ORIGINAL

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

'Incorporación' de las desigualdades sociales



Foto enviada por M. Angeles Seijo y M. Angeles Medina. Centro de Salud Crevillente (Alicante)

El manuscrito expuesto a continuación es el resultado, tras la adaptación por su autora, de la conferencia inaugural del Día Internacional de la Enfermería celebrado en Santander el día 18 de mayo de 2012.

Autora:
Patricia López Calderón

Dirección para correspondencia:
patrilopezcalderon@hotmail.com

Recibido: Agosto 2012
Aceptado: Septiembre 2012

RESUMEN

¿Es la desigualdad social un problema de salud? La desigualdad social se integra en el cuerpo de los individuos y se refleja en la salud de las poblaciones. Los profesionales sanitarios con frecuencia contemplamos la enfermedad sólo desde la perspectiva biológica y no atendemos a los procesos sociales que la producen. Sin embargo, la aportación enfermera en este campo es fundamental para visibilizar la inequidad y abordar los procesos de salud/enfermedad/atención de forma eficiente.

Palabras clave:

- Desigualdad.
- Salud.
- Equidad.
- Incorporación.

ABSTRACT

Is social inequality a health problem? Social inequality is part of individuals and it is reflected in the health of populations. Health care professionals often only see illness from biological point of view and they do not pay attention to the social process which it causes it. However, in this area the nursing contribution is essential to watch the inequity and to deal with health-disease-service process in an effective way.

Keywords:

- Inequality.
- Health.
- Equity.
- Inclusion.

1.- INTRODUCCIÓN.

Vivimos en un mundo desigual. Si comparamos la esperanza de vida al nacer de los distintos países del planeta ⁽¹⁾, observamos que existen naciones que casi duplican los años de vida a otras. Mientras en Estados Unidos esta cifra se sitúa en 78 años y en España en 82, en Costa de Marfil y en Sierra Leona sólo se alcanza los 53 y 47 años respectivamente. Es decir, nos encontramos en un mundo dual compuesto por países ricos y países pobres, un Norte y un Sur interconectados, en el que nacer en un país pobre significa vivir menos y con peor salud.

Ahora bien, la desigualdad no se circunscribe sólo al contexto global. Los países denominados “desarrollados” también albergan inequidades sociales y de salud en su interior. Así, la tasa de mortalidad en el barrio neoyorquino de Harlem, con una población mayoritariamente afroamericana, es 6 veces más alta que la media de Estados Unidos ⁽²⁾. En Reino Unido la esperanza de vida es de 80 años, pero la clase social más baja tiene el doble de probabilidad de morir antes de los 15 años que la clase más alta ⁽³⁾.

Podríamos continuar enfocando nuestra lente y hacer zoom sobre los escenarios más próximos a nosotros. Nos sorprendería descubrir las altas tasas de exclusión social que existen en zonas rurales de Cantabria como los valles del Pas, del Pisueña y del Miera o barrios urbanos de la capital como el Cabildo de Arriba, Cueto o el Barrio Pesquero ⁽⁴⁾; espacios que cuentan con un gran número de hogares sacudidos por el desempleo, con viviendas degradadas, con bajo nivel educativo y con escasas redes de apoyo.

Por tanto, ya no nos referimos únicamente a países ricos y pobres. No es una cuestión de riqueza sino de redistribución de la misma, de empleo, de acceso a la educación y a la sanidad, de bienestar, de ciudadanía y de participación social.

Aunque las desigualdades están presentes en todos los países, los estados más igualitarios gozan de mejor salud que el resto. Sin embargo, las dinámicas económicas y políticas nos dirigen hacia sociedades polarizadas en las que las diferencias en-

tre los extremos de la clase social son desproporcionadas y están creciendo de forma exponencial.

Según la Organización Mundial de la Salud, las desigualdades en salud son innecesarias, evitables e injustas. Es evidente que no se trata de fenómenos naturales sino que son producidas por la acción humana y, por tanto, pueden ser contrarrestadas con oportunas políticas públicas orientadas hacia la equidad ⁽⁵⁾. Una equidad que no se refiere a que todos tengan un mismo estado de salud sino que todos y todas tengan las mismas oportunidades de alcanzarlo, es decir, que partan de la misma línea de salida.

2.- DESARROLLO.

Los profesionales de enfermería conocemos la importancia de valorar los factores socioculturales que afectan a la salud. De hecho, la perspectiva holística está muy presente en la teoría enfermera; sin embargo, nos encontramos con dificultades a la hora de integrarla en la práctica.

Con frecuencia en nuestra actividad cotidiana adoptamos el “modelo biomédico” ⁽⁶⁾. Este considera que la enfermedad es una entidad biológica, visible y universal que está causada por trastornos fisiológicos y que se manifiesta por una serie de signos (objetivables a través de pruebas y procedimientos clínicos) y de síntomas (expresiones de la experiencia de la persona que lo padece). Por tanto, la función de los expertos es interpretar ese universo de signos y síntomas para alcanzar un diagnóstico certero e intervenir sobre las causas mediante un tratamiento racional.

Este modelo privilegia la dimensión biológica del proceso de salud/enfermedad/atención y lo desgaja de la persona y de su contexto sociocultural ⁽⁷⁻⁸⁾.

¿Qué ocurre si contemplamos las desigualdades en salud desde esta perspectiva? La inequidad aparece como la conjunción de factores genéticos y estilos de vida entendidos como elecciones libres e individuales que no están mediadas por otras circunstancias ⁽⁹⁾. Como si el consumo de alcohol lo redujésemos

a un tema de voluntad sin analizar el grupo social, las condiciones laborales, la publicidad o las estrategias de salud pública.

La salud no se elige tan libremente. Los procesos de salud/enfermedad/atención son consecuencia de un complejo entramado de factores sociales, económicos, políticos e históricos que configura las formas de vivir, de trabajar, de relacionarse y también de enfermar. Es decir, la salud no es únicamente un fenómeno natural, además es un producto de las dinámicas sociales. Es el resultado de estructuras, de procesos de diferenciación, de procesos de desigualdad, de acción pública y de iniciativa privada que pueden prevenir o acelerar el desgaste y el sufrimiento de las poblaciones⁽¹⁰⁻¹¹⁾. La comprensión del cuerpo como producto histórico y social permite descubrir la inscripción diferenciada de la enfermedad en los grupos, una forma de violencia que no siempre se evidente.

La realidad social aparentemente externa se internaliza, se incorpora, penetra en el cuerpo y lo conforma. Por eso, la obesidad se concentra en las clases bajas en los países desarrollados⁽¹²⁾. Al final, no son únicamente las variables individuales sino factores estructurales como las barreras en el acceso al sistema sanitario, las situaciones de exclusión o el desempleo las que dejan su huella en el cuerpo.

La inequidad se configura en torno a tres ejes: clase social, género y etnia o lugar de origen. Estas categorías no son variables estáticas dentro de una estructura jerárquica, sino formas de relacionarse entre los diferentes grupos en los diversos contextos.

Sin querer caer en el reduccionismo, vamos a ver algunos ejemplos concretos de la manera en que cada uno de los tres ejes mencionados atraviesa la salud de las personas y de cómo se manifiesta el poder y el sufrimiento social en el cuerpo

- **Clase social.** Las clases privilegiadas tienen más facilidad para acumular factores de protección en cuanto a alimentación, ejercicio o hábitos tóxicos, mientras que las clases desfavorecidas suman factores de riesgo y una peor "salud sentida"⁽¹³⁾.

No obstante, también existen diferencias en el acceso al sistema sanitario. Una investigación realizada en la ciudad de Barcelona en 2006 evidenció desigualdades en la atención durante el embarazo. Aunque los expertos recomiendan entre 6 y 12 visitas durante la gestación, se comprobó que las mujeres de clase baja realizaban menos de 6 visitas, tenían menos probabilidades de tomar ácido fólico, de planificar su embarazo y de acudir a la consulta durante el primer trimestre. Por el contrario, la gestación de las mujeres de clase alta estaba altamente medicalizada puesto que asistían a más de 12 consultas y se realizaban más de 3 ecografías⁽¹⁴⁾.

- **Género.** La educación y apoyo a los cuidadores de personas dependientes constituye una de las actividades habituales que desarrolla la enfermería. La mayoría de estos cuidadores son mujeres; en concreto el 60% de quienes se ocupan de personas mayores, el 75% de quienes lo hacen de discapacitados y el 92% de los cuidadores de individuos que precisan cualquier tipo de atención⁽¹⁵⁾. El cuidado informal pertenece a la esfera "reproductiva" vinculada con el rol femenino tradicional y con rasgos "esenciales" y "naturales". Esto provoca que sea invisibilizado e impide que el trabajo que ejercen esas mujeres sea reconocido socialmente. Por otro lado, en el terreno laboral ('productivo') ellas también sufren segregación tanto horizontal como vertical puesto que ocupan los sectores peor remunerados y preca-

rios y, dentro de estos, desempeñan las tareas que precisan de menor cualificación.

Como resultado, obtenemos jornadas consecutivas sin principio ni fin que provocan un gran impacto en el terreno económico, laboral, en el autocuidado, en los lazos sociales, en el uso del tiempo, en la salud. Por eso, las investigaciones con grupos de cuidadoras muestran unas altas tasas de agotamiento, ansiedad, depresión y pérdida de ilusión por la vida⁽¹⁵⁾. Es una de las causas por las que las mujeres viven más años pero con peor salud.

- **Etnia-lugar de origen.** Los/as migrantes que hemos recibido en España desde la década de los 90 son personas jóvenes y sanas que se trasladaban por razones económicas fundamentalmente. Algunos autores lo denominan el "síndrome de inmigrante sano". ¿Por qué? Cuando una familia del Sur decide enviar a uno de sus miembros a un país del Norte para buscarse la vida, seleccionan a la persona con mayores posibilidades de triunfar ya que depositan en ella todas sus esperanzas. Este será un individuo joven, cualificado, que goce de buena salud, que puede trabajar y soportar duras condiciones.

En efecto, el proceso migratorio es complicado, las circunstancias de vida difíciles y si necesitan atención sanitaria se encuentran con numerosas barreras en el acceso y uso del sistema público. Por un lado, existen obstáculos en la interacción con los profesionales por desconocimiento del idioma, por miedo y falta de información sobre los servicios, porque manejan distintas concepciones de salud y enfermedad, porque el personal que les atiende no cuenta con competencia cultural, por la sobrecarga asistencial o porque se les concibe como usuarios ilegítimos⁽¹⁶⁾.

Por el otro, la estructura institucional reproduce las barreras y dificulta los trámites para adquirir la tarjeta individual sanitaria (TIS), o incluso les priva de ella. El recientemente aprobado Real Decreto Ley 16/2012 elimina el derecho a TIS de los inmigrantes "sin papeles" y, por tanto, circunscribe la atención sanitaria a los menores de edad, a las mujeres en el periodo de embarazo, parto y puerperio y a situaciones de urgencia. Es decir, que no tendrán acceso a la prevención, a la salud pública, al control de enfermedades crónicas como VIH, y otros muchos servicios básicos. Tal y como apuntaba la politóloga Seyla Benhabib, "no tener papeles en orden en nuestras sociedades es una forma de muerte civil"⁽¹⁷⁾.

Estos tres ejes penetran en las distintas parcelas de la realidad cotidiana de los sujetos y producen socialmente su salud y su enfermedad. ¿Qué podemos hacer las enfermeras al respecto? Los profesionales de enfermería jugamos un papel fundamental en la lucha contra la inequidad en salud. Trabajamos en lugares clave para captar información sobre los distintos grupos sociales y sus contextos y así poder visibilizar la desigualdad.

3.- DISCUSIÓN.

A través de la investigación podemos generar conocimiento para que nuestras intervenciones en la población sean óptimas y fundamentadas tanto en la evidencia teórica como en la reflexión crítica sobre la práctica cotidiana.

Por tanto, un primer paso consiste en investigar, monitorizar y visibilizar la inequidad. Podemos utilizar indicadores a nivel macro como el número de personas sin acceso a Atención Primaria, de nacimientos y abortos en adolescentes, de nacidos con bajo peso, las tasas de obesidad y de fracaso escolar o las situaciones de hacinamiento o violencia de género. Sin embargo, para reconocer situaciones concretas de vulnerabilidad o riesgo de exclusión son interesantes otros instrumentos más micro que nos pueden servir de signos de alarma en nuestro ámbito de trabajo: parados de larga duración, trabajadores con amplias jornadas laborales, salarios bajos, inseguridad laboral; individuos analfabetos o con bajo nivel de estudios; dificultades para pagar el alquiler de la vivienda o la hipoteca, pasar frío por no tener medios con los que calentarse o vivir en una casa con malas condiciones; verse obligado a consumir los ahorros o recurrir a la ayuda económica de familiares; no poder comprar carne o pescado; tener una enfermedad mental o alguna minusvalía; no tener TIS; no acudir a su centro de salud aunque lo necesite; no poder continuar con los cuidados o el tratamiento después del alta hospitalaria...⁽⁴⁻¹⁸⁾

Además de identificar estas situaciones de desigualdad, debemos incorporar el principio de equidad y justicia social en nuestra práctica cotidiana, proporcionar atención universal y modular la atención en función de las necesidades de cada persona o grupo. El rol independiente enfermero nos permite tra-

bajar con una orientación hacia la salud, no centrada en la enfermedad, y ofrecer un cuidado integral a las personas contemplando las variables biológicas, psicológicas y socioculturales de manera interconectada. Es fundamental empoderar a los individuos a través de la adquisición de conocimientos y habilidades para que puedan manejar los determinantes de salud así como del acompañamiento en la toma de decisiones. Por otra parte, podemos identificar a los grupos sin acceso, ampliar los mecanismos de captación y establecer procedimientos para reducir las barreras y adaptar los servicios a la población. Por último, se hace necesario establecer un diálogo con otros sectores como el educativo, los servicios sociales, los agentes locales, las asociaciones o las organizaciones no gubernamentales, para que los profesionales sanitarios se impliquen definitivamente en la comunidad⁽¹⁹⁾.

No obstante, soy consciente de que la capacidad de transformación de la enfermería es limitada y que las desigualdades en salud se relacionan estrechamente con procesos más generales como el modelo económico y político, la disponibilidad de recursos, las condiciones del medio y las políticas públicas. Por eso, es conveniente recordar que fueron precisamente esas políticas redistributivas las responsables de generar la equidad que hoy conocemos, y que ha sido el Estado del Bienestar el que ha amortiguado esas situaciones de desigualdad que no son más que "el orden de mundo inscrito en el cuerpo"⁽¹⁰⁾.

4.- BIBLIOGRAFÍA.

1. Banco Mundial. Datos. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/>. Consultado el 10 de abril de 2012.
2. Mc Cord C, Freeman HP. Excess mortality in Harlem. *New EngL J Med*. 1990; 322: 173-7.
3. Ortún Rubio V. Desigualdad y salud. *Política y sociedad*. 2000; 35: 65-71.
4. Pérez Yruela M, García Rodríguez MI, Trujillo Carmona M. Pobreza y exclusión social en Cantabria. Madrid: CSIC: Instituto de Estudios Sociales Avanzados; 2008.
5. Benach J. La desigualdad social perjudica seriamente la salud. *Gac Sanit*. 1997; 11(6): 255-258.
6. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977; 196: 129-136.
7. Martínez Hernández A. Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Barcelona: Anthropos; 2008.
8. Good BJ. Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica. Barcelona: Bellaterra; 2003.
9. Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud. ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud? Macaray, Venezuela: Instituto de Altos Estudios en Salud Pública "Dr Arnoldo Gabaldón"; 2005.
10. Fassin D. Le sens de la santé. *Anthropologies des politiques de la vie*. En: Saillant F; Genest S. *Anthropologie medicale. Ancrages locaux, défis globaux*. Paris: Anthropos; 2005: 383-399.
11. Aïach P, Fassin D. L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. *La revue du praticien*. 2004; 54: 2221-2227.
12. Ortiz Mocado R, Álvarez Dardet C, Miralles Bueno JJ, Ruiz Cantero MT, Dal Re Saavedra MA, Villar Villalba C, Pérez Farinós N, Serra Majem LL. Determinantes sociales de sobrepeso y obesidad en España 2006. *Med Clin*. 2011; 137(15): 678-684.
13. Díaz E, Paredes D. Explicando el efecto de la clase social en la salud: la importancia de la educación. *Inguruak*. 2007; 44: 91-110.
14. Cano Serral G, Rodríguez Sanz M, Borrell C, Pérez MM; Salvador J. Desigualdades económicas relacionadas con el cuidados y el control del embarazo. *Gac Sanit*. 2006; 1(20):25-30.
15. García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro, G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit*. 2004; 18(S2): 83-92.
16. Blázquez MI. Influencia de la política en los cuidados a inmigrantes y grupos desfavorecidos. *Cult Cuidados*. 2004 16: 41-46.
17. Benhabib, S. Los derechos de los otros. Extranjeros, residentes y ciudadanos. Barcelona: Gedisa; 2005.
18. Polanca I. Tendencias en salud y calidad de vida. Exclusión social y salud. *Indicadores. Doc Social*. 2002; 127:45-65.
19. Hernández Aguado I, Santaolaya M, Campos P. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SEPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012; 26(S): 6-13.

Actuaciones del profesional de enfermería de urgencias ante la RCP: ética, legislación y vivencias. Revisión

Monografía resultado del trabajo de fin de grado tutorizado por

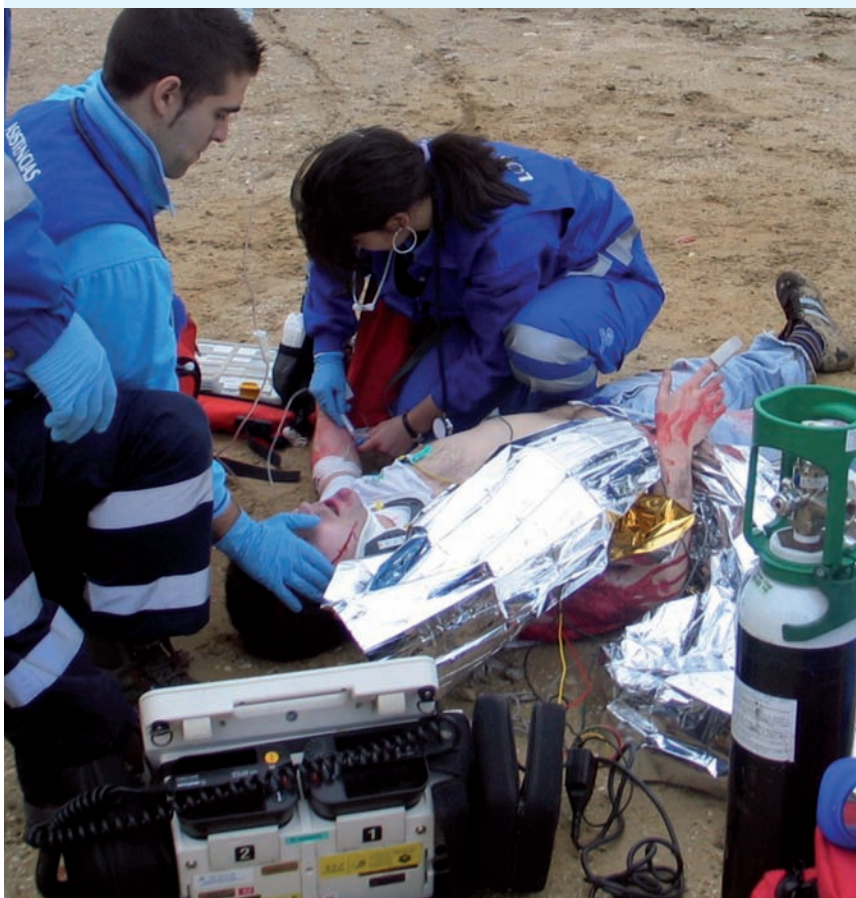
M^a Teresa Meneses Jiménez, profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de León.

El trabajo que se presenta ha sido modificado por su autora para adaptarlo a las normas de publicación de Nuberos Científica.

Autora:
M^a José Rodríguez Martínez
*Graduada en Enfermería.
SUAP Alto Asón. Ramales de la Victoria*

*Dirección para correspondencia:
Maache2002@hotmail.com*

Recibido: Abril 2012
Aceptado: Junio 2012



RESUMEN

La enfermería ocupa un papel importante y decisivo en la urgencia. Es un interviniente directo siendo además, por lo general, el mayor vehículo de comunicación con el paciente, más cercano, empático y que, en ocasiones, funciona de traductor de tecnicismos ante el paciente o en su defecto ante familia y acompañantes en la escena de intervención.

La praxis de los sanitarios en la urgencia está apoyada por múltiple normativa ético-legal respaldando sus actuaciones que responden a la necesidad de intervenciones urgentes o emergentes en las que hay que tomar decisiones vitales y siendo éstas rápidas pero no es óbice que estas no sean reflexivas.

Esta revisión recorrerá parte de todas esas recomendaciones, las argumentaciones, códigos deontológicos escritos y revisados por distintos autores y asociaciones que unificando criterios aportan un ápice de respaldo al mundo que vive la enfermería profesional en la urgencia, en diferentes ambientes.

Se objetiva que las vivencias personales, dada su subjetividad, son casi imposibles de cuantificar y de reflejar, demostrando que en pocas ocasiones son recogidas, ya que solo pueden quedar en un mero hecho puntual vivido, o contado por una enfermera en un cambio de turno.

Palabras clave:

- Enfermería
- RCP.
- Ética.
- Vivencias.
- Legislación.
- Emociones.

ABSTRACT

Nurses have an important and decisive role in emergency. They are direct intermediaries between the patient and the doctor and the most important vehicle of communication, being empathetic and closer to the patient.

Sometimes they have to explain the medical terms to the patient or to his family and they act as an accompanying person in the location of the procedure.

The practice in the emergency room by nurses is supported by multiple legal regulations endorsing actions that correspond to the need of urgent interventions, in which it is necessary to take vital decisions quickly but not in an unthinking form.

This review analyzes part of all these recommendations, the argumentations, codes of practice written and checked by several authors and associations that, unifying criteria, contribute certain support to the world of the professional nursing of urgencies in different environments.

It is shown that personal experiences, given their subjectivity, are almost impossible to quantify and reflect. For that reason they are rarely written, and they only remain as a mere lively anecdote or as a subject of talking between mates in a relief.

Keywords:

- Nursery.
- Life support.
- Ethics.
- Experiences.
- Legislation.
- Emotions.

1.- INTRODUCCIÓN.

Los conceptos como alargar, prolongar, salvar la vida es un hecho que genera satisfacción y optimismo en el a veces 'desagradado' mundo de la urgencia, en el que nunca dos y dos son cuatro, hay minutos de oro y la presión social es importantísima y además, proporciona a la familia y allegados felicidad, ilusión y esperanza, aunque el final-final no sea el esperado provocando, por ejemplo, una muerte cerebral (estado vegetativo persistente) y el sufrimiento; en sí el proceso de morir.

Por lo que en la dinámica sanitaria ideas como las mencionadas ha hecho que los profesionales de la salud luchen contra la muerte de forma incesante, quizá cabe puntualizar que lo que antes era muerte, podemos convertirlo en un proceso reversible en casos como la reanimación cardio pulmonar (PCR) descrita como una interrupción potencialmente reversible de la respiración y circulación⁽¹⁾.

En los niños las causas más frecuentes son las que producen un fallo respiratorio. La prevención de estas causas constituye la medida más eficaz. Una vez que tiene lugar, la PCR lleva a la

muerte o a graves secuelas salvo que se inicien rápidamente maniobras adecuadas RCP⁽¹⁾

Al evidenciarse la potencialidad de reversibilidad de dicha situación, se inicia una lucha contrarreloj en el intento de resolverlo dando por sentado que los enfermeros somos integrantes directos y conocedores o lo debemos ser de todas las maniobras que puedan hacer reversible una muerte súbita.

Los intentos de resucitación inútiles representan un total 70-95% según las estadísticas publicadas por la AHA⁽²⁾ en los que la resulta final, es la muerte inevitable.

Lo cierto es que todos queremos morir con dignidad, y es ahí donde intervienen la ética y la normativa. Se requieren algunas decisiones éticas para asegurar que los intentos o la denegación de la resucitación son apropiadas, legales y bioéticas que los pacientes y su familia son tratados con la dignidad comentada^(3,4,5)

Pero, ¿dónde quedan esas decisiones que se toman en cuestión de segundos, ya que la coyuntura lo requiere?, ¿qué hay de esas situaciones donde el dramatismo de la escena supera la ficción y la propia realidad? Cuando la emergencia se trata de niños, jóvenes o individuos con esperanza de vida larga

en accidentes múltiples ¿dónde englobamos la parte sentimental y donde queda la parte humana de los profesionales, en este caso de los enfermeros que participan o intervienen o en dichas situaciones?, ¿Dónde incluimos la empatía?

Este trabajo trata de reflexionar sobre estas dudas, ya que son difícilmente medibles y por lo tanto difícilmente identificables.

2.- OBJETIVO.

El objetivo principal de esta revisión es, analizar las vivencias en actuaciones emergentes que se verán influenciados por las emociones personales mostrando que las actuaciones del día a día son sumatorias a la situación personal individual del profesional, haciendo que las percepciones personales y los sentimientos afloren. No son recogidos en código alguno, no hay algoritmo para ello ni tiempo para tratarlo. Las realidades de las que nos ocupamos a diario están respaldadas por la legalidad y los supuestos que mil y una ocasión son más éticos que legales. Eso es percibido de forma individual, posiblemente. Por supuesto, no es del todo medible pero no por eso, es despreciable.

3.- METODOLOGÍA.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, mediante los buscadores Bing Medline, Google académico y Google.

Se han utilizado las palabras clave: enfermería, RPC, ética, vivencias, legislación, emociones.

También se ha utilizado como guía las revisiones publicadas por otros autores, que tomaban varios aspectos relacionados con este tema, desde el año 1990 hasta el 2010.

4.- RESULTADOS.

En definitiva, se reflexiona en base a tres argumentos: los principios de la bioética, la normativa legal y la documentación científica. Además se exponen aspectos personales del profesional de enfermería.

Comentaremos cuales son las directrices a seguir, valorando a su vez los aspectos éticos y legales descritos y la parte subjetiva que los profesionales de urgencias y el personal sanitario facultativo y no sanitario sufre en los momentos en los que actúa dando a conocer y intentando comprender a su vez el desgaste profesional de las enfermeras en los servicios de urgencias y las causas que lo desencadenan.

Intentar visualizar la falta de apoyo en la toma de decisiones inmediatas, el peso de la responsabilidad, y ver si realmente se oferta un apoyo emocional al profesional que realiza estas tareas de ayuda y acciones.

5.- BASES DE LA BIOÉTICA.

Un principio, es la "norma o idea fundamental que rige el pensamiento o la conducta" (Diccionario de la Real Academia). En ética se manejan principios morales, es decir, aquellos que per-

miten o facilitan que los actos sean 'buenos'. Sin embargo, podemos señalar la siguiente diferencia: 'moral' se refiere al conjunto de los principios de conducta (5-6) que hemos adquirido por asimilación de las costumbres y valores de nuestro ambiente; es decir, la familia, la escuela, la iglesia, el vecindario en que se desarrolla nuestra infancia. También se refiere a las normas que se nos imponen en esos ambientes, con base en la autoridad; no desde luego la autoridad legal, sino precisamente moral: los imperativos de nuestros padres, sacerdotes o maestros, que recibimos pasivamente y sin cuestionamiento antes de adquirir el 'uso de razón'. 'Ética' se refiere a algo diferente: el intento de llevar esas normas de conducta y esos principios de comportamiento a una aceptación consciente, basada en el ejercicio de nuestra razón.

Son principios de la bioética: autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia⁽⁵⁻⁶⁾.

La autonomía tiene relación con la capacidad de los pacientes para tomar decisiones fundamentadas en su propio beneficio en vez de estar sujetos a determinaciones paternalistas hechas sobre ellos por los clínicos o los enfermeros. Este principio se ha introducido particularmente durante los últimos 30 años. Surge de leyes como la declaración de Helsinki de los derechos humanos y subsiguientes modificaciones y enmiendas⁽⁷⁾.

La beneficencia, implica que, los sanitarios, debemos proporcionar siempre un beneficio, equilibrando beneficios y riesgos. Normalmente, esto significa intentar la reanimación, pero en ocasiones denegarla⁽⁵⁻⁶⁾.

La no maleficencia es no hacer daño respetando además los deseos del paciente⁽⁵⁻⁶⁾.

Y por último la justicia: se debe tratar a todos los pacientes con la misma consideración⁽⁵⁻⁶⁾. Existe la obligación de prestar la misma asistencia a todos los pacientes, independientemente de su raza, sexo, religión y situación socioeconómica, así como garantizar la igualdad de oportunidades y favorecer una distribución equitativa y eficiente de los recursos. Se debe intentar conseguir los mejores resultados al menor coste humano, social y económico⁽¹⁾.

6.- BASES LEGALES.

Testamentos vitales, o también llamado documento de voluntades –instrucciones– previas. Es aquel documento en el que una persona manifiesta sus deseos expresos sobre su tratamiento médico en caso de hallarse inconsciente o incapacitada para expresarse, por lo general por una enfermedad terminal.

El artículo 11.1 de la ley del 41/2002 del 14 de Noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica describe dicho documento.

7.- DOCUMENTACIÓN CIENTÍFICA.

Según organizaciones científicas se aconseja no emprender o hacer intentos de RCP en algunas situaciones.

Se expone la opinión de la American Heart Association⁽²⁾ la evaluación científica ha demostrado que no hay criterios claros para predecir con seguridad la futilidad de una reanimación

cardiorrespiratoria. Por ello, recomienda que todo paciente en paro cardíaco reciba reanimación, hay excepciones claras:

- Ante orden explícita.
- Evidencias de muerte: livideces cadavéricas en zonas declives.
- Rigor mortis (primero en mandíbula y cuello).
- Algor mortis (descenso sostenido de TA).
- Lesiones incompatibles con la vida: decapitación.
- Amenaza para la seguridad del reanimador.
- Orden escrita de no reanimar (Testamento Vital).
- Desenlace natural de una enfermedad terminal.

El cese de la RCP se aconseja en las siguientes situaciones:

- Agotamiento de los reanimadores.
- Recuperación de constantes vitales.
- Llegada de los equipos de emergencias en el caso de legos.

La presencia de la familia en la RCP es un aspecto para reflexionar. A muchos familiares les gustaría estar presentes durante los intentos de resucitación y aquellos que tuvieron esta experiencia, más del 90% volverían a hacerlo otra vez⁽⁸⁻¹¹⁾. Se requieren algunas medidas que aseguren que la experiencia del familiar es la mejor en estas circunstancias. La resucitación debe verse dirigida competentemente, bajo una buena jefatura del equipo, con una actitud abierta y receptiva hacia la familia. Informar a los familiares, en los términos que estos puedan entender, antes de entrar y asegurarse que una enfermera proporcione apoyo continuo.

El apoyo a la familia: los familiares consideran que hay bastantes beneficios al encontrarse presentes durante un intento de reanimación: ayuda en aceptar la realidad de la muerte, facilitando el proceso del duelo. Sienten que han estado presentes en los momentos finales y que han servido de apoyo a su ser querido cuando ha sido necesario⁽⁹⁾.

Cuando negar un intento de RCP

Es curioso que los pacientes tengan derecho de rechazar un tratamiento pero ese mismo derecho no lleva implícito por el contrario que puedan exigir dicha atención⁽⁵⁻⁷⁾.

Otros puntos de reflexión a tener en consideración son:

La orden de no reanimación (ORN) se efectúa en los siguientes casos:

- Testamento vital ya comentado o la orden médica en hospitalización.
- La Comunicación de malas noticias:

Es una tarea poco envidiable, porque es un momento que la familia recordará siempre, así que es muy importante hacerlo tan correctamente y con tanta sensibilidad como sea posible. También impone considerable estrés en el comunicador. Con toda seguridad precisaran apoyo ambos, es bien sabido que la comunicación de malas noticias rara vez se enseña en las facultades de medicina o a nivel post-graduado⁽¹²⁾.

Otros aspectos legales:

*Mantenimiento de la RCP en donantes de órganos vitales.

*Formación e investigación sobre los recién fallecidos: es un

tema polémico que ha motivado un debate considerable ¿es ético y a su vez legal el llevar a cabo formación y/o investigación en los recién fallecidos?⁽¹³⁾

Apoyo a los profesionales.

Es inexistente (a nivel legal) en la mayoría de los casos, puede ser que quede en anécdota, comentario o incluso solo quede en el ámbito del equipo que actúa y a quienes les sucede estas situaciones.

8.- ASPECTOS PERSONALES DE LA ENFERMERÍA PROFESIONAL.

Realmente trataré de dar una visión global que desde un principio en el que se conforman las asociaciones, tanto la Americana AHA⁽¹⁴⁾ como la European Resuscitation Council (ERC) recogen y describen como algoritmos todo el protocolo de actuación para "salvar vidas" una serie de normas bien definidas y por otra parte respaldadas legalmente que, con el paso del tiempo, diversos autores describen y asocian al paciente tratado en el momento, habiendo algoritmos para RCP básicas o avanzadas para adultos o niños, si presentan ritmos desfibrilables⁽¹⁵⁾ o no, podemos visionar también la posición del código deontológico enfermero que describe como debemos funcionar como enfermeras profesionales argumentando y planteando como debe ser nuestra praxis diaria, entre otros destacables y que además, relaciona esta revisión y nos gustaría mencionar dos de ellos⁽¹⁶⁾:

Artículo 56: La Enfermera/o asume la responsabilidad de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio de su profesión.

Artículo 57: La Enfermera/o debe ejercer su profesión con responsabilidad y eficacia, cualquiera que sea el ámbito de acción.

Es destacable además que las áreas de trabajo con mayor incidencia de desgaste son los servicios de Urgencias, que ahora nos ocupa, no siendo ni mucho menos las únicas. Se solicita a la enfermería en estas unidades que sea eficiente rápida/a, capaz de priorizar y además controle las técnicas a la perfección, porque en la maniobra de resucitación ocupa una carga de técnicas y control de medicación importante⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Los profesionales en este sector de urgencias deben a menudo emplear un tiempo considerable de intensa relación con personas que se encuentran en situaciones problemáticas y de necesaria intervención en crisis; ya sea por sus condiciones médicas graves o por sus demandas psicológicas. Este tipo de relaciones se constituyen en eventos de intensa carga emocional para el profesional de enfermería, la cual es necesario controlar cuidadosamente para que la situación pueda ser resuelta en forma eficiente y positiva. En muchos casos, estas actuaciones tienen un desenlace negativo o fatal que es acompañado por sentimientos de frustración, temor, rabia o desesperación por parte de la enfermería, por lo que este tipo de situaciones son definidas como experiencias que ocasionan un estrés mal adaptativo⁽¹⁹⁾.

Los resultados de varios autores parecen evidenciar que el tipo de enfermos o el tipo de cuidados a nivel asistencial en situaciones emergentes pueden ser una fuente específica de es-

trés⁽²⁰⁾; así mismo, se ha demostrado de forma amplia que éste afecta en niveles más altos a aquellos profesionales que realizan actividades de atención a personas y especialmente a los profesionales del sector sanitario, por encima de otros profesionales⁽²⁰⁾.

No hay acuerdo sobre el término adecuado en español para hacer referencia al Burnout Syndrome ("Síndrome de quemarse en el trabajo"), por lo cual en esta revisión haremos referencia al mismo como síndrome de estrés asistencial dado que la expresión surgió, de la forma en que los profesionales interpretan y mantienen sus propios estados emocionales en momentos de crisis⁽²¹⁾.

A lo largo de esta revisión se descubre una y otra vez diversos autores anglosajones con una arraigada tradición científica sobre la muerte o el morir⁽²²⁾. Se muestra el difícil rol de la enfermera/o en situaciones críticas en las que proporciona cuidados al paciente grave y en ocasiones ante el paciente terminal. La perspectiva de la enfermera/o con relación a este tema ha sido abordada principalmente mediante la cuantificación de la ansiedad ante la muerte^(23,24) en diferentes ámbitos. Los estudiantes de ciencias de la salud también han sido objeto de estudios en varios artículos aunque aún no son integrantes directos de la actuación urgente, concretando las características y actitudes que presentan éstos en relación a la muerte^(25,26). Así como la influencia de las creencias religiosas sobre la ansiedad ante la muerte que presentan los enfermeros⁽²⁷⁾.

También ha sido objeto de estudio en más de una ocasión el afrontamiento por parte del profesional de enfermería de las situaciones de agonía y muerte de sus pacientes. Son numerosos los trabajos en los que se ha destacado la importancia de una formación más holística en esta área, como herramienta que prepara para el trabajo en el ámbito de los cuidados^(23,25).

Lo que parece claro es que queda mucho por publicar que no implique protocolo, o ley, que recoja el cuidado de los enfermos críticos en estudios cualitativos. En general, hay una gran escasez de trabajos que se refieran al área de críticos. Se ha identificado un sólo trabajo de ámbito nacional⁽²⁸⁾ publicado en 1993 referido a este tema. En él que se describen las verbalizaciones de los profesionales de Enfermería referentes al fenómeno de la muerte en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Este trabajo pretende conocer las actitudes y sentimientos que Enfermería desarrolla ante la muerte de los pacientes de UCI y concluye con los siguientes resultados:

- La mayoría de las verbalizaciones se dirigen hacia los propios sentimientos, de modo que continuamente se está personalizando el tema.
- La actitud que más se refleja es la de negación.
- La actitud de aceptación aparece relacionada en gran medida con las convicciones personales.

- Se constata también la necesidad de formación.
- La necesidad de apoyo mental, psicológico, moral... para que dichos profesionales se enfrenten de forma positiva al hecho de la muerte⁽²⁹⁾.

9.- CONCLUSIONES.

La intención de esta revisión, no pretende solo recordar lo ya establecido como normativa, ni recoger en un sesudo compendio rígidos protocolos de obligado cumplimiento para una supuesta buena actuación ética-legal de los profesionales de enfermería ante una RCP, que ya vienen contemplados como tales, por casi todos los autores revisados desde el año 64, sino hablar del papel de la enfermería y otros tantos profesionales (Médicos, Técnicos, Auxiliares) que codo a codo conforman los equipos que batallan con las tareas de la urgencia que aun ocupando diversas responsabilidades estas acaban formando un todo con nexo común que es la atención urgente, el enfrentamiento a una situación grave e inesperada con mal pronóstico por lo general y en el que se añade un cierto dramatismo en casos extremos, violentos, con personas jóvenes o actuaciones en niños.

Es un caos estos tipos de actuaciones para una sociedad que nos enseña a vivir y no nos educa en algo tan natural como es el morir.

Cuando opté por revisar la ética y legislación de la enfermería de urgencias ante una RCP y las vivencias de estas, quería destacar que la actividad desarrollada por las enfermeras, conlleva un compromiso y una interacción directa con las personas, que junto a otro tipo de factores puede llegar a hacer experimentar un grado de estrés que lleva al desgaste profesional, que además pasamos "muchos tiempos" dedicados a nuestro trabajo convirtiendo este en parte de nuestra propia identidad pasamos mas horas con el rol profesional que con la identidad personal lo que en ocasiones lleva a abandonar aspectos importantes de nosotros mismos o del entorno y personas que nos rodean. La enfermería de urgencias necesita un apoyo en sus actuaciones, que no sea una mera descripción de síndromes algoritmos procesos, o procedimientos... para pasar a hablar de vivencias personales.

Como reflexión final podríamos indicar que, en definitiva, existen diversos aspectos que valorar en una actuación urgente, respaldada por multitud de normativa y de aspectos que nos llevaría folios y discusiones varias sobre qué es lo más conveniente o inconveniente en diversos momentos y en situaciones que, a priori, son desalentadoras y precipitadas y en los que el profesional que las atiende, en ocasiones, se siente desvalido y poco apoyado moralmente, mal remunerado y además por lo general nunca reconocido y agradecido.

10.- BIBLIOGRAFÍA

- 1- López-Herce J, Carrillo A, Calco C y Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal. "La formación en reanimación cardiopulmonar pediátrica y neonatal: Una tarea en la que todos podemos y debemos participar. *An Esp Pediatr* 1998; 49: 651-652.
- 2- American Heart Association: International Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Adult Basic Life Support. Circulation* 2000; 102(suppl. I): I-22-I-59
- 3- Da costa DE, GahazalH, AlKhusaiyb S. Do not Resuscitate orders and ethical decisions in a neonatal intensive care unit in a Muslim community. *Arch*

- Dis fetal neonatal Ed 2002;86:F115-9.
- 4- Rtcher J, Eisemann M, Zgonnikova E. Doctors' authoritarianism in end-of-life treatment decisions. a comparison between Russia, Sweden and Germany. *J Medethics* 2001;27:186-191.
- 5- Ho Nk. Decision making initiation and with drawing life support in the asphyxiated infants in developing countries. *Singapore med J*2001;42:402_5.
- 6- Beauchamp TL, Childress Jeditos. *Principies of biomedical ethics order*. Oxford: Oxford University Press;1994.
- 7- Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical researching evolving human subjects adopted by the 18th WMA Assemblies. Geneva, 1964.
- 8- Adams S, Whittlock M, Higgs R, Bloomfield P, Baskett PJ. Should relatives allowed to watch resuscitation *BMJ* 1994;308:1687-92.
- 9- Cooke MW. I desperately needed to see my son *BMJ* 1991;02:1023
- 10- Gregory Cm. I should have been with Lisa as she died. *Accid Emerg Nurs* 1995;3: 136-8.
- 11- Arantón Areosa Luis, Rumbo Prieto José M., Campos Manivisa J.M., Paredes Paredes Ma. Luz, Veiga Sandomingo Ma. Dolores, Sierto Diaz Eva. El paciente crítico no reanimable: connotaciones éticas en los profesionales de enfermería. *Cardiovascular Nursing*
- 12- Baskett PJ, Lim A. The varying ethical attitudes towards resuscitation in Europe *Resuscitation* 2004;62: 267-73.
- 13- Orlowski JP, Kanoti GA, Mehlman MJ. The ethical dilemma of permitting the teaching and perfecting of resuscitation techniques on recently expired patients. *J Clin Ethics* 1990; 1: 201- 205.
- 14- American Heart Association. Aspectos éticos de la RCP y la ACU. En: *Reanimación Cardiopulmonar avanzada* (2.a ed. esp.) 1996; 15; 1-9.
- 15- Ruiz Extremera A, Ocete Hita E, Lozano Arrans E. Consideraciones éticas y medico legales en las emergencias pediátricas. En: Calvo Macías C, Ibarra de la Rosa I, Pérez Navero JI, To- Varuela Santos A, editores. *Emergencias pediátricas*. Madrid: Ergón, 1999; 33: 287-295.
- 16- García Eleuterio Profesor. Código Deontológico. Normas Comunes en el ejercicio de la profesión. Capítulo X. Art 56 -57.
- 17- Mandy Gamble, BA, DipN. 2001 A debriefing approach to dealing with the stress of CPR attempts. *Nursing Times.net*.
- 18- Boyle, A., Grap, M., Yonger, J. & Thornby, D. Personality hardiness, ways of coping, social support and Burnout Syndrome, Critical care nurses. *Journal on advanced nursing*. 1991; 16: 850-856. Capilla, R. El síndrome del burnout o desgaste profesional. *Medline. JANO EMC*. 2000; 58 (1334):56-58.
- 19- Chacón, M. & Grau, J. (1997). Síndrome de estrés asistencial en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. *Revista Cubana de Oncología*, 13, (2).118-125.
- 20- Borja, C., Gómez, A., León, M., Murcia, A., Hewitt, N. & Molina, J. (Dir.) (2001). Variables de la práctica clínica relacionadas con la salud mental de los psicólogos que ejercen como terapeutas en Bogotá. Tesis de grado: Universidad Católica de Colombia, Bogotá.
- 21- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Syndrome Inventory Manual*. Escuela de Palo Alto CA: Consulting Psychologist Press.
- 22- Robichaux CM, Clark AP. Practice of Expert Critical Care Nurses in Situations of Prognostic Conflict at the End of Life. *Am J Crit Care*, 2006 sep; 15(5): 480-491.
- 23- Hernández JM, Rodríguez Peña CA, De la Rosa Hormiga M. Estudio descriptivo/comparativo entre profesionales sanitarios y no sanitarios sobre la ansiedad ante la muerte. *Trab Soc y Salud* 2002; 42(7): 119-149.
- 24- Tomás Sábado J. La medida de la ansiedad ante la muerte en profesionales de enfermería. *Enferm Científ*. 2002 sep-oct; 246-247:42- 47.
- 25- Rojas Alcántara P, Muñoz Pérez G, Alcaraz Escribano ML, Campos Aranda M. Características que presentan los alumnos de Enfermería con relación a la muerte. *Enferm Científ*. 1998 nov-dic; 200-201:12-16.
- 26- Rojas Alcántara P, Armero Barranco D, Campos Aranda M, Muñoz Pérez G, Hernández Rojas VM, Riquelme Marín A et. al. Actitud de los jóvenes universitarios de las ciencias de la salud ante el dolor y el sufrimiento en el proceso de muerte. *Enferm Científ*. 2004 mar-abr; 264-265: 61-68.
- 27- Raja Hernández R, Gala León FJ, González Infante JM, Lupiani Giménez M, Guillén Gestoso C, Alba Sánchez I. Influencia de las creencias religiosas en las actitudes del personal de enfermería ante la muerte. *Enferm Científ*. 2003 dic; 260-261: 38-51.
- 28- Marín Fernández B, Los Arcos Y, Arriazu AI, Medrano R, Aragón ML. La muerte en UCI. ¿Cómo reaccionan los profesionales de enfermería? *Enferm Científ*. 1993 nov; 140:26-31.
- 29- Gálvez González M, Muñumel Alameda G, Del Águila Hidalgo B, Ríos Gallego F, Fernández Vargas ML. Vivencias y perspectiva enfermera del proceso de la muerte en UCI. *Biblioteca Lascasas*, 2007; 3.
- 30- En: Lorenzo Saval y J. García Gallego (eds). *Literatura escrita por mujeres en la España Contemporánea*. Ed: Granada: Litoral Femenino. 1986.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

MONOGRAFÍA



Consentimiento informado y práctica profesional

Autoras:
Ester González Fernández
Raquel Pardo Vitorero
Ángela Lombera Torre

Enfermeras del H.U. Marqués de Valdecilla

Dirección para correspondencia:
estergonzalezfernandez@hotmail.es

Recibido: Agosto 2012
Aceptado: Agosto 2012

RESUMEN

La presente monografía tiene como objetivos, tras realizar una revisión bibliográfica, enumerar los aspectos teóricos más importantes para entender la teoría del consentimiento informado, explicar a los distintos profesionales sanitarios la importancia de la aplicación del mismo, así como analizar diversos aspectos relacionados con la correcta aplicación en la práctica profesional.

El presente trabajo está estructurado en varios apartados que brevemente serán expuestos a continuación.

La introducción constará de una exposición de motivos por los cuales se ha decidido tratar este tema. El principal de todos ellos ha sido su uso en la práctica asistencial, pues en numerosas ocasiones dista mucho de ser el adecuado y correcto.

Los antecedentes históricos plasman la evolución histórica desde el paternalismo en la Grecia

Clásica hasta nuestros días, tanto en EEUU como en nuestro país.

Se expone también la definición en base a la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, con los elementos integrantes del consentimiento informado, así como las posibles excepciones tanto en EEUU como en nuestro ordenamiento. Posteriormente se trata el tema del consentimiento informado por representación, en pacientes incapaces, finalizando con las conclusiones.

Palabras clave:

- Consentimiento informado.
- Autonomía,.
- Legislación.
- Consentimiento por terceros.
- Tutores legales.

ABSTRACT

The main objectives of this monograph, after having made a literature review, are: first to list the most important theoretical basis to understand the theory of informed consent, second to explain the importance of its application to the health care professionals and third to analyze the correct process in daily practice.

This document is structured into several sections, which are briefly described below.

The introduction will show the reasons why it has decided to address this issue. The main reason is that daily practice is still based on old habits; therefore is not as good as necessary to meet current needs.

The history of informed consent reflects its evolution from paternalism procedures in ancient Greece to nowadays, in the U.S.A and in our country.

It also sets out the definition based on the Law 41/2002 November 14, with the basic elements of the informed consent and the possible exceptions in both the U.S.A and our legal system, although legislation differs widely between countries

Subsequently, the issue deals with the informed consent when the patient is officially "incompetent" and it is given a legally appointed guardian or another representative in accordance with the law that is entitled to decide for the patient. Finally we show the conclusions.

Keywords:

- Informed consent
- Legislation & jurisprudence.
- Personal Autonomy.
- Competent-incompetent decision-making.
- Legally appointed guardian..

1.- INTRODUCCIÓN.

1.1 ¿Por qué se ha decidido investigar sobre este tema?

Una de las principales razones por la cual se ha decidido investigar el tema del consentimiento informado ha sido la experiencia profesional, el día a día en la práctica asistencial.

Podríamos afirmar, que es un tema sobre el que hay mucha información, del que más o menos todo el mundo sabe de qué trata y por ello no plantea grandes problemas en la práctica cotidiana.

Nuestra percepción, contrariamente, es que pese a ser una herramienta de enorme valor para gestionar la autonomía de los usuarios/pacientes, su uso en numerosas ocasiones dista mucho de ser el adecuado y correcto.

Por ello no se debe olvidar que muchos de los procedimientos que se llevan a cabo en enfermería, pueden tener unas consecuencias en los pacientes, que deben conocer en total profundidad para dar su consentimiento.

Una creencia errónea y muy extendida es identificar el Consentimiento Informado únicamente con un documento firmado,

es más, cuantitativamente la mayoría de dichos consentimientos deben ser verbales, tal como queda regulado en la Ley 41/2002:

"El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente"⁽¹⁾.

El documento firmado no debe ser nunca el centro ni la finalidad en el proceso del consentimiento y siempre debe ir precedido del diálogo deliberativo.

A falta de un documento escrito, la historia clínica es el lugar para registrar los procesos de información y consentimiento, recomendando a los profesionales que adquieran el hábito de incluir en las hojas de evolución, comentarios y anotaciones acerca de lo que hablan con sus pacientes, "tanto como factor positivo de la evaluación de la calidad asistencial, como por su valor probatorio a efectos jurídicos"⁽²⁾.

En la práctica asistencial se puede observar que son nume-

rosas las ocasiones en las que el mencionado procedimiento, probablemente por no entender su importancia y trascendencia, no se lleva a cabo.

Se debe tener presente que el respeto a la autonomía y el consentimiento es para los profesionales de enfermería no sólo un deber jurídico sino también y prioritariamente moral, si se desea que la relación profesional de enfermería-paciente sea satisfactoria⁽⁵⁾.

2. OBJETIVOS.

Enumerar los aspectos teóricos más importantes, para entender la teoría del consentimiento informado, tras realizar una revisión bibliográfica.

Explicar a los profesionales de enfermería la importancia de la aplicación del consentimiento informado en la práctica diaria asistencial.

Analizar diversos aspectos relacionados con la correcta aplicación del consentimiento informado en la práctica profesional.

3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

Históricamente, durante la Grecia Clásica, el patrón ético que ha marcado la relación médico-paciente ha sido el paternalismo.

Este modelo paternalista establecía que el médico era el personal cualificado y su deber era 'hacer el bien', al paciente, desde su perspectiva objetiva, mediante el principio de beneficencia.

Este es el principio moral que gobernaba la ética de los médicos hipocráticos y que ha persistido a lo largo de los siglos como concepción moral de los médicos.

Etimológicamente 'enfermo' proviene de in-firmus, esto es 'falto de firmeza' lo que le convertía no solo en un incompetente físico, sino también moral y por eso debía de ser ayudado por su médico en ambos aspectos.

La obligación del médico era restablecer en el enfermo la salud, para lo que el paciente debía de colaborar con él. Éste solo podía y debía obedecer a todo lo que el médico prescribiera⁽⁴⁾.

Todos los comentaristas medievales, renacentistas y posteriores del Corpus Hippocraticum no hicieron sino transmitir a las sucesivas generaciones de médicos esta mentalidad.

También la enfermería moderna ha estado imbuida por ella, como puede apreciarse, por ejemplo, en los escritos de Florence Nightingale⁽⁵⁾. De todas formas, en este caso, por ser las enfermeras mayoritariamente mujeres, la relación clínica ha sido denominada 'maternalismo'⁽⁶⁾.

Paulatinamente las sociedades fueron desarrollándose, promulgándose las cartas de derechos de los pacientes, dando al individuo su condición de persona, ganando el respeto, la autoestima y la dignidad.

El principio ético que daba soporte a estas nuevas ideas era el de autonomía, un principio típicamente ilustrado, que afirmaba la potestad moral de los individuos para decidir libremente cómo gobernar su propia vida en todos los aspectos mientras no interfiriera en el proyecto vital de sus semejantes⁽⁶⁾.

La relación médico-paciente ha evolucionado desde un modelo paternalista a uno basado en la autonomía del paciente que nace a finales del siglo XX en países anglosajones y en

nuestro país culmina con la publicación de la Ley de Autonomía del Paciente⁽⁷⁾.

Para comprender mejor la dimensión ética y la importancia de este procedimiento, es necesario repasar algunos de los principales hitos históricos que han dado lugar a las posteriores normas que definen el consentimiento informado, un texto fundamental para ello será el publicado por Pablo Simón Lorda⁽⁸⁾, uno de los autores que más ha estudiado el tema planteado en esta monografía.

El tema del consentimiento informado lleva una gran andadura histórica.

Nos remontamos al siglo XV a partir del descubrimiento de América cuando se produjo una gran novedad intelectual, que fue la entrada en escena del hombre como ser inteligente, racional, libre y poseedor de una gran dignidad⁽⁸⁾.

En el siglo XVI aparece el concepto de libertad de conciencia, un derecho individual, que va a dar un paso fundamental en el desarrollo de la teoría política. Las personas tendrán derecho a decidir cómo quieren ser gobernados y por quién.

3.1 Consentimiento informado en EE.UU.

La teoría del consentimiento informado en el ámbito de la salud comenzará a desarrollarse en EE.UU a principios del siglo XX y no alcanzará su verdadera forma hasta los años 60-70.

Respetar la autonomía de una persona implica asumir su derecho a tener opciones propias, a elegir y a realizar acciones basadas tanto en sus valores como en sus creencias personales.

El consentimiento informado es la forma de hacer operativa en la práctica sanitaria la idea de autonomía del paciente y es el resultado de la incorporación y transformación de los postulados de la tradición beneficiaria por los de la tradición jurídica de la autonomía, gracias a la mediación decisiva de la tradición política de la justicia⁽³⁾.

La historia del consentimiento informado en EEUU tiene un desarrollo fundamentalmente judicial dado que los médicos no parecían dispuestos a ceder en sus argumentos paternalistas. Los ciudadanos se vieron obligados a utilizar la vía judicial.⁽⁶⁾

No será hasta el siglo XX cuando la idea de un derecho al consentimiento como derecho independiente penetre en la concepción judicial de las responsabilidades profesionales de los médicos, haciéndolo entonces a través de varias sentencias judiciales⁽⁴⁾.

3.2 El consentimiento informado en el derecho español.

Podemos decir que la idea del consentimiento está en nuestro derecho civil y penal desde sus mismos orígenes, así en la medida en que la relación médico-enfermo se considera una relación contractual sea del tipo que sea. Lo cierto es que tales relaciones, reguladas por el Código Civil, exigen como condición *'sine qua non'* el consentimiento de los contratantes y en la medida en que la actividad médica se realice sin ese consentimiento y en contra de la voluntad del paciente podría incurrir en un delito de coacciones⁽⁸⁾.

En el periodo anterior a los años 70-80 en España, solo tenemos constancia de una sentencia criminal del Tribunal Supremo que trate explícitamente el problema del consentimiento en relación a un tratamiento médico quirúrgico. Posteriormente, pero muy lentamente, comienza a aumentar el número de sentencias sobre responsabilidad civil, pero ninguna que haga referencia explícita al consentimiento informado.

A comienzos de los años 80 los españoles que acaban de aprobar una Constitución Democrática (1978)⁽⁹⁾, comienzan a verse como ciudadanos libres y con derechos, no sometidos a la figura del paternalismo, siendo capaces de decidir cómo y por quién quieren ser gobernados.

Finalmente, el 25 de abril de 1986, fue aprobada la Ley 14/1986 General de Sanidad⁽¹⁰⁾, en cuyo artículo 10 incorporaba la carta de derechos de los pacientes actualmente vigente en nuestro ordenamiento político.

En los años siguientes, los ciudadanos estaban empezando a experimentar un tímido cambio en lo relativo a su auto comprensión como pacientes con derechos, el signo más claro era el aumento de las reclamaciones.

3.3 El consentimiento informado en los códigos deontológicos españoles.

En el ámbito de la enfermería, fue el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), el que se encargó de adoptar por primera vez un Código Deontológico en el año 1953. A partir de ese momento ha sido revisado y reafirmado en numerosas ocasiones, hasta adoptarse el código actual⁽¹¹⁾.

‘El Código Deontológico de la Enfermería Española’ se instituye a través de la resolución 32/89 del Consejo General de Enfermería, es de aplicación en los ámbitos de la sanidad pública y privada así como del ejercicio libre de la profesión. El código tiene un carácter vinculante a todos los enfermeros que ejercen en el territorio nacional. Es importante señalar que recoge, por primera vez, el derecho al consentimiento informado basado en la autonomía del paciente⁽¹²⁾.

Tiene cuatro elementos principales que ponen de manifiesto las normas de conducta ética; enfermería y las personas, la práctica, la profesión y sus compañeros de trabajo⁽¹¹⁻¹³⁻¹⁴⁾.

No es hasta los años 90 cuando algunos profesionales sanitarios comienzan a plantearse en serio la cuestión del consentimiento informado y el abandono progresivo del paternalismo. Hay muchos motivos para ello, como la Ley General de Sanidad, la evolución de la sociedad y como no el aumento progresivo del número de sentencias judiciales.

Cambiar las mentalidades es muy costoso y muchos clínicos españoles están asumiendo dificultosamente todo lo relativo al consentimiento informado y piensan que existe una especie de conspiración social contra ellos avalada por los jueces.

4.- DEFINICIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente indica que *“su objeto es regular los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente, de información y documentación clínica”*.

Define el consentimiento informado como: *“La conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”*⁽¹¹⁾.

Todo profesional asistencial ha de prestar correctamente su atención y debe cumplir el deber de información al paciente, documentación clínica y el respeto a las decisiones adoptadas

por el paciente. Entre estos profesionales asistenciales, debemos incluir a la enfermera ya que muchas personas creen que el consentimiento es cosa de médicos, por ello, este grupo de profesionales debe asumir también el deber de informar al paciente así como respetar sus decisiones.

La enfermera/o que le atiende deberá informarle de las actuaciones que vaya a realizar.

La Ley dispone que debe dejarse constancia en la historia de la información proporcionada: en nuestro caso, quedará reflejado en las observaciones de enfermería.

Esta obligación de las enfermeras queda también recogida en el Código Deontológico de la Enfermería Española, artículo 10⁽¹¹⁾.

“Es responsabilidad de la enfermera/o mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión como cuando ésta se ejerce en las instituciones sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo”.

No podemos definir el consentimiento sin explicar los elementos que lo engloban y forman. Para obtener un consentimiento válido, el paciente tiene que estar capacitado, ser competente, tras recibir la información apropiada sobre los riesgos del procedimiento o tratamiento, los beneficios y los enfoques alternativos, debe tomar una decisión sobre una base voluntaria, libre y sin coacción para continuar⁽¹⁵⁾.

4.1 Elementos del consentimiento informado.

1. Voluntariedad:

El consentimiento debe ser libre de influencias que puedan condicionarlo de una forma determinante, sin coacciones, manipulaciones o engaños.

2. Información:

Datos que permiten adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y de salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.

3. Competencia o capacidad:

Es la aptitud del paciente para entender la situación a la que se enfrenta, las opciones posibles de actuación y las consecuencias previsibles de cada una de ellas, que le permita tomar una decisión que sea consecuente con su escala de valores. Toda la información debe de estar adaptada a las características socioculturales del paciente.

4. Decisión:

El paciente podrá aceptar o rechazar la actuación sanitaria propuesta y puede en cualquier momento revocar su decisión. El profesional de la salud debe colaborar en la deliberación del paciente, no puede participar en la decisión. Si la opinión del paciente resulta contraria, éste no debe ser abandonado por el profesional, sino que debe seguir el proceso proponiendo alternativas o derivando a otros profesionales de la salud que garanticen la atención sanitaria⁽²⁻⁴⁻⁶⁻¹⁴⁻¹⁶⁻¹⁷⁾.

5. EXCEPCIONES DEL USO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tanto el derecho como la bioética norteamericana se han plan-

teado clásicamente situaciones en las que se considera legítimo actuar sin obtener el consentimiento informado de los pacientes. No todas ellas están incluidas en el ordenamiento de nuestro país.

En concreto las únicas registradas por la Ley 41/2002 (1), son las siguientes:

- La renuncia del paciente a recibir información.
- Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:
 - a) "Cuando existe riesgo para la salud pública".
 - b) "Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas a él".

Las consideradas excepciones por la literatura norteamericana, son las siguientes:

- **Urgencia vital:** ante un problema que esté poniendo en peligro la vida del paciente, es legítimo actuar sin la obtención del consentimiento informado.
- **Grave riesgo para la salud pública:** el paciente tiene derecho a la libre elección del tratamiento excepto: "cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública".
- **Imperativo legal:** es legal no obtener el consentimiento informado y actuar en contra de la voluntad del paciente, cuando a criterio judicial deban prevalecer otros bienes jurídicos superiores al del respeto a la autonomía. En nuestro ordenamiento, según la Ley General de Autonomía estaría incluido dentro del consentimiento informado por representación.
- **Incapacidad del paciente:** considera como no necesaria la realización del consentimiento informado cuando el paciente es incapaz. La incapacidad del paciente no es considerada una excepción de aplicación del mismo, no exime a los profesionales sanitarios de la aplicación del mismo, lo único que variaría sería el receptor de la información.
- **Privilegio terapéutico:** Esta excepción podría ser justificada por el principio de no maleficencia, por un lado es obligatoria la aplicación del consentimiento informado y por otro lado es obligatorio proteger al paciente y no causarle daño⁽¹⁻²⁻⁶⁻⁸⁻¹⁰⁻¹⁶⁾.

6.- CONSENTIMIENTO INFORMADO PROREPRESENTACIÓN

En la práctica asistencial es el paciente quién tiene el derecho para otorgar el consentimiento informado, siempre y cuando se encuentre en plena capacidad de juicio, lo que le permita tanto aceptar como rechazar la información propuesta por el personal sanitario, teniendo éstos que aceptar la decisión tomada.

Aquí es donde surgen las principales problemáticas asistenciales relacionadas con el consentimiento informado, cuando el paciente se encuentra en situación de incapacidad.

La capacidad para la toma de decisiones se refiere a entender la información suministrada y poder elegir la mejor opción según los intereses personales de cada uno de forma racional y autónoma.

En estos casos son otros los que tienen que tomar decisio-

nes en su lugar.

Es en estas ocasiones cuando nos encontramos ante el denominado "consentimiento informado por representación".

Es con el Convenio de Oviedo(18), cuando surgen ideas relevantes respecto a la representación de pacientes incapaces:

- "Cuando un paciente es incapaz, otra persona debe decidir por él".
- "Deberá intentarse que el paciente incapaz participe en la toma de decisiones en la medida de lo posible".
- "Para poder decidir adecuadamente y dar su consentimiento, el representante debe recibir una adecuada información, la misma que hubiera recibido el paciente de haber sido capaz".
- "El criterio principal que debe guiar al representante al decidir debe ser la búsqueda del "beneficio directo" de su representado".
- "Para determinar el "beneficio directo", el representante deberá tomar en consideración "los deseos expresados anteriormente" por el paciente respecto a las intervenciones médicas".
- "La búsqueda del "beneficio directo" autoriza al representante a retirar su consentimiento en cualquier momento, cuando entienda que ello va en interés de la persona afectada"⁽¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰⁾.

Para poder introducir toda esta orientación en el reglamento de nuestro país fueron necesarias una serie de modificaciones legislativas. Tras lograr un gran consenso parlamentario, el BOE del 15 de noviembre de 2002 publicaba la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, que constituye una pieza legislativa clave. Dos artículos de esta Ley, el 5 y el 9, inciden de manera muy precisa sobre el problema de la representación.

El consentimiento informado por representación, hace plantearse varias dudas, entre las que se encuentran las siguientes:

"¿Quién será el representante para la toma de decisiones?" Se debe de tener en cuenta la capacidad del paciente para recibir la información, ya que el consentimiento informado tiene lugar "entre adultos que consienten", además que sólo es posible cuando estamos, como John Stuart Mill dice, "en la madurez de nuestras facultades"⁽²¹⁾.

Si el paciente, a criterio del médico responsable, no es competente para entender la información, porque se encuentra en un estado que no le permite hacerse cargo de su situación, debe informarse también a los familiares o a las personas a él vinculadas.

En caso de que el paciente fuera a priori un incapaz de derecho, quienes deberán tomar decisiones serán sus representantes legales. La incapacidad natural o legal del paciente no exime al profesional de realizar un proceso de consentimiento informado. Solamente cambian los destinatarios de dicho proceso⁽²²⁾.

Documentos como las voluntades anticipadas brindan la oportunidad de designar a un representante⁽²³⁾.

En los supuestos de incapacidad de hecho, la recepción de la información y la prestación del consentimiento se proporcionará siguiendo el siguiente orden de relación: persona designada voluntades anticipadas, representante legal, cónyuge o pareja de hecho y parientes de grado más próximo y dentro del mismo grado al de mayor edad. Si el paciente estuviera incapacitado legalmente se atenderá a lo dispuesto en la sentencia judicial de incapacitación⁽²⁴⁾.

Tanto la Ley Básica como las legislaciones autonómicas han tratado de aclarar la primera pregunta. En cambio ninguna profundiza en la segunda pregunta, **“¿con qué criterio deberá elegir dicho representante?”**.

Los criterios utilizados en la jurisprudencia norteamericana acerca de cómo deben de ser tomadas las decisiones en pacientes incapaces son tres: criterio subjetivo, criterio del juicio sustitutivo y criterio del mayor beneficio. En este orden presentan, de mayor a menor, la probabilidad de reproducir fielmente la decisión que el propio paciente incapaz tomaría si pudiese⁽²⁴⁾.

Criterio subjetivo:

Consiste en poner en práctica las instrucciones del paciente sobre los cuidados que prefiere cuando sea incapaz. La aplicación de estas instrucciones han de ir apoyadas en “pruebas claras y convincentes” de que el propio paciente hubiese tomado la misma decisión si pudiera. Las indicaciones del paciente pueden haber sido transmitidas de forma verbal o escrita. La forma oral presenta problemas porque tiende a solaparse con el criterio del juicio sustitutivo. Por eso la forma escrita es la expresión paradigmática del criterio subjetivo. Los testamentos vitales son los documentos que tratan de realizar esta función⁽²⁰⁻²⁵⁾.

Se podrá formalizar ante notario, ante la persona encargada del registro o ante tres testigos. Si se opta por los testigos, éstos deberán ser mayores de edad, con capacidad de obrar plena y deberán conocer al otorgante⁽¹⁻²⁶⁾.

Es muy difícil llevarlo a la práctica. Para poder aplicarlo el paciente tiene que haber expresado su decisión respecto a una situación clínica idéntica a aquella en la que se encuentre cuando haya que decidir por él.

Criterio del juicio sustitutivo:

Este criterio ha sido el más debatido y utilizado en los casos judiciales norteamericanos sobre decisiones sanitarias en incapaces. Aunque no existe una única formulación, la definición más clásica y utilizada es la siguiente: el sustituto debe tomar la decisión que tomaría el mismo paciente si fuera capaz. Para ello hay que tener en cuenta tanto la escala de valores que el paciente aplicaría como las condiciones clínicas en las que la decisión se llevaría a cabo⁽²⁰⁾.

- Sólo se puede aplicar si el paciente ha sido capaz en algún momento de su vida.
- En el paciente que sí fue capaz alguna vez y que es conocido por su representante.
- Exige una enorme honestidad moral. Existe el riesgo de que lo que el sustituto expresa como «juicio sustitutivo» no sea más que su propia opinión o deseo.

Criterio del mayor beneficio:

Descrito por la President's Comisión de la siguiente manera:

“Dado que muchas personas no han proporcionado argumentos serios acerca de cómo desearían ser tratados, los sustitutos no tienen una guía segura para realizar un juicio sustitutivo. Algunos pacientes no han sido nunca capaces. En estas situaciones, los sustitutos serán incapaces de realizar un juicio sustitutivo válido; en su lugar, deben de intentar elegir aquella opción que constituya su mejor interés. El sustituto deberá de tener en cuenta factores como el alivio del sufrimiento,

la preservación o la restauración de la funcionalidad, la calidad y la duración de la vida”⁽¹⁸⁻²⁰⁻²⁵⁾.

Si difícil es aplicar el criterio del juicio sustitutivo, decidir el mejor interés del paciente no lo es menos⁽²⁰⁾.

En cuanto a la tercera pregunta planteada, **“¿quién puede y debe evaluar la presunta incapacidad de los pacientes?”**, la Ley 41/2002 sólo otorga esta función a los médicos.

Antes de decidir la posible incapacidad de un paciente, un médico puede pedir que sea evaluado por otro especialista. La responsabilidad última es de él, y no puede delegarla⁽²⁷⁾.

Respecto a la cuarta pregunta, **“¿cuándo hay que evaluar la presunta incapacidad de un paciente?”**, según Simón Lorda existen cuatro situaciones en las que se debería pensar en la posibilidad de que el paciente fuera incapaz:

1. “El paciente ha tenido un cambio brusco en su estado mental”.
2. “El paciente rechaza un tratamiento que está claramente indicado”.
3. “El paciente acepta con facilidad que se le realicen procedimientos muy invasivos”.
4. “El paciente tiene un trastorno neurológico o psiquiátrico de base”⁽²⁷⁾.

La evaluación de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones sigue siendo un área donde existen más preguntas que respuestas. En nuestro país serían necesario la realización de más estudios de investigación al respecto para poder ir resolviendo todas las dudas que se van planteando.

7.- CONCLUSIONES.

En la práctica asistencial enfermera, no se realiza habitualmente el consentimiento informado de forma correcta.

Debido al desconocimiento o falta de formación por parte de los profesionales sanitarios, tanto médicos, enfermeros o auxiliares.

El documento escrito no debe ser sustituto de la información verbal.

Una buena práctica enfermera es aquella en la que se aplica el consentimiento informado ya sea de manera verbal o escrita, sin considerarse este documento escrito, con la firma del paciente, una herramienta simplemente de defensa judicial.

Registro en la historia clínica por parte de los profesionales de enfermería.

Los profesionales sanitarios deben prestar una información asequible a la capacidad de entendimiento del paciente, la información debe ser clara, fidedigna y progresiva.

Una actuación sin consentimiento o donde la información esté incompleta o no sea verdadera puede ser la base de reclamaciones por el incumplimiento de la lex artis.

Las cuestiones referentes al consentimiento informado siguen siendo grandes desconocidas, tanto para usuarios como para profesionales.

Es necesario establecer estrategias de formación y coordinación entre la formación pregrado, posgrado y continuada de los miembros del equipo de salud en bioética.

8.- BIBLIOGRAFÍA

- 1-López-Herce J, Carrillo A, Calco C y Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal. "La formación en reanimación cardiopulmonar pediátrica y neonatal: Una tarea en la que todos podemos y debemos participar. *An Esp Pediatr* 1998; 49: 651-652.
- 2-American Heart Association: International Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Adult Basic Life Support. Circulation* 2000; 102(suppl. I): I-22-I-59
- 3-Da costa DE, GahazalH, AlKhusaiby S. Do not Resuscitate orders and ethical decisions in a neonatal intensive care unit in a Muslim community. *Arch Dis fetal neonatal Ed* 2002;86:F115-9.
- 4-Rtcher J, Eisemann M, Zgonnikova E. Doctors' authoritarianism in end -of-life treatment decisions. a comparison between Russia, Sweden and Germany. *J Medethics* 2001;27:186-191.
- 5-Ho Nk. Decision making initiation and with drawing life support in the asphyxiated infants in developing countries. *Singapore med J*2001;42:402_5.
- 6-Beauchamp TL, Childress Jeditos. *Principies of biomedical ethics order*. Oxford: Oxford University Press;1994.
- 7-Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical researching evolving human subjects adopted by the 18th WMA Assemblies.Genev, 1964.
- 8-Adams S, Whittlock M.Higgs R, Bloomfield P, Baskett PJ. Should relatives allowed to watch resuscitation *BMJ* 1994;308:1687-92.
- 9-Cooke MW. I desperately needed to see my son *BMJ* 1991;02:1023
- 10-Gregory Cm. I should have been with Lisa as she died. *Accid Emerg Nurs* 1995;3: 136-8.
- 11-Arantón Areosa Luis, Rumbo Prieto José M., Campos Manivesa J.M., Paredes Paredes Ma. Luz, Veiga Sandomingo Ma. Dolores, Sierro Diaz Eva. El paciente crítico no reanimable: connotaciones éticas en los profesionales de enfermería. *Cardiovascular Nursing*
- 12-Baskett PJ, Lim A. The varying ethical attitudes towards resuscitation in Europe *Resuscitation* 2004;62: 267-73.
- 13-Orlowski JP, Kanoti GA, Mehlman MJ. The ethical dilemma of permitting the teaching and perfecting of resuscitation tech- niques on recently expired patients. *J Clin Ethics* 1990; 1: 201- 205.
- 14- American Heart Association. Aspectos éticos de la RCP y la ACU. En: *Reanimación Cardiopulmonar avanzada* (2.a ed. esp.) 1996; 15; 1-9.
- 15- Ruiz Extremera A, Ocete Hita E, Lozano Arrans E. Consideraciones éticas y medico legales en las emergencias pediátricas. En: Calvo Macías C, Ibarra de la Rosa I, Pérez Navero JI, To- Varuela Santos A, editores. *Emergencias pediátricas*. Madrid: Ergón, 1999; 33: 287-295.
- 16- García Eleuterio Profesor. Código Deontológico. Normas Comunes en el ejercicio de la profesión. Capítulo X.Art 56 -57.
- 17- Mandy Gamble, BA, DipN. 2001 A debriefing approach to dealing with the stress of CPR attempts.*Nursing Times.net*.
- 18- Boyle, A., Grap, M., Yonger, J. & Thornby, D. Personality hardiness, ways of coping, social support and Burnout Syndrome, Critical care nurses. *Journal on advanced nursing*. 1991; 16: 850-856. Capilla, R. El síndrome del burnout o desgaste profesional. *Medline. JANO EMC*. 2000; 58 (1334):56-58.
- 19- Chacón, M. & Grau, J. (1997). Síndrome de estrés asistencial en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. *Revista Cubana de Oncología*, 13, (2).118-125.
- 20-Borja, C., Gómez, A., León, M., Murcia, A., Hewitt, N. & Molina, J. (Dir.) (2001). Variables de la práctica clínica relacionadas con la salud mental de los psicólogos que ejercen como terapeutas en Bogotá. Tesis de grado: Universidad Católica de Colombia, Bogotá.
- 21- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Syndrome Inventory Manual*. Escuela de Palo Alto CA: Consulting Psychologist Press.
- 22- Robichaux CM, Clark AP. Practice of Expert Critical Care Nurses in Situations of Prognostic Conflict at the End of Life. *Am J Crit Care*, 2006 sep; 15(5): 480-491.
- 23-Hernández JM, Rodríguez Peña CA, De la Rosa Hormiga M. Estudio descriptivo/comparativo entre profesionales sanitarios y no sanitarios sobre la ansiedad ante la muerte. *Trab Soc y Salud* 2002; 42(7): 119-149.
- 24- Tomás Sábado J. La medida de la ansiedad ante la muerte en profesionales de enfermería. *Enferm Científ*. 2002 sep-oct; 246-247:42- 47.
- 25-Rojas Alcántara P, Muñoz Pérez G, Alcaraz Escribano ML, Campos Aranda M. Características que presentan los alumnos de Enfermería con relación a la muerte. *Enferm Científ*. 1998 nov-dic; 200-201:12-16.
- 26-Rojas Alcántara P, Armero Barranco D, Campos Aranda M, Muñoz Pérez G, Hernández Rojas VM, Riquelme Marín A et. al. Actitud de los jóvenes universitarios de las ciencias de la salud ante el dolor y el sufrimiento en el proceso de muerte. *Enferm Científ*. 2004 mar-abr; 264-265: 61-68.
- 27-Raja Hernández R, Gala León FJ, González Infante JM, Lupiani Giménez M, Guillén Gestoso C, Alba Sánchez I. Influencia de las creencias religiosas en las actitudes del personal de enfermería ante la muerte. *Enferm Científ*. 2003 dic; 260-261: 38-51.
- 28-Marín Fernández B, Los Arcos Y, Arriazu AI, Medrano R, Aragón ML. La muerte en UCI. ¿Cómo reaccionan los profesionales de enfermería? *Enferm Científ*. 1993 nov; 140:26-31.
- 29-Gálvez González M, Muñumel Alameda G, Del Águila Hidalgo B, Ríos Gallego F, Fernández Vargas ML . Vivencias y perspectiva enfermera del proceso de la muerte en UCI. *Biblioteca Lascasas*, 2007; 3.
- 30-En: Lorenzo Saval y J. García Gallego (eds). *Literatura escrita por mujeres en la España Contemporánea*. Ed: Granada: Litoral Femenino. 1986.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

REVISIÓN HISTÓRICA

Estudio del papel del ama de cría pasiega en la crianza española del s. XIX y principios del s. XX



Autora:

Tamara Gómez Pérez

*Matrona del Servicio Cántabro de Salud
(Cantabria-España)*

*Dirección para correspondencia:
paramaragp@gmail.com*

Recibido: Julio 2012

Aceptado: Septiembre 2012

RESUMEN

La vigésimo segunda edición del Diccionario de la Lengua Española recoge respecto a la voz de AMA: "(Del lat. hisp. amma, nodriza). Mujer que cría a sus pechos alguna criatura ajena"⁽¹⁾. Y respecto a la de PASIEGO/GA: "Natural de Pas, perteneciente o relativo a este valle de Cantabria, en España"⁽¹⁾ y "nodriza, especialmente de familias de alcurnia"⁽¹⁾.

El porqué del ama de cría responde a la situación de la mujer en la sociedad objeto de estudio. Unas veces por estética, y es que 'el parir embellece y el criar envejece'; otras, por necesidad; otras muchas, por notoriedad social y unas cuantas, por imposición del marido.

Se establece un peregrinaje continuo de pasiegas y montañesas, quienes, con fuerza de carácter, abandonaban su 'tierruca' y emprendían camino ofreciendo el producto nutritivo de su maternidad.

El legado de las amas de cría ha de servir de estímulo en el fomento de la lactancia materna, más allá de la exaltación de los beneficios de ésta o de su comparación con otros métodos, animando a las mujeres a acercar su hijo al pecho y ejerciendo la natural función de su especie.

Palabras clave:

- Lactancia materna.
- Lactante.
- Cuidado del lactante.
- Leche humana.

ABSTRACT

The 22nd edition of the Spanish language Dictionary defines: AMA: (Latin *nutricium*, *singula nutrix*): Woman employed to give her breast milk to another woman's baby⁽¹⁾.

PASIEGO/A: Pas valley-born person, belonging or relating to Cantabria Pas valley, in Spain⁽¹⁾.

WET NURSE: woman, especially in former times, who was paid to feed another woman's baby with her breast milk, particularly, by wealthy families⁽¹⁾.

Wet nurse, which is object of this research, appeared as a result of women's situation in that society. There were many reasons for it. Sometimes, it was because of aesthetic appearance (breastfeeding disfigured breast), 'giving birth makes you beautiful and bringing up children makes you old'. Others it was by necessity or due to social standing and a few cases for her husband's imposition.

It set up continuous journeys of 'pasiegas' and "montañesas" (Cantabria-born women), who with their strength and character leaved their lovely land and set out on a long journey towards the goal of the breast feeding another woman's baby offering the nutritional product of their motherhood.

The nurses's legacy should act as an incentive to promote breastfeeding, and in order to encourage women to get closer their child to their breast, making their natural duty species, beyond exalting its advantages or in its comparison with other methods.

Keywords:

- Breast Feeding.
- Infant.
- Infant nutrition.
- Infant care and milk.
- Human.

1.- OBJETIVO GENERAL.

Conocer el papel del Ama de Cría Pasiega en la crianza española durante el siglo XIX y principios del XX.

2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Revisar los motivos por los que se considera a la pasiega como referente para la cría ajena durante el siglo XIX y principios del XX. Trasladar el legado del Ama de Cría Pasiega objeto de estudio a la actualidad.

3.- METODOLOGÍA.

En la elaboración de este estudio de carácter cualitativo, histórico, etnográfico, antropológico y fenomenológico; se llevó a cabo una intensa búsqueda bibliográfica mediante la consulta de

la base de datos CUIDEN, de las bases de datos del CSIC a través de los sumarios ISOC en Ciencias Sociales y Humanidades y de la base de datos de libros editados en España por la Agencia Española del ISBN. Además se empleó el buscador GOOGLE ACADÉMICO y visitas a portales como FISTERRA y DIALNET. Finalmente, la bibliografía recomendada y la expuesta en el Museo de Amas de Cría, constituyeron las fuentes del trabajo. A las referencias expuestas se suma la información proporcionada mediante la realización de un trabajo de campo en la zona pasiega. En éste se llevo a cabo una entrevista semiestructurada a familiares directos e indirectos de amas de cría y personas relevantes de la comunidad (ver anexo 1).

4.- LA PASIEGA BELDAD.

Son muchas las referencias acerca de la mujer pasiega al contextualizar la figura del ama de cría. Las características físicas y de carácter aquí expuestas las hacen perfectas para la lactancia

propia y ajena.

Abanico de calificativos...

"Es de buena estatura; por lo general airosa y cimbreante"⁽²⁾. La particular orografía del Pas justifica un aire soberbio y altivo en su manera de moverse. También lo hace que se vea obligada a cargar peso con frecuencia y camine: "sin mover nada o muy poco la parte alta del cuerpo, por miedo a comprometer el equilibrio de la carga"⁽²⁾, "mujerona, recia y bien plantada"⁽³⁾, "de mirada penetrante y escrutadora, de ojos con reflejos de esmeralda herida por los rayos del sol"⁽²⁾. Arrebolada y sanota: "dura, sobria, recelosa y arisca: tenaces en sus propósitos, hábiles en su comercio, sibilíticas y misteriosas en sus respuestas. [...] Puntual, callada y fiel"⁽⁴⁾, "don agudas como un pensamiento y frescas como una flor del campo"⁽⁵⁾, "de carácter alegre y hasta casquivana"⁽²⁾. Sin embargo, con un marcado sentido del honor y esquivia.

"Infatigable en su trabajo, y limosnera"⁽⁴⁾... Ambiciona, pero es realista y no derrocha: "No le gusta trabajar para otros, sí hacerlo al aire libre y sin horarios... Emprendedora y autónoma". (Ver anexo 1.B). El campo, la ganadería y el comercio ambulante ocupan, a grandes rasgos, su tiempo. En contadas ocasiones deja la pasiega de lado su labor diaria, tanto es así, que logra compatibilizar con acierto la crianza de su 'niñín' con ésta.

"Es atributo común de razas montañosas el de conservar la pureza y sustancia de los jugos vitales, merced á la limpieza de costumbres, más bien que al clima y á la frugalidad ú otras virtudes que su rigor impone"⁽⁴⁾.

"La base de su alimentación es la tierra y los animales que se nutren de la misma. Pescado había poco, sardinas, arenques y bacaladas. Las mujeres recién paridas tomaban caldo de gallina.

También chocolate y mantequilla.

Verduras pocas, pollo y berza... El caldo de la mantequilla se llama trevijo y resultaba muy nutritivo. Tenían vacas, ovejas, cabras y gallinas. También uno o dos cerdos que no criaban, sino que compraban para engordarlos hasta la matanza. Casi todos tenían colmenas.

Nueces, castañas, queso, patatas asadas y pan hecho de harina de maíz". (Ver anexo 1.B)

"Maíz y vacuno se asocian no menos inteligentemente en la alimentación humana, para proporcionar una nutrición de rico contenido energético y proteínico (la polenta con leche, generalizada en todas las áreas en que existe esta combinación), que está en la base del vigoroso crecimiento humano, densidad demográfica relativa (por hectárea susceptible de cultivo), longevidad y esperanza de vida que registran las tierras de estas características"⁽⁶⁾.

"Exploradora e inquieta. Su medio de transporte son sus piernas y hace buen uso de ellas. La mujer pasiega se casa joven. Tiene sus hijos joven y enseguida se independiza, conviviendo en la misma cabaña el matrimonio y los hijos, que tenía muchos, y ocasionalmente, algún abuelo...".

(Ver anexo 1.B)

"El amor materno es en la pasiega vehemente y poderoso"⁽⁴⁾. Sensibles y cariñosas, arropan con su sola presencia, acunan con su voz... "La costumbre de acunar a los niños en los brazos les da una actitud cimbreada, que va muy bien con el desarrollo del pecho"⁽⁷⁾. No se separan de su niño hasta que éste no lo hace

por sí mismo, y es que, 'niño embrazado, al año criado'. Siempre al aire libre y en contacto con su madre va el niño en la cuévana. 'A pan y cuca', "teniendo siempre el prurito de enseñar su retoño rollizo como un 'mantecu', [...]. Quiere, en una palabra, que cuando el nene babee haga 'pucheros de nata', pues ella ya tiene, entre otras prevenciones al caso, el cuidado de que las 'churratucas' del crío resbalen sobre un 'culambrín' de piel de cabra o 'cueriza' abombada, que es imbornal por donde 'escullan' fuera del cuévano 'niñero"⁽²⁾. Viste la cuna ambulante con mimo y "pone dentro su colchoncillo y almohada, envuelve al rorro en mantillas de fina lana y sábana randada, le defiende del sol con un aro y toldo levantado sobre la cabecera"⁽⁴⁾.

"En mitad va el niño y debajo del jergón muchas veces el estraperlo. Los niños empleaban esta cuna portátil hasta los diez meses e incluso el año. Era cómoda durante la lactancia. Sin horarios, sin frecuencias ni tiempo de duración de la toma. El niño llora o se revuelve y la pasiega se descarga el cuévano 'niñero' y le ofrece el pecho. En la noche el lactante duerme con sus padres, cerca de la cocina, que era el lugar más cálido y también el preferido por la pasiega para dar de mamar, un lugar tranquilo. A veces, antes de ofrecer el pecho, tomaban un vasito de leche caliente para que la suya fluyera con mayor facilidad.

¡Los niños son como relojes! Al inicio de la lactancia, para que 'aflojara' el pecho y hasta que el niño tuviese fuerza, daban un poco de cada uno en la misma toma.

Y luego vacían el primero, y si el niño no quedaba saciado, continuaban con el otro. Para sujetar los pechos utilizaban el justillo o corpiño sobre una camisa larga hasta los pies que hacía de ropa interior. Más adelante, se elaboraban ellas mismas los sujetadores de algodón con cuidado de que no apretara en exceso el pecho. Cuando el Ama salía a criar, algunas tenían por costumbre colocar un lacito o imperdible en el lado del pecho que les tocaba ofrecer. Apreciaba la pasiega la primera leche tras el parto y aseguraba al hijo propio el consumo de semejante manjar antes de su partida a los 15 ó 20 días, pues 'niño descalostrado, casi criado'. En cuanto a los cuidados de las mamás, a dos meses del parto, todas las noches se hacían frotaciones con alcohol para curtir la piel y evitar las temidas grietas. Cuando aparecían se untaban pezones y areolas con mantequilla. Además, aplicaban sobre éstas su propia leche tras la toma.

También empleaban aceite de oliva y manteca de cerdo."

(Ver anexo 1.B)

Para evitar la ingurgitación de los pechos, cuando la oferta era mayor a la demanda, se vaciaban. "Llaman 'cillate' o 'ciliate'; ordéñate, al acto de extraerse la leche de los pechos con los dedos, cuando aquélla le abunda y la criatura no puede mamar"⁽²⁾.

"Cuando los pechos se ponían malos y les subía la temperatura, el médico les abría, les sacaba la leche mala y aplicaba paños calientes. Si por el contrario el flujo de leche era escaso, acompañaban las comidas con cerveza o tomaban infusiones de hinojo. Evitaban el perejil y las comidas muy condimentadas. Normalmente no precisaban farse ni tomar ninguna medida especial en el destete. Daban de mamar dos años o dos años y medio y el final de la lactancia se hacía de manera progresiva.

Durante el destete a los niños se les daba leche de vaca rebajada con agua y polenta con harina de maíz.

A partir del año comían lo que comían sus padres en forma de papilla o desmenuzado.

La posición para dar de mamar era sentada en una silla baja.

A veces posaban el cuévano 'niñero' en el suelo y se arrodillaban sobre el mismo para dar de mamar al niño sin sacarlo para que no se enfriara. Procuraban colocarlo de lado por si se atragantaba. Cuando se sacan el pecho solían hacerlo solas o recogerse para dar de mamar".

(Ver anexo 1.B)

'Mozuco de buen ama, al año anda y a los dos habla'. No es raro que quién mire al hijo de la pasiega quiera uno igualito para sí. Respira salud y vida "en sus ojos brillantes y vivos, en sus redondos y abultados carrillos sonrosados y frescos, en su boca húmeda y jugosa, en la paz de su sueño profundo, en las claras y sonoras risas de su despertar"⁽⁸⁾.

"El trabajo de las nodrizas consiste en el cuidado y alimentación de los niños desde su nacimiento hasta los dos o tres años de vida. Esto incluye darles de mamar cada tres o cuatro horas, limpiarles, lavarles, dormirles, vestirles, pasearles y entretenerles en la calle y en casa, enseñarles a andar, etc. Las nodrizas hacen su trabajo según un conocimiento tradicional"⁽⁸⁾. Una vez el Ama sale del Pas y se incorpora a la familia del niño, "el alimento y el trato será el que menos diste del que acostumbraban en su país y casa"⁽⁹⁾. La alimentación en su nueva casa era, por lo general, abundante y elaborada y las características de la leche se ven amenazadas.

"Cuando la leche es muy espesa, se le darán alimentos no muy nutritivos, como son las yerbas cocidas, y el pescado fresco de carne blanca; al mismo tiempo se le dará más cantidad de bebida.

Por el contrario cuando la leche es clara, el alimento será más nutritivo, como son las carnes de animales jóvenes, los buenos caldos con las simientes harinosas, y las gelatinas, ó yemas de huevo.

A las horas de comer no se les privará el beber un trago de vino á las que están acostumbradas á beberlo, con tal que el vino no sea ágrico, ni muy espirituoso"⁽⁹⁾.

Las rutinas de su hogar desaparecen y "la vida sedentaria nunca es buena para las que crían, é igualmente el dormir demasiado. Cuando están muy acaloradas con el trabajo ó con el ejercicio tampoco es bueno dar de mamar al niño"⁽⁹⁾. La alegría y la ausencia de preocupaciones completan los cuidados del Ama en el ejercicio de la buena lactancia. En resumen, "lo mas que puede hacer venir la leche es el buen alimento, y aplicar el pecho al niño con deseos de acabarlo de criar"⁽⁹⁾.

5.- EL PERIPLO DEL AMA.

A pie o en carro, por libre o agrupadas en caravana, salen de camino a la Corte "estas normandas españolas, estas bretonas de las montañas de Santander"⁽¹⁰⁾. "Tenemos que darnos prisita en llegar, no sea que nos sequemos en el camino"⁽¹¹⁾.

En la divisoria entre la actual comunidad autónoma de Cantabria y la provincia de Burgos, en Espinosa de los Monteros, tenían las Amas su punto de encuentro. Desde allí, cada una se di-

rigía a su destino: Bilbao, Barcelona, Granada, Madrid... Otras ya se habían encaminado hacia Santander.

Las que van solas, procuran acompañarse de un 'perrillo', que ponerse al pecho para no cortar el flujo de leche, y las más afortunadas irán con familia y una vez hallado destino, mamará el hijo propio después de su hermano de leche. Las que dejan a su hijo en la aldea, lo hacen al cuidado de una vecina, que se encargará de servirle de Ama, o de sus abuelos, que lo criarán con leche animal.

"Es importante destacar la figura de las abuelas que quedaban en la aldea al cuidado de los hijos del Ama. Muchas de ellas también fueron amas de cría y sabían del dolor y la añoranza que experimentaba ante esta separación temporal." (Ver anexo 1.B)

Algunas veces el Ama estaba tan triste por lo que dejaba, que no le merecía la pena. No fueron pocas las que se 'secaron' en el camino por este motivo.

"La que trae su 'acomodo' buscado ya de antemano, se encamina derecha a la casa donde ha de ejercer su segunda maternidad. Las que vienen a la aventura [...], se dirigen a Sta. Cruz"⁽¹⁰⁾, plaza madrileña situada cerca de la Plaza Mayor. Una vez allí, tuvieron buena ayuda de sus paisanas, vendedoras de telas en el mercado, que sirvieron de nexo entre el Ama recién llegada y la madre desprendida de favores que solicitara sus servicios. No se le 'caen los anillos' cuando ofrece el pecho al niño cuya madre no tiene medio de alimentarlo y se acerca a la plaza a cambio de asegurar al Ama la producción de semejante torrente lácteo. En Granada, las Amas se reunían en la todavía llamada Plaza de las Pasiegas. En Santander, en el Mercado de Atarazanas.

Las montañesas son las más requeridas para la cría ajena, y de entre todas ellas, las pasiegas son las mejores, que por ser las más demandadas no tenían tanto peso en la oferta de nodrizas publicada en cualquier diario de la época. Muchas de ellas 'echaron mano' de agencia, y no dudaron los que las 'probaron' en referenciar positivamente su trabajo y facilitarles nueva empresa (ver anexo 2.A). Tanto es así, que muchas nodrizas se hicieron pasar por ellas, y pasiegas había repartidas por toda España, pero pocas nacidas en esa tierra.

Aunque había Amas en la Corte Española un siglo antes, no fue hasta 1830 cuando se buscaron activamente. En ese año, con ocasión del nacimiento de Isabel II, Fernando VII escribe: "Hoy 3, Blasco, quiero que el día 10 salga de esta Corte para Santander y su provincia el médico Aso, y Merino, el de la Veeduría, para escoger un ama para lo que dé a luz mi muy amada esposa"⁽¹¹⁾. También Alfonso XII solicitó, a través de un diario santanderino, madre de leche para su próxima hija y más tarde princesa de Asturias, María de las Mercedes... (Ver anexo 2.B)

Cuando llegaban a la Corte, se dirigían a la llamada Casa de las Amas o La Pajarera, bajo la tutela de la rectora de Amas, en espera de su llamada a Palacio. El Ama que daba de mamar en la Corte recibía el sobrenombre de 'la Reina' entre sus paisanos, y solía ir acompañada de una o dos Amas 'de retén' o 'de repuesto'. Todas ellas, incluso las que sólo fueron llamadas, están referenciadas. (ver anexo 3)

La estancia del Ama en casa de los padres termina con el fin de la lactancia. Muy pocas, ya como 'amas secas' o 'amas de brazos', quedaban formando parte del servicio de la casa. Casi to-

das regresaban a la tierruca, que había sido larga la espera. Pero no quedaba aquí rota la comunicación, y en ocasiones era requerida de nuevo para criar y regresaba a amamantar a quien esperaba ansioso el calor de la teta. La relación que se establecía entre el Ama y el lactante era poderosa, más allá de los lazos de sangre se establecían los de leche. Así, con ocasión de la elección de Maximina Pedraja como Ama de Alfonso XIII...

"Más de un viaje tubo que hacer Maximina desde Cantabria hasta Madrid para acudir a la llamada del Monarca, quien la quería como a una madre, cariño al que ella correspondía de tal modo que le angustiaba pensar en lo que el Rey podría sufrir por las agitadas circunstancias de la época"⁽¹²⁾.

Eran las pasiegas, entre todas las montañesas, las mejor pagadas. Las vascongadas, las asturianas y las gallegas, les seguían el paso. No fueron pocas las bien recibidas, como 'agua de mayo', pues ya de vuelta a su aldea y "a base de sus ahorros y de su condición industriosa, ajena siempre al despilfarro, llamara al 'su pasiego' para montar una vaquería"⁽¹²⁾.

Aumenta la oferta de leches animales a principios del siglo XIX. La instalación de vaquerías en Madrid y el descenso de sus precios, hace que la leche de burra y la de vaca hagan tambalear la oferta de nodrizas. Sin embargo, el uso y abuso de estas leches, y la falta de un mínimo control sanitario, hicieron más enfermar que sanar a los recién llegados, y sólo las gentes más pobres las consideraron cuando la primera opción, su propia leche, no era válida.

La cruzada a favor de la lactancia materna, influenciada por el naturalismo francés, comienza en España con diversas publicaciones, artículos, noticias y discursos varios, en las que se aboga por la consanguinidad láctea del amamantamiento, tanto es así, que la ofertada por la nodriza desaparece en Europa tras la primera guerra mundial. En España tenemos testimonio gráfico de nodriza en activo en años de posguerra.

6.- CRITERIOS DE SELECCIÓN Y EXPLORACIONES.

Busquemos antecedentes de las que, en nuestro periodo de estudio, se consideraron condiciones indispensables para la buena nodriza. Sorano de Éfeso en el siglo II, nos habla de algunas de ellas...

"No debe ser ni demasiado joven, ni demasiado vieja, tendrá entre veinte y cuarenta años, habrá tenido ya dos o tres hijos, estará sana, en buenas condiciones físicas, a ser posible alta y de buen color. Tendrá senos de talla mediana, elásticos blandos y sin arrugas. Los pezones no han de ser ni demasiado compactos, ni demasiado gruesos, ni demasiado pequeños, ni demasiado porosos, deben dejar pasar abundantemente la leche. La nodriza ha de ser moderada, sensible, pacífica"⁽¹³⁾.

Acerca de la calidad del producto, Sorano argumentaba que tenía que tener un color medianamente blanco, buen olor, consistencia suave y ser uniforme y homogénea.

Continuamos encontrando referencias acerca de los requisitos para la buena nodriza en el Código de las Siete Partidas de

Alfonso X, Rey de Castilla: *"Deben haber buenas amas que hayan leche asaz e sean bien acostumbradas e sanas e fermosas e de buen linaje e de buenas costumbres e señaladamente que non sean muy sañudas"*⁽¹¹⁾.

El médico mallorquín Damià Carbó, en 1541 publica el Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños. En su obra, recoge la necesidad de cuidar la elección del Ama. Habla de la importancia de la edad, de la configuración y presencia de la buena nodriza, sus costumbres, la forma de sus pechos, la calidad de la leche, la experiencia, el género del lactante y si el parto fue bueno o malo. Del control y criba del producto se reitera y reafirma en que la densidad de la leche debe ser media (ni muy acuosa ni muy espesa), de color blanco, el olor suave, y de sabor dulce.

La novela picaresca española tampoco se olvida de las Amas y de los criterios para ser nodriza: *"Entre las condiciones que ha de tener el ama que los ha de criar, ha de ser que no beba vino, ni lo haya bebido en ningún tiempo"*⁽¹¹⁾.

En 1786 la prensa referencia el libro de Bonells como obra de obligada lectura. Jaime Bonells, médico de cámara de los duques de Alba y uno de los más prestigiosos de la época, con ocasión de iniciar un mayor control y mejora en los servicios dispensados por las nodrizas, aboga por aumentar la responsabilidad de los médicos en la selección de las madres de leche.

Su piel ha de ser *"fresca y de buen color, los ojos vivos, el mirar agradable, la boca sana sin mal aliento, las encías sólidas y coloradas, el pelo negro o castaño o rubio claro ('las Amas de pelo rojo o vermejo... tienen los humores más alcalescentes y están más sujetas a enfermedades cutáneas de mala calidad, lo que basta para no admitirlas por Amas'), la garganta algo levantada y ancha, los pechos medianos, consistentes y elásticos sin durezas, ni cicatrices, dispuestos a llenarse fácilmente de leche, y cuyas venas sean gruesas y patentes, los pezones encarnados, firmes, elevados, de proporcionado tamaño, y que moderadamente comprimidos despidan luego la leche a modo de regadera, las carnes fuertes, y el pellejo liso sin granos, postillas, ni cicatrices sospechosas. Debe a más de esto hacer bien todas sus funciones naturales, sin que huelga mal su transpiración; no ha de padecer flores blancas, ni tener indicio alguno de enfermedad habitual; no ha de ser primeriza, ni su edad menos de veinte ni mayor de treinta y cinco años. En fin debe ser aseada y cuidadosa, de genio dócil y afable, y de temperamento alegre y pacífico"*⁽¹⁶⁾.

No fue hasta mediados del siglo XIX cuando comienza a llevarse a cabo, verdaderamente, este proceso de selección en la búsqueda de nodrizas.

Los Boletines de provincia reseñaban las que por entonces eran condiciones indispensables para ser Ama. (ver anexo 4.A)

De la elección de Manuela Cobo como Ama de la infanta María de la Paz (hija de Isabel II), se desprenden no pocos datos en torno a cualidades y calidades de la buena nodriza. (ver anexo 4.B)

Benito Pérez Galdós incluye en su obra todas aquellas exploraciones y técnicas de las que se hacía uso...

"Había exploraciones de que, en otro lugar, se espantaría el recato. Curioso de durezas para distinguir lo muscular de lo adiposo; [...]. En un lado el facultativo examinaba areolas, [...], después de rebuscar vestigios, y poniendo en él la preciosa sustancia de nuestra vida, miraba junto a una ventana al trasluz la delgadísima lámina líquida entre cris-

tales extendida⁽¹¹⁾.

El Dr. García Camisón, ante la próxima maternidad de la que será segunda hija de María Cristina de Habsburgo-Lorena (segunda esposa de Alfonso XII), utiliza *“elementos técnicos que hasta entonces no habían sido empleados en el reconocimiento de las nodrizas. Pues a tal fin se adquirieron un granatorio sensible a un miligramo; una báscula Beranger, f.ª 1 k.º; un juego de pesas decimales; dos espátulas flexibles de 3x6 pulgadas; una pesa de orina Heller; tubos de ensayo; una pinza de hierro curva; una pipeta de cristal curva; una probeta de cristal pequeña y distintas cápsulas, etc. —todo este material estaba destinado al examen de la leche— y también se las hizo fotografiar*⁽¹⁴⁾.

Para la crianza de Alfonso XIII, el Dr. D. Esteban Sánchez Ocaña, *“acompañado de don Natalio Rodríguez, oficial de la Intendencia y gentilhombre de casa y boca, parte para Burgos, Asturias y Santander. Las condiciones que exigían a la nodriza eran las siguientes: 1ª. De diecinueve a veintiséis años de edad. 2ª. Compleción robusta y buena conducta moral. 3ª. Estar criando el segundo o tercer hijo; es decir, que habrá tenido otro u otros dos partos. 4ª. Leche, lo más de noventa días. 5ª. No haber criado hijos ajenos. 6ª. Estar vacunada. 7ª. Ni ella, ni su marido, ni familiares de ambos, habrán padecido enfermedades de la piel. 8ª. Será circunstancia preferente que la ocupación de su marido sea la del cultivo del campo*⁽²⁾.

Era necesario un examen físico exhaustivo de la nodriza. Se exploraba el estado de la dentadura, se reconocía la región cervical, se procedía a la auscultación y percusión de los pulmones, se examinaba el corazón y las funciones digestivas y se recomendaba la exploración de los órganos genitales. A continuación, la exploración de los pechos...

“El volumen de los pechos no indica nada sobre la cantidad de leche; lo que importa apreciar es el de la glándula, que se reconocerá por las nudosidades que forma; las mejores nodrizas tienen los pechos surcados por numerosas venas que se entrecruzan en la línea media; el pezón debe estar exento de grietas y ser largo y delgado, para que el niño pueda cogerlo bien.

La cantidad de la leche se puede reconocer pesando a su hijo después de haber tomado el pecho.

La calidad se reconoce dejando caer una gota en la uña del pulgar para ver si es espesa, pero el mejor medio de apreciar su riqueza en glóbulos grasos es el examen microscópico⁽¹⁵⁾, siempre y cuando el niño haya estimulado el pecho con varias succiones o después de haber tomado.

“La leche no debe ser muy reciente ni muy antigua; antes de los cuarenta días del parto no debe aceptarse una nodriza, por no conocerse ni la cantidad de leche que tendrá ni si la involución uterina se verificará del todo regularmente. La leche de más de ocho meses no conviene a los niños recién nacidos, teniendo además el inconveniente de que puede la nodriza quedarse sin ella antes del tiempo natural del destete.

Los casos en que una nodriza, después de criar a un niño, cría a otro inmediatamente después en perfectas condiciones, son excepcionales y no deben ser tomados por ejemplo. Entre la edad del niño y la de la leche de la nodriza, lo mejor y más conveniente es que no haya más de cuatro meses de diferencia⁽¹⁵⁾, de esta manera la oferta y la demanda esta-

rán compensadas y el flujo de leche asegurado.

Antes de la Guerra Civil (1936-1939) la Enciclopedia Espasa recogía la definición de nodriza y algunos de los criterios para su selección... (Ver anexo 4.C)

7.- DISCUSIÓN.

Una alimentación variada, medida y natural, junto con la actividad física integrada en las labores de la vida cotidiana, son responsables de la salubridad de la que presume la mujer pasiega. *“Lo que denominamos la industrialización del farming es un fenómeno del siglo XX*⁽¹⁶⁾. La agricultura y ganadería intensivas forman parte de nuestra realidad necesaria, pero no deben dejar de suscitar un punto de vista crítico y constructivo, prefiriendo lo natural y poco manipulado. El contacto con la naturaleza y la adquisición y mantenimiento de hábitos de vida saludables, son un clásico en la educación para la salud, cuya reiteración y sugerencia deben formar parte de nuestra práctica profesional.

La tranquilidad y la alegría del Ama aseguraban el flujo de leche. La secreción de prolactina y oxitocina se ve favorecida por estas circunstancias de goce y suma disponibilidad al acto de amamantar. *“Es necesaria la secreción de determinadas endorfinas para que se libere a su vez la hormona de la lactancia: la prolactina*⁽¹⁷⁾. Un lugar cálido, el silencio o la falta de disturbio y una luz tenue, facilitan la lactancia. No es extraño que el lugar idóneo para dar de mamar fuera uno cercano a la cocina en la cabaña pasiega o la búsqueda, por parte del Ama, de privacidad y recogimiento. Bajo estas circunstancias, la liberación de endorfinas genera una relación de dependencia-vínculo favorable al mantenimiento de una lactancia satisfactoria. *“El nivel máximo de oxitocina está asociado con un nivel alto de prolactina, [...]. Ésta es la situación más típica de expresar amor a los bebés*⁽¹⁸⁾. Los lazos de leche establecidos entre el Ama y el lactante eran poderosos, y con frecuencia la relación que se establecía entre ambos duraba más allá del período de amamantamiento. Por otro lado, la prolactina u hormona maternal, *“tiende a inducir estados de subordinación y sumisión*⁽¹⁶⁾ que harán posible una mejor adaptación de la madre a las necesidades de su hijo. En definitiva, la mujer que da de mamar se encuentra en un equilibrio hormonal universal y precioso.

Los bebés están más contentos y tranquilos cuando están cerca de su madre. La pasiega se acompaña día y noche de su hijo durante la lactancia. Concilia su quehacer diario con el deseo de amamantar a su niño. Alentar la paciencia y ofrecer recursos ante el cambio, son útiles en la incorporación de la madre a su puesto de trabajo durante la lactancia.

“La duración de la lactancia y las estructuras familiares son dos temas que no se pueden separar⁽¹⁹⁾. Bien lo sabían quienes apretaban a sus esposas a buscar Ama, constituyéndose entonces suficiente justificación para la cría ajena. La prolactina reduce el deseo sexual y la posibilidad de un nuevo embarazo. Respetar los tiempos de la puérpera y el conocimiento de esta circunstancia, evitará sentimientos de frustración en la pareja y les responsabilizará en la consecución de una sexualidad satisfactoria.

La disposición corporal de las Amas favorece el desarrollo

de sus pechos y las hace especialmente acogedoras al lactante. La higiene postural ha de ser tenida en cuenta durante la gestación, procurando la prevención y mejora del aumento de la lordosis lumbar inducida por la clásica postura de 'embarazada'. Más tarde, la consiguiente modificación de las cargas tras el parto, hace que sea más difícil eliminar ciertas figuras corporales a la hora de dar de mamar. Matrona y puérpera trabajarán juntas en la adquisición de posturas proclives a la lactancia.

Las amas de cría tenían como costumbre acunar a sus bebés. Cuando el niño va en la cuévana se ve favorecido por el estímulo de balanceo indirecto del caminar de su madre, y más tarde, cuando se descarga la cuna ambulante y la apoya sobre el suelo, las 'ajurricaderas' contribuyen al consuelo del lactante. *"El arrullar y hamacar a un bebé ha sido subestimado desde el principio de siglo"*⁽²⁰⁾. La coordinación y el equilibrio se ven favorecidos con el estímulo que lleva implícito el arrullo.

En la tierra de las amas de cría es común el uso y disfrute de las canciones de cuna. La estimulación prenatal y postnatal suscita no poco interés entre todos aquellos implicados en la crianza. La voz de la madre es estímulo, y cuando se convierte en melodía, aún más. *"Cuando la madre canta, esto representa para*

el bebé, antes y después del nacimiento, estimulaciones más ricas que cuando la madre habla"⁽¹⁹⁾. Cantar es una necesidad humana universal que induce desinhibición y favorece la expresión de emociones. Además, *"el canto se puede considerar un ejercicio respiratorio"*⁽¹⁷⁾.

Para dar de mamar lo más importante es dar de mamar. Nuestra función es la de facilitar la liberación del verdadero potencial instintivo humano, la de guardar a los protagonistas para que nadie perturbe esta relación de dos. ¡Qué no se entere el Ama!

8.- AGRADECIMIENTOS.

A la Unidad Docente de Matronas de la Comunidad Valenciana y en especial a su directora, Laura Fitera Lamas, por tutorizar mi trabajo.

A María del Carmen Manteca Ruiz, por su entera disposición, información y ayuda.

A cada una de las familiares de las Amas, por su colaboración en la documentación del trabajo.

9.- BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Real Academia Española [sede Web]. Diccionario de la lengua española. 22ª edición. 2001; Disponible en: <http://www.rae.es>.
- 2.- García Lomas A. Los Pasiegos. 2ª edición. Santander: Estudio Santander; 2002.
- 3.- Pardo Bazán E. Por la España Pintoresca. 1ª edición. Barcelona: López A, editor; 1895.
- 4.- De Escalante A. Las mujeres españolas, portuguesas y americanas tales como son en el hogar doméstico, en los campos, en las ciudades, en el templo, en los espectáculos, en el taller y en los salones. Guijarro M, editor. Madrid; 1872.
- 5.- García Castañeda S. Los montañeses pintados por sí mismos: Un panorama del costumbrismo en Cantabria. Santander: Concejalía de Cultura del Excmo. Ayuntamiento de Santander; 1991.
- 6.- Leal A. De aldea a villa: historia chica de las tres villas pasiegas. Vega de Pas- Cantabria: Asociación Científico Cultural de Estudios Pasiegos; 1991.
- 7.- Gautier T. Viaje por España. Barcelona: Editorial Taifa; 1985.
- 8.- Sarasúa García C. Criados, nodrizas y amos. El servicio doméstico en la formación del mercado de trabajo madrileño 1758-1868. 1ª edición. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A; 1994.
- 9.- De Navas J. Elementos del arte de partear. Madrid; 1815.
- 10.- Cotera G. El traje en Cantabria. Santander: Editorial Cantabria; 1999.
- 11.- Fraile Gil JM. Amas de cría. Santander: Fundación Centro de Documentación Etnográfica sobre Cantabria (CEDESC); 2000.
- 12.- Arnaiz M. La leche materna de las nodrizas cántabras crió a reyes, aristócratas y burgueses. El Diario Montañés. 12 Oct. 2008; Secc. Sociedad.
- 13.- Ramos Sainz ML. La lactancia materna un reto personal. 6ª edición. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria; 2007.
- 14.- Junceda Avello E. Ginecología y vida íntima de las reinas de España. Madrid: Ediciones Temas de Hoy; 1992. Vol 2.
- 15.- Recasens Girol S. Tratado de obstetricia. 6ª edición. Barcelona: Salvat Editores, S.A; 1932.
- 16.- Odent M. El Granjero y el Obstetra. Buenos Aires: Editorial Creavida; 2002.
- 17.- Odent M. El bebé es un mamífero. 2ª edición. Santa Cruz de Tenerife: Editorial OB STARE; 2007.
- 18.- Odent M. La Vida Fetal, el Nacimiento y el Futuro de la Humanidad. Textos escogidos de Michel Odent. Santa Cruz de Tenerife: Editorial OB STARE; 2007.
- 19.- Odent M. La científicación del amor. Buenos Aires: Editorial Creavida; 2001.
- 20.- Odent M. Nacimiento Renacido. 2ª edición. Buenos Aires: Editorial Creavida; 2005.
- 21.- Cortés Echánove L. Nacimiento y crianza de personas reales en la corte de España entre 1566-1886. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Escuela de Historia Moderna; 1958.
- 22.- González Santos C. Nodrizas pasiegas. Historia y leyenda de una emigración. Santander: Diputación Regional de Cantabria; 1991.

ANEXO 1 - A	
LA CRIA Y EL PAS 2007-2009	
Introducción	
¿Cuál es su nombre completo?	
¿Cuántos años tiene?	
¿Dónde nació?	
¿Dónde vive?	
¿Qué relación tiene con las amas de cría pasiegas?	
¿Por qué las pasiegas y no otras? ... características físicas y carácter de la mujer pasiega. ... criterios de selección para la elección del Ama.	
¿Cuál era el día a día de las ama de cría en el Pas? ... de que se alimentaban. ... que tareas tenían asignadas. ... donde viven, trashumancia. ... con cuantos años conforman la familia. ... cuantos hijos tenían. ... quienes vivían con la pareja. ... cuales eran las redes de apoyo del Ama.	
¿Qué métodos utilizaban las amas de cría para tener y mantener la buena leche? ... duración de la lactancia, frecuencia de las tomas, duración de la toma, posición, lo hacían acompañadas o solas. ... destete. ... cuidados de las mamas. ... empleaban algún tipo de sujeción para los pechos. ... tomaban algún líquido o comían algo antes, durante o después de la toma. ... que alimentos fomentaban y cuales reducían la secreción secreción de leche. ... cría: dormían con el lactante, lo llevaban consigo donde iban, lo cantaban, lo fajaban, con que lo vestían, higiene del niño.	
¿Por qué el traje de pasiega se estableció, durante un tiempo, como el de nodriza en España? ... simbolismo de la indumentaria y complementos. ... evolución del traje con el tiempo. ... medio de transporte del rorro.	
¿Cree que las canciones de cuna pasiegas contribuyen a alimentar la tradición oral del pueblo que las vio nacer? ... canciones de cuna que cantaban. ... balanceo y si acunaban a los niños.	
¿Cuál era la consideración social de las amas de cría fuera y dentro del Pas?	
¿Qué impacto tuvo en la familia pasiega la salida de estas mujeres en el desempeño de la crianza ajena? ... como influye en la pareja. ... quienes crían a sus hijos cuando salen del Valle.	
¿Cuál es el reflejo de la herencia de estas mujeres en el ejercicio de la lactancia materna actualmente?	
Despedida	

ANEXO 1 - B

Conversación (27/12/2008) con Arsenia Mantecón Ruiz, nacida en (Vega de Pas, 1962) y conversación (verano 1008) con Casimira Collado Espinosa (Extremadura, 1952), guía del Museo Etnográfico de las Tres Villas Pasiegas: *"La cabaña de verano también se llamaba de 'braniza' y la cabaña de invierno era la vividora. El trevijo es el caldo de la mantequilla y el suero el caldo del queso. El trevijo tiene mucha grasa y es un alimento muy nutritivo. La leche recién ordeñada debía enfriarse en un 'cuvío' o 'natadero'. Los odres servían para batir la nata. Para separar la nata de la leche usaban las ollas de espita. La cabaña pasiega era baja. Abajo estaba la cuadra y encima el pajjar, el lar y la habitación. Tenían uno o dos cerdos que no criaban y sacrificaban una vez al año. Tenían vacas, gallinas... Salaban para conservar. El clima húmedo no permitía que los alimentos se curaran. Tomaban pocas verduras, sobretudo berza y repollo. Pescado poco. Los montes de Pas se poblaron de arriba hacia abajo. Pas significa paso. Eran el paso entre Burgos y la provincia de Santander. La procedencia de los pasiegos es mitad burgalesa y mitad cántabra. Había judíos pero eran pocos. Casi todos los pasiegos tenían una o varias colmenas."*

Conversación (8/03/2009) con Gabrielina Manteca Fernández (Selaya, 1968), nieta de Elvira Saiz Trueba, ama en Madrid y Barcelona: *"Mi abuela siempre me hablaba de los paseos que daba por El Retiro, la formidable ropa que le compraban y el buen trato que recibía. Crió durante dos años. Mantuvo relación con las familias prácticamente hasta su muerte. La tristeza de la partida era atenuada por el hecho de dejar a su niño en buenas manos, su padre y abuelos, y por el de conseguir que nos les faltase de nada. En algunos casos llegaban a ganar desde 50 ó 60 hasta 100 pesetas al mes que a principios del siglo XX era mucho dinero."*

Conversación (21/07y 26/12/2008) y correo electrónico (15/09/2008 y 14 y 21/01/2008) con M^a Carmen Manteca Ruiz (Selaya, 1960), nieta de Consolación Gutiérrez Diego, ama en Barcelona, y biznieta de Librada Pérez, ama en Santander, Bilbao y Madrid; Generosa Gómez; Felicitas Diego, ama en Madrid, y Gregoria Sainz: *"La muda es cambiar las vacas de una finca a otra. En invierno se quedan en las zonas del valle y en verano en la montaña. Es una forma de trashumancia. Tenían vacas, ovejas y cabras. Las Amas eran gente de pueblo. Tenían que pertenecer a una familia 'respetuosa'. Eran gente humilde y ganadera. Tenían que estar casadas y tener dos hijos al menos. Con experiencia de haber 'criao'. No debían tener ningún diente 'picao', ninguna mancha ni ningún eccema en la piel. Les hacían una 'analítica' para ver como era la leche. Daban de mamar a su propio hijo 15 o 20 días y luego marchaban a dar de mamar. Cuatro o cinco médicos las seleccionaban. Hasta 1945 o 1950 hubo amas de cría. Tenían muy buena salud. Los alimentos que tomaban no estaban contaminados. Tenían que dejar a un niño 'pequeñuco' y a otro recién nacido. No habían salido nunca del valle. El uniforme de las Amas en Madrid era el de pasiega de gala. Usaban colores muy vivos. Tenían ropa de verano e invierno. Antes de dar de mamar tomaban un vasito de leche caliente y buscaban un sitio cálido y tranquilo. Cuando tenían poca leche tomaban cerveza en las comidas. Era cereal puro. Además, tomaban infusiones de hinojo. Todo lo que comían eran productos naturales. Cuando una mujer acababa de parir le daban caldo de gallina. Toda la comida era muy sana. Matan un cerdo al año. Tomaban legumbres y compraban sardinas, arenques y bacaladas que eran muy baratas. 'Pescado' no había mucho y lo traían las renoveras. Son muy independientes, entre los vecinos se pueden ayudar pero luego cada uno a su casa. El apretón de manos mirando a los ojos valía más que una firma. A los niños les tenían muy apretaditos para que el ombligo no se herniara al llorar. Llevaban el pelo recogido para que el niño y el cuévano no les tiraran. Llevaban amuletos de coral, alamares, monedas de oro y plata con la cara de Alfonso XII o XIII y que luego convertirán en pendientes. Todos los trajes guardaban la misma estética pero ninguno era igual. Cuando el niño 'salía' le daba de mamar, incluso por la noche, más o menos solía ser cada tres horas. Cuando tenía gases le daba anises. El auténtico pasiego es muy bueno pero muy vago. No le gustan los horarios ni los amos y le gusta trabajar al aire libre. Los pasiegos son emprendedores. Ningún Ama se quedaba y regresaban tras dos años de estar criando. Los domingos por la tarde salían a pasear con sus señoras y no tenían vacaciones. Eran educadas, sumisas y muy hogareñas. El colchón del cuévano niño se hace con hojas de panoja seca. Cuando el niño hacía pis no dejaban pasar la humedad y no pesaban. En la parte de abajo llevaban el estraperlo y encima el niño. El cuévano niño tiene 'ajurricaderas' para mecer al niño cuando se apoya en el suelo. Usaban una 'manina' de azabache negro y dientes de ajo para ahuyentar los malos espíritus y el mal de ojo. Los ponían 'colgaos' del aro. Los niños llevaban unos patucos, un gorrito, una 'camisetuca' y una toquilla. Cuando estaban en la aldea no usaban sujetador y empleaban un corpiño para sujetar los pechos. Con el tiempo tendrían sujetador y colocaban un lacito en el pecho por el que tenían que empezar la siguiente toma. Se alimentaban de patatas, leche, carne, cerdo, gallina... Usaban sujetada*

de algodón hechos por ellas y que no podían oprimir el pecho. Tomaban un vasito de leche caliente antes de dar de mamar y siempre cerca de la cocina para no tener frío. Se daban mantequilla en los pezones cuando tenían grietas. También aplicaban su propia leche tras la toma. Dos meses antes de parir, por las noches, se daban una frotación de alcohol para que no se agrietaran los pezones y la piel estuviera curtida. Además del talco, les daban con aceite puro de oliva como si fuera una crema y los niños no se escocían ni les salían 'pupitas'. No se fajaban en el destete por que daban dos años y medio el pecho y se hacía de manera progresiva. A partir del año comían lo que comían sus padres en forma de papilla... Cuando se ponían los pechos malos y les daba fiebre, el médico les abría el pecho para sacarles la leche mala y se ponían paños calientes. Se casaban muy jóvenes y tenían los hijos jóvenes. El matrimonio se independizaba y vivía con sus hijos. Tenían muchos hijos pero muchos morían. A veces también algún abuelo. Los niños recién nacidos dormían con sus padres acostados en la cuévana o canastra. En el cuévano niño permanecían diez meses e incluso el año, ya que para darles de mamar era más cómodo. Les daban de mamar en la cocina o donde dormían, pero siempre con calor. Con respecto a las amas de cría, es muy relevante el papel que destacaron en la familia las abuelas de los niños. Sin ese papel de madre-abuela los niños de las pasiegos no se hubieran podido criar. Muchas abuelas también fueron nodrizas y sabían lo que sus propias hijas añoraban y sufrían por el abandono temporal de sus hijos ante la falta de dinero e ingresos. Los pasiegos vivían en una zona muy agreste y de difícil comunicación que favoreció su protección del exterior e hizo que tuvieran un carácter muy fuerte ante las adversidades. El origen de la palabra pasiego no está claro. Los montes de Pas eran conocidos como zonas de pastizales de los señores feudales de Castilla. Tenían mucho ganado pero les faltaba el pasto. Como tenían que pasar entre las montañas dicen que el nombre puede venir también de los 'pasos'. También puede tener su origen en 'paciego' que significa gente de paz."

Conversación (08/03/2008) con Abelina Gutiérrez Fernández (Selaya, 1953), nieta de Filomena Carral Cobo, ama en Madrid, y Abelina Carral Fernández, ama en Barcelona: *"Mis dos abuelas contaban y coincidían en el buen trato que les daban. También de las peticiones de opinión en lo concerniente a la cría y alimentación de los niños. Mi abuela Abelina fue después 'ama seca' pasando a encargarse de la vigilancia, el cuidado y la disciplina del niño."*

Conversación (08/03/2009) con Margarita Crespo Crespo (Selaya, 1936), hija de María Crespo Crespo, ama en Bilbao, y hermana de leche de María Luz, hija de los Condes de Zubiria: *"Mi madre marchó a Bilbao cuando yo tenía 20 días. Soy hermana de leche de María Luz hija de los Condes de Zubiria y mantengo relación con ella y su familia. El hijo de los condes llegó a montar una yeguada en Selaya y cuando murió mi madre las familias donde prestó servicio vinieron al entierro. Aún hoy recibo aguinaldos y recuerdos de esta familia."*

Conversación (10/01/2009) con Encarnación Sáez Trueba (Selaya, 1933), es nuera del ama Mercedes Abascal y convecina del ama Pilar Gutiérrez: *"Se alimentaban de productos naturales cultivados por ellas y su familia. Leche, carne de sus animales y legumbres, nueces y castañas, queso, patatas asadas y pan hecho con harina de maíz. Daban de mamar dos años. Cuando el niño lloraba le daban de mamar hasta que ya no quería más. Daban de mamar sentadas en una silla baja, al lado del fuego, solas en un sitio tranquilo. Durante el destete, le daban leche de vaca rebajada con agua y polenta hecha con harina de maíz. Cuando aparecían grietas se daban manteca de cerdo, mantequilla y aceite. Para sujetar los pechos utilizaban una tela llamada justillo. Antes de dar el pecho tomaban un vasito de leche caliente. También tomaban un tipo de cerveza negra que aumentaba la cantidad de leche. No tomaban comidas condimentadas con perejil. El lactante dormía en la canastra y le llevaban donde iban y le cantaban..."*

Conversación (27/12/2008) con Bienvenida Ruiz Gutiérrez, nacida en (1926, Selaya), hija y nieta de amas y nuera del ama Valvanuz Gutiérrez Sainz: *"Las pasiegas son niñas y cariñosas. Recién paridas tomaban chocolate, mantequilla y caldo de gallina. Daban de mamar dos años. Sentadas, utilizaban una silla baja. Los primeros días para que 'aflojara' y como el niño no tenía fuerza, le daban de los dos. Luego se vacían uno, y si tenía hambre, el otro. ¡Los niños son como relojes! y cuando lloran les dan de mamar. Permanecían fajados durante un año. Procuraban colocar al niño de lado cuando daban de mamar. Tomaban un vasito de leche caliente antes. Daban de mamar solas. A veces se arrodillaban y daban de mamar al niño sin sacarlo del cuévano niño para que no se enfriara. Daban de mamar porque veían a las mujeres dar de mamar y cuando surgía algún problema se ayudaban unas a otras. No les bañaban, les lavaban sobre todo la cara, el cuello, las axilas y el culo."*



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Estudio sobre la utilización de la contención mecánica en una población geriátrica



Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

*X Premio de Investigación en Enfermería
del Colegio Oficial de
Enfermería de Cantabria.*

Autoras:

Arrate Astigarraga Suárez^(*)

Enfermera del Hospital de Laredo

M^a Carmen Aristín Ortega

*Enfermera del Hospital Universitario
Marqués de Valdecilla*

Esther Fernández Rivera

Enfermera de la Residencia La Caridad

Beatriz García Aja

Enfermera de la Residencia La Caridad

()Dirección para correspondencia:
arrateas@yahoo.es*

Recibido: Mayo 2012

Aceptado: Septiembre 2012

RESUMEN

El uso de contenciones físicas y/o mecánicas es habitual entre la población geriátrica de nuestro país. Es más habitual entre los que sufren un deterioro cognitivo (crónico o agudo), pero también se utiliza en personas ancianas que no sufren ningún tipo de deterioro cognitivo.

Esta práctica se realiza con la intención de aumentar la seguridad de los ancianos, aunque está demostrado en diferentes estudios los riesgos asociados al uso de las contenciones (estrangulamientos, lesiones cutáneas, aumento de infecciones, disminución de la movilidad, ansiedad, aislamiento social, etc...).

El objetivo general es conocer el uso de la contención mecánica en una población geriátrica, así como los principales motivos que llevan al uso de este tipo de dispositivos.

Para ello se realizará un estudio observacional transversal prospectivo cogiendo como muestra a los 200 residentes de un centro geriátrico. La duración del estudio será de un año y las variables a estudiar serán: 1. Sexo ; 2. Edad; 3. Tipo de contención utilizada; 4. Escala de Barthel ; 5. Escala Minimental ; 6. Escala Bradem-Bergstrom ; 7. Motivo por el que se puso la contención ; 8 y 9. Duración de la contención; 10. Limitaciones del estudio (Baja temporal o definitiva del residente).

La información será recopilada a través de una hoja de recogida de datos que ha elaborado el equipo de investigadoras de este proyecto y también tras la revisión de las historias clínicas, para lo cuál contamos con la autorización del responsable del centro.

Palabras clave:

- Ancianos.
- Restricción física.
- Población geriátrica.
- Trastornos cognitivos.

ABSTRACT

The use of physical or mechanical restraints in geriatric population is a frequent practice in our country. Not only is it more often between those who suffer from a chronic or acute cognitive impairment, but also between those who do not have any.

This practice is done with the aim of increasing the safety for elderly people. However, several studies have shown the associated risks of using restraints as: (strangulation, skin lesions, increased of getting infections, decrease in mobility, anxiety, social isolation, etc. ...).

The goal of this study is to know the mechanical restraint used in the elders, as well as the main reasons about why somebody employ such devices.

A prospective cross-sectional observational study will carry out. The sample will be 200 nursing home residents. Study duration will be one year and the variables considered will be: 1. Gender; 2. Age 3. Kind of restraints used; 4. Barthel Scale; 5. Minimental Scale; 6. Bradem-Bergstrom Scale; 7. What the purpose was in employing them ; 8 the physical restraints lengths; 9. Study limitations (residents shall cause lost of sample temporary or definitively).

Information will be collected through a data collection sheet, which has been designed by the research team, from reviewing medical records. In order to reach this purpose we also obtained the authorization from the head of center.

Keywords:

- Elderly.
- Restraint physical.
- Home for the aged.
- Geriatric long-term care Institutions.
- Population.
- Delirium, Dementia, Amnestic, Cognitive disorders.
- Aged, 80 and over.

1.- INTRODUCCIÓN, ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA. MARCO TEÓRICO.

Se entiende por contención física y/o mecánica el uso de un dispositivo físico y/o mecánico para restringir los movimientos de una parte del cuerpo, o impedirlos en su totalidad, con el objetivo de prevenir aquellas actividades físicas que pueden poner en situación de riesgo o en peligro de lesión al enfermo o a otras personas de su entorno.

Desde un punto de vista ético, la contención física y/o mecánica es una medida de urgencia que debe utilizarse como último recurso, después de que hayan fracasado el resto de medidas alternativas¹. En cualquier caso, siempre que esté justificada la aplicación de una contención física y/o mecánica deberán respetarse los principios éticos básicos de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, dado que las medidas de contención pueden vulnerar algunos de los derechos funda-

mentales de la persona, como son el derecho a la libertad y a la dignidad².

Desde un punto de vista legal, las medidas de contención física y/o mecánica deben aplicarse de acuerdo a la legislación vigente: leyes generales que regulan el derecho a la información y la titularidad de tal derecho^{3,4}, así como normas básicas propias de las profesiones sanitarias, como el Código Deontológico, sin olvidar la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Es decir, no existe una ley que regule específicamente la utilización de las contenciones físicas y/o mecánicas, ni de las farmacológicas, lo que provoca su libre interpretación y uso por parte de profesionales, cuidadores y organizaciones.

La aplicación de la contención física y/o mecánica en las residencias geriátricas españolas es muy frecuente y así lo demuestran los distintos estudios científicos. Un estudio comparativo⁵ realizado en 1997 en ocho países sobre el uso de esta medida de actuación muestra en sus resultados un porcentaje de prevalencia que va desde el 2,2% al 39,6%, correspondiendo esta última

cifra a España. De los ocho países analizados en dicho estudio (EEUU, España, Japón, Suiza, Italia, Islandia, Francia y Dinamarca) España supera en más de la mitad a su inmediato antecesor, Italia, cuya prevalencia es del 16,6%. Posteriormente, un estudio⁶ llevado a cabo en 2008 en varias residencias públicas de Madrid sitúa la prevalencia en un índice que oscila entre el 8,4% y el 20,8%. Es obvio que el uso de la contención física y/o mecánica ha disminuido en la última década, pero sus cifras de prevalencia siguen siendo muy elevadas en España.

Este trabajo de Galán Cabello et al da a conocer unos resultados muy dispares, al mostrar un incremento en el porcentaje de prevalencia que va del 8,4% al 20,8%. Este aumento se debe a la inclusión del uso de doble barandilla en la cama considerándola también como contención. Algunos autores se cuestionan el uso de la doble barandilla y la catalogan, incluso, como alternativa a las otras contenciones. Esto es debido al concepto, a veces ambiguo, de contención física y/o mecánica, que provoca que existan resultados diversos en los estudios de prevalencia de esta práctica. Es importante aclarar los términos que se pueden considerar como contención física y/o mecánica para poder obtener resultados reales y comparables entre sí.

Todos los artículos y estudios revisados enumeran casi las mismas razones por las que los profesionales cuidadores justifican el uso de la contención física y/o mecánica. La razón principal es la de dar seguridad a los pacientes más frágiles y así evitar caídas y lesiones; la segunda razón es el manejo de la agitación; la tercera, prevenir la interferencia del paciente en los tratamientos o proteger instrumentos de monitorización. El control de las alteraciones de conducta y cognitivas, evitar el vagabundeo y mantener una correcta posición anatómica son otras de las razones que se dan para su aplicación⁷. Algunos autores sugieren que el uso de la contención física y/o mecánica es, a veces, debido más a la conveniencia de los profesionales cuidadores que a razones terapéuticas o de seguridad. El logro de metas organizativas, el mantenimiento de entornos sociales cómodos, aliviar problemas de escasez o de formación adecuada del personal dedicado a la atención directa, así como enmendar defectos en el diseño de los espacios físicos destinados a la atención de estos grupos de personas mayores son en muchas ocasiones las razones reales que llevan al uso de la contención.

Tan reales son estas justificaciones, como graves las posibles consecuencias del uso de la contención física y/o mecánica. En todo tratamiento terapéutico ponemos en una balanza los beneficios que queremos obtener de él comparándolos con los efectos secundarios que se pueden llegar a dar como consecuencia de su uso. No existe ningún estudio que demuestre que las contenciones físicas y/o mecánicas benefician al anciano, pero si existen claros resultados sobre los efectos no deseados de las mismas. Los estudios muestran como el uso de las contenciones físicas y/o mecánicas provocan estrés severo, agitación, riesgo de laceraciones, mayor proporción de accidentes severos secundarios a caídas, aislamiento del entorno, posibilidad de muerte por asfixia⁸ y otras tantas derivadas de la propia inmovilidad del anciano, como son la incontinencia, riesgo de UPP, mayor porcentaje de infecciones y pérdida de capacidad funcional para la realización de las AVD. En resumen, deterioramos, más si cabe, a una población frágil en beneficio de las instituciones residenciales por carecer de los medios adecuados y necesarios para el cuidado de nuestros ancianos.

Existen diversas alternativas descritas en la bibliografía que pueden contribuir a crear centros residenciales de calidad. Revisando dichas alternativas, encontramos, entre otras, las siguientes medidas a tener en cuenta, tanto por los profesionales cuidadores, como por los directivos de las distintas residencias geriátricas que existen en nuestro país. En ancianos confusos y/o agitados, fomentar la compañía y supervisión, disponer de objetos personales, orientar e informar en todo momento al anciano, dejar una luz encendida por la noche, ubicarle lo más cerca posible del control de enfermería, utilizar camas bajas sin barrotes, dejar el timbre a su alcance y todas las que se nos puedan ocurrir para que se sientan seguros, disminuyendo así su estado de ansiedad. En ancianos que tienden al vagabundeo ayudan las actividades físicas, como radio, televisión, música, ejercicio y terapia ocupacional, y contar con brazaletes de identificación, amplios espacios, jardines para pasear, sistemas de alarma en la habitación, puertas de salida solo manipulables por personas con normal situación cognitiva e incentivos que refuercen determinadas conductas.

El uso de contención física y/mecánica en pacientes que portan mecanismos de monitorización o tratamiento no deben superar los 3-5 días, pues pasado ese tiempo es más que discutido que sea apropiado para el anciano. En estos casos ha de buscarse la alternativa más adecuada, como la alimentación oral frente al aporte intravenoso o enteral, o la retirada de drenajes, sondas vesicales y catéteres si la medicación puede ser aportada por vía oral o intramuscular.

Del mismo modo, todos los profesionales cuidadores podemos aportar nuestras propias alternativas para evitar el uso de la contención física y/o mecánica. Y si no existe alternativa posible, por ser esta inefectiva en el sujeto a tratar, utilizar las contenciones de forma adecuada ajustándonos a un protocolo de actuación estandarizado. De esta manera en EEUU se redujo en un 50% la prevalencia del uso de la contención física y/o mecánica gracias a OBRA (Omnibus Budget Reconciliation Act), la mayor reforma legal de la práctica de los cuidados médicos en residencias, llevada a cabo en el año 1990.

Este esfuerzo por reducir el uso de la contención tiene un predecesor histórico en el siglo XVIII en Francia, donde el doctor Philippe Pinel fue uno de los primeros en retirar los grilletes a los enfermos mentales en un hospital de París.

En la actualidad existen varios proyectos en España que favorecen la supresión de las contenciones, tanto físicas y/o mecánicas, como farmacológicas. Así, en el año 2010 la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA) recibió el Premio Príncipe de Viana de Atención a la Dependencia, otorgado por el Gobierno de Navarra, por su Proyecto 'Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer'⁹. Este proyecto fue creado en el año 2005 y se corresponde con una iniciativa aglutinante de voluntades y hechos encaminados a conseguir que las personas mayores y enfermos de Alzheimer vivan libres de restricciones de cualquier tipo y en cualquier lugar o momento. En España la iniciativa es absolutamente innovadora, lo que la ha convertido en la única referencia para todos los colectivos interesados, suscitando el interés de participación de organizaciones profesionales, asistenciales y administraciones, que ahora se están tomando más en serio esta práctica.

En la misma línea, el 14 de octubre de 2011 se publicó en el BON (Boletín Oficial de Navarra) el Decreto Foral 221/2011, de

28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los Servicios Sociales Residenciales de la Comunidad Foral de Navarra¹⁰. Esta región es la primera que ha legislado en España el uso de sujeciones, iniciativa que fue premiada por 'Diario Médico' como una de 'Las mejores ideas de la Sanidad del año 2011' en el apartado de Iniciativa Legal, Ética y Deontológica. Este Decreto de Sujeciones (DS) regula, tanto el uso de sujeciones físicas y/o mecánicas, como los tratamientos farmacológicos en los centros residenciales y de día destinados a personas con alguna discapacidad física y/o psíquica y a la tercera edad. El DS consta de 5 capítulos, regulando inicialmente el objeto y ámbito de aplicación, definiendo la sujeción física y/o mecánica y farmacológica y estableciendo los principios (dignidad, libertad y autonomía) y derechos (trato digno, valoración individualizada y derecho a la información previa y rechazo a la medida según lo previsto en la legislación vigente) de las personas usuarias sometidas a sujeciones.

2.- OBJETIVOS.

• Objetivo general:

Estudiar el uso de la contención mecánica en una población geriátrica.

• Objetivos específicos:

- > Conocer la duración de la contención.
- > Conocer la prevalencia de los tipos de contención.
- > Conocer la relación entre la contención y el deterioro cognitivo.
- > Describir los motivos que llevan a cada tipo de contención.
- > Describir la relación directa entre aparición de úlcera por presión y contención.
- > Descubrir la relación entre dependencia y contención.

3.- METODOLOGÍA.

Se realizará un estudio observacional transversal prospectivo a lo largo de dieciocho meses. Para ello se tomarán como muestra a 200 usuarios de una residencia geriátrica de Cantabria.

Dentro de estos residentes tendremos en cuenta los distintos grados de autonomía/dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, así como su nivel de deterioro cognitivo.

• Criterios de inclusión

Todos los residentes que precisen la utilización de sujeciones físicas a lo largo del tiempo que dure el estudio. Esta parte del proceso comenzará una vez el residente tenga pautada la contención. Esta información será registrada en su historia clínica mediante el consentimiento informado (anexos 1.1 y 1.2) y nuestra ficha (anexo 2), la cual se revisará diariamente.

• Variables

- 1.- *Sexo*: tiene dos posibles resultados: hombre o mujer.
- 2.- *Edad*: se registrará la fecha de nacimiento del residente.
- 3.- *Tipo de contención*: los usados en el centro son: barras en

cama (una o dos); cinturón en cama; cinturón simple en silla; cinturón torácico en silla, cinturón pélvico en silla; sábana de sujeción y muñequeras (actualmente en uso aunque no lo refleje el consentimiento informado). Se puede dar la circunstancia de que se use más de un tipo simultáneamente.

4.- *Escala de Barthel*: define el grado de autonomía/dependencia del residente. (anexo 3)

5.- *Escala mini-mental (MEC)*: valora el deterioro cognitivo en función de una serie de pruebas que se pide al residente que realice. (anexo 4)

6.- *Escala Bradem*: valora el riesgo de aparición de úlceras por presión basándose en seis ítems. (anexo 5)

7.- *Motivo por el que se pone la contención*: en esta variable hemos acotado las causas, pensando sólo en las que creemos más frecuentes y estas son: riesgo de caída/autolesión; por propia petición del residente; destrucción de material sanitario o del centro; falta de personal; otros.

8.- *Duración de la contención*: se tendrá en cuenta la fecha en que se pauta y se suspende. Una vez se registren las dos fechas se pondrá el número de días que duró.

9.- *Clasificación temporal de la contención*: esta variable está directamente relacionada con la anterior. Se divide en: puntual (si dura menos de un día); temporal (entre 1 y 180 días) y permanente (más de 180 días). Actualmente, en el centro, se llevan a cabo revisiones por parte del personal facultativo (médicos y enfermeras) cada 180 días.

Todas estas variables son nominales ordinales a excepción de la edad, que es numérica. Las escalas de dependencia; deterioro cognitivo y riesgo de aparición de úlceras dan un valor numérico que se transforman en nominal a través de unas tablas de conversión. Estas son:

- Escala Barthel:
 - <20 dependiente total.
 - 20-35 dependencia grave.
 - 40-55 dependencia moderada.
 - ≥60 dependencia leve.
 - 100 independiente.
- Escala minimental:
 - ≤14 deterioro grave.
 - 5-19 deterioro moderado.
 - 20-24 deterioro leve.
 - 25-29 borderline.
 - 30-35 normal.
- Escala Bradem:
 - <13 alto riesgo.
 - 13-14 riesgo moderado.
 - >14 bajo o ausencia de riesgo

Estas escalas son realizadas al ingreso del residente en el centro y revisadas al mismo tiempo que la contención.

• Análisis de los datos:

Para el análisis estadístico se usará el programa SPSS versión 15.

Para las variables cualitativas se realizará el cálculo de porcentajes con su intervalo de confianza de 95%. En el caso de las variables numéricas emplearemos la media aritmética y la desviación estándar.

La comparación entre los datos cualitativos se realizará me-

dian­te el test *Chi cuadrado*. Los datos cuantitativos se com­para­rán mediante el test de *t-student*.

Para la representación gráfica de los resultados se emplea­rán las tablas de contingencia, el diagrama de barras y el de sectores.

• Limitaciones del estudio:

Las limitaciones del estudio vendrán dadas por la pérdida de un sujeto sin que esté relacionada con su mejoría. Se han considerado dos tipos de circunstancias: baja definitiva (éxi­tu­so/traslado a otro centro) y baja temporal (ingreso hospita­lario/periodo vacacional).

Otra de las limitaciones la encontramos a la hora de hacer el test minimal, ya que pueden aparecer casos de analfabe­tismo e imposibilidad física (ceguera). En estos supuestos, se calculará la puntuación total corregida con una regla de tres. Por ejemplo: si el usuario es ciego y no puede acceder a 4 de los 35 puntos posibles, la puntuación final se calculará sobre 31 puntos.

4.– ASPECTOS ÉTICOS.

Se solicitará la aprobación de dicho proyecto por el Comité Ético de Investigación Clínica respetando la normativa actual vigente. Así mismo, se pedirá permiso a la directora del centro elegido para el estudio a través de una carta (anexo 6) elaborada por el propio equipo investigador.

Con los datos personales se mantendrá la confidencialidad de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal.

5.– UTILIDAD DE LOS RESULTADOS.

Con nuestro estudio y con otros similares a este queremos po­ner de manifiesto la situación real del uso de la contención física y/o mecánica en la población geriátrica en España. De esta ma­nera, las instituciones pertinentes podrán crear un marco ético y legal específico sobre su aplicación, diferenciando debidamente las medidas que se consideran contención de las que no lo son. Así mismo, este estudio contribuirá a que se modifiquen las dis­posiciones generales de Cantabria¹¹ que regulan los espacios de residencias geriátricas para conseguir un entorno libre de con­ten­ciones para los ancianos que viven en ellas. Al crear espacios abiertos y libres de peligros potenciales creemos que se reduci­rían considerablemente el número de contenciones. Además, se favorecerá la creación de protocolos estandarizados que sean de obligado cumplimiento en dichos centros.

Concretamente, en el centro residencial a estudio, es previsi­ble que nuestro proyecto nos de las pautas para realizar una modificación o remplazo del consentimiento informado vigente en el centro, reflejando de forma clara y sencilla los pros y los contras de la contención. No obstante, este consentimiento in­for­mado tendrá que seguir siendo sometido a una revisión tem­pra­na y periódica. También creemos que se va a reflejar la nece­si­dad de llevar a cabo programas de formación general dirigidos al equipo interdisciplinar, y específicos para el de enfermería. De este modo, podremos mejorar el protocolo de contención me-

cánica vigente unificando los criterios de actuación para que esta actividad enfermera, dentro del ámbito geriátrico, esté funda­mentada científicamente y se continúe investigando sobre buenas prácticas.

6.– PLAN DE TRABAJO.

La duración total del estudio será de dieciocho meses y se des­arrollará por los cuatro miembros que formamos este equipo in­vestigador.

1º PERIODO (durante el 1º mes)

En este período se pedirá permiso formalmente a los respon­sa­bles de centro elegido para desarrollar el estudio mediante el envío de una carta ya elaborada por el equipo investigador . También se empleará este tiempo para preparar el material necesario para proceder a la recogida de datos, principal­mente las copias de la ficha de registro diseñada por las cua­tro investigadoras y que corresponde con el anexo 2.

2º PERIODO (desde el 2º hasta el 13º mes)

Este periodo durara un año. Durante este tiempo se proce­derá a la recogida de datos por parte de las investigadoras 3 y 4 rellenando las fichas de registro. En el 6º y 12º mes, am­bos dentro de este periodo, se presentarán los memorán­dum sobre el estado y desarrollo del estudio ante el jurado. Esto lo realizarán las cuatro investigadoras.

3º PERIODO (desde el 14º hasta el 16º mes)

Serán tres meses en los que se realizará el procesamiento de los datos y el análisis estadístico correspondiente. Lo lleva­rán a cabo las investigadoras 1 y 2.

4º PERIODO (durante el 17º mes)

En este mes serán las 4 investigadoras las que redactarán la memoria explicativa tras realizar la representación e inter­pretación de los resultados obtenidos.

5º PERIODO (durante el 18º mes)

En este último mes, las cuatro investigadoras procederán a la corrección del borrador y presentación de la memoria jun­to con los resultados del estudio ante el jurado de este pre­mio ‘Sor Clara’.

7.– EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR.

Este equipo investigador consta de cuatro miembros que han desempeñado y desempeñan su labor asistencial en hospitali­zación (diferentes especialidades), centros geriátricos y de reha­bilitación psiquiátrica.

Todos sus miembros han realizado el curso de ‘Introducción a la investigación para profesionales de enfermería’ elaborado por el Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria. También cuentan con formación complementaria a través de diversos cursos sobre Alzheimer, geriatría, neurología, cuidados de UPP, cuidados paliativos, bioética y aspectos legales de la atención de enfermería. Además, uno de sus miembros ha realizado un

curso de 'Introducción a la información en ciencias de la salud a través de uso de la biblioteca virtual Marquesa de Pelayo' y pertenece al grupo de bioética del hospital en el que trabaja.

8.- MEDIOS DISPONIBLES Y NECESARIOS.

Tenemos acceso al historial clínico de los residentes y al consentimiento informado vigente de contención mecánica, gracias a la autorización del responsable de la institución. Toda la información se plasmará en una hoja de recogida de datos elaborada por el equipo. Y por último mencionar que somos un equipo investigador novel que dispone de iniciativa, mucha motivación y la colaboración de docentes y expertos en investigación.

Al tratarse de un estudio observacional transversal se necesita material fungible y equipo informático para el almacenamiento, análisis e impresión de los datos obtenidos.

El acceso al mayor número de fuentes de información es la clave para una correcta revisión bibliográfica.

Los medios de comunicación tienen que estar a nuestro alcance para el intercambio de información entre los miembros del equipo y su posterior divulgación.

La divulgación es la que nos llevará a la participación en congresos y concursos en el ámbito local y nacional.

Todos estos requerimientos junto con nuestro trabajo van dirigidos a la búsqueda de la eficiencia en enfermería.

PRESUPUESTO SOLICITADO

1. Gastos de personal

(Medios Disponibles)

- Investigador principal: Enfermera.....	0 euros
- Segundos investigadores: Tres enfermeras...	0 euros
<i>Subtotal</i>	<i>0 euros</i>

2. Gastos de ejecución

a) Adquisición de bienes y contratación de servicios

• Inventariable

- Ordenador.....	580 euros
- Programa Informático SPSS.....	1.390 euros
- Impresora Láser.....	340 euros

• Material Fungible

- Folios.....	30 euros
- Bolígrafos.....	15 euros
- Cartuchos de toner.....	100 euros
- CD-ROM.....	15 euros

• Otros gastos

- Búsqueda bibliográfica, telef., fax, internet.	300 euros
<i>Subtotal</i>	<i>2.770 euros</i>

b) Viajes y dietas

• Transporte.....	250 euros
• Estancias.....	200 euros
• Dietas.....	250 euros

Subtotal 700 euros

Subtotal de gastos de ejecución 3.470 euros

Total ayuda solicitada 3.470 euros

9.- BIBLIOGRAFÍA.

1. Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. Comisión Deontológica; 2006. Consideraciones ante las contenciones físicas y/o mecánicas: aspectos éticos y legales. [actualizado noviembre del 2006; acceso: 28 de febrero de 2012]. Disponible en: http://www.arrakis.es/~seegg/documentos/doc_int/contencion_colg_bar.pdf
2. Asamblea General de las Naciones Unidas. París; 1948. Declaración Universal de los Derechos Humanos.
3. Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, nº29, (2-2-2001)
4. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, nº274, (15-12-2002)
5. Ljunggren G, Phillips CD, Sgardari A. Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. Age Ageing. 1997;26 supl 2:43-7
6. Galán CM, Trinidad D, Ramos P, Gómez JP, Alastruey JG, Onrubia A, et al. Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008;43:208-13
7. Alarcón T. Uso de restricción física en el anciano en el siglo XXI ¿Necesidad o falta de formación? Rev Esp Geriatr Gerontol. 2001;36:46-50
8. Alarcón T. El uso adecuado de la restricción física en el anciano: una preocupación creciente. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008;43:197-8
9. Fariña E, Camacho AJ, Estévez GJ, Bros M. Accidentes asociados al uso de restricciones físicas en ancianos con trastornos cognitivos: estudio de tres casos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44:262-5
10. Confederación Española de Organizaciones de Mayores. España; 2010. Programa desatar al anciano y al enfermo de alzhéimer: Resumen ejecutivo. [actualizado 2010; acceso: 28 de febrero de 2012]. Disponible en: http://www.ceoma.org/pdfs/premios/RESUMEN_DEL_PROYECTO.pdf
11. Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los Servicios Sociales Residenciales de la Comunidad Foral de Navarra. Boletín Oficial de Navarra, nº204, (14-10-2011)
12. Orden EMP/68/2008, de 27 de agosto, por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los centros de Servicios Sociales especializados de la Comunidad Autónoma de Cantabria. Boletín Oficial de Cantabria, nº172, (4-9-2008)
13. Fariña E, Estévez GJ, Núñez E, Montilla M, Santana E. Estudio descriptivo sobre la actitud de la familia ante el uso de restricciones físicas en mayores: resultados preliminares. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008;43:201-7
14. Confederación Española de Organizaciones de Mayores. España; 2011. Guía para personas mayores y familiares. Uso de sujeciones físicas y químicas con personas mayores y enfermos de alzhéimer. [actualizado 2011; acceso: 28 de febrero de 2012]. Disponible en: http://ceoma.org/alzheimer/pdfs/guia_para_personas_mayores.pdf

ANEXO 1.1.-

NOMBRE Y APELLIDOS:	FECHA:
MEDIDA PROVISIONAL	
Due.....ha decidido aplicar como medida preventiva.....de manera provisional hasta que el medico adopte una decisión definitiva al respeto.	
CONFIRMACION DE LA MEDIDA	
El medico con conocimiento de las circunstancias psicosanitarias del Usuario D/Dña..... toma la decisión que sea limitado en su capacidad de movimientos por.....mediante:	
<input type="radio"/> Barras cama. <input type="radio"/> Cinturón cama. <input type="radio"/> Cinturón torácico silla. <input type="radio"/> Sabana de sujeción. <input type="radio"/> Cinturón pélvico silla. <input type="radio"/> Cinturón simple silla.	
Con el objeto de prevenir riesgos que se pudieran derivar de os mismos, notificando a la familia/Tutor legar o Ministerio Fiscal la medida adoptada.	
Fecha:	Medico (Fdo. y nº colegiado)
ANULACION DE LAS MEDIDAS CONSENSUADAS	
El medico.....ha decidido prescindir de manera definitiva de las medidas de contención adoptadas para la limitación de movimientos.	
Fecha:	Medico (Fdo. y nº colegiado)

ANEXO 1.2.-

REVISION DE LAS MEDIDAS CONSENSUADAS		
El médico con conocimiento de las circunstancias psicosanitarias del Usuario sigue corroborando la decisión referente a la limitación de movimientos con el objetivo de prevenir riesgos que se pudieran derivar de los mismos.		
FECHA REVISION	FECHA FINALIZACION	FIRMA DEL MEDICO
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL USUARIO / FAMILIAR / TUTOR LEGAL		
Por la presente Yo D/Dña..... con DNI..... familiar y/o tutor lugar del Usuario D/Dña..... doy constancia de haberseme informado de la aplicación de medidas de contención física para velar por la integridad de mi familiar y/o tutelado, así como de las posibles consecuencias adversas derivadas de su uso.		
Doy mi conformidad;		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha:	Responsable: Fdo.:

ANEXO 2.-

FICHA DE REGISTRO DE CONTENCIONES			
1- SEXO: MUJER <input type="checkbox"/>		HOMBRE <input type="checkbox"/>	
		2- FECHA DE NACIMIENTO:	
3- TIPO DE CONTENCIÓN:			
BARRAS EN CAMA: UNA <input type="checkbox"/>		DOS <input type="checkbox"/>	
CINTURÓN SIMPLE EN SILLA <input type="checkbox"/>		CINTURÓN EN CAMA <input type="checkbox"/>	
CINTURÓN TORÁCICO EN SILLA <input type="checkbox"/>		SABANA DE SUJECCIÓN <input type="checkbox"/>	
CINTURÓN PÉLVICO EN SILLA <input type="checkbox"/>		MUÑEQUERAS <input type="checkbox"/>	
4- ESCALA BARTHEL	5 -ESCALA MINIMENTAL	6- ESCALA BRADEM-BERGSTROM	
7- MOTIVO POR EL QUE SE PONE LA CONTENCIÓN:		RIESGO DE CAÍDA/AUTOLESIÓN <input type="checkbox"/>	
PROPIA PETICIÓN <input type="checkbox"/>		DESTRUCCIÓN MATERIAL <input type="checkbox"/>	
FALTA DE PERSONAL <input type="checkbox"/>		OTROS <input type="checkbox"/>	
8- DURACIÓN:	FECHA DE INICIO:	FECHA DE FIN:	
9- CLASIFICACIÓN: PUNTUAL (menos de 1 día) <input type="checkbox"/>	TEMPORAL (1-180 días) <input type="checkbox"/>	PERMANENTE (más de 180 días) <input type="checkbox"/>	
10- LIMITACIONES: BAJA DEFINITIVA: EXITUS <input type="checkbox"/>		TRASLADO <input type="checkbox"/>	
BAJA TEMPORAL: INGRESO HOSPITALARIO <input type="checkbox"/>		PERIODO VACACIONAL <input type="checkbox"/>	

ANEXO 3.-

INDICE DE BARTHEL			
COMER		VESTIRSE Y DESVESTIRSE	
Autónomo <input type="checkbox"/>		Autónomo <input type="checkbox"/>	
Con ayuda <input type="checkbox"/>		Con ayuda <input type="checkbox"/>	
Dependiente <input type="checkbox"/>		Dependiente <input type="checkbox"/>	
BAÑO		HIGIENE PERSONAL	
Autónomo <input type="checkbox"/>		Autónomo <input type="checkbox"/>	
Con ayuda <input type="checkbox"/>		Con ayuda <input type="checkbox"/>	
CONTROL ANAL		CONTROL VESICAL	
Ningún problema <input type="checkbox"/>		Ningún problema <input type="checkbox"/>	
Algún accidente <input type="checkbox"/>		Algún accidente <input type="checkbox"/>	
Incontinente <input type="checkbox"/>		Incontinente <input type="checkbox"/>	
TRANSFERENCIA SILLA-CAMA		CAMINAR	
Autónomo <input type="checkbox"/>		Autónomo <input type="checkbox"/>	
Ayuda mínima <input type="checkbox"/>		Con ayuda <input type="checkbox"/>	
Puede sentarse pero no trasladarse <input type="checkbox"/>		Autónomo con silla de ruedas <input type="checkbox"/>	
Dependiente <input type="checkbox"/>		Dependiente <input type="checkbox"/>	
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS		USO DEL WC	
Autónomo <input type="checkbox"/>		Autónomo <input type="checkbox"/>	
Con ayuda <input type="checkbox"/>		Con ayuda <input type="checkbox"/>	
No puede <input type="checkbox"/>		Dependiente <input type="checkbox"/>	
En _____ a _____ de _____ de 200_____			
Firma del Profesional			

ANEXO 4.-



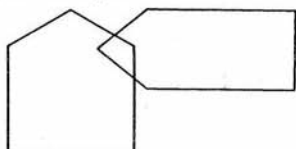
GOBIERNO
de
CANTABRIA

CONSEJERÍA DE SANIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES
DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES

DATOS DEL USUARIO			
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Fecha de nacimiento
			___/___/___

MINI-MENTAL EXAMEN COGNITIVO

ORIENTACIÓN	Real	Máx.
Dígame el día ___ Fecha ___ Mes ___ Estación ___ Año ___	5
Dígame el Hospital ___ Planta ___ Ciudad ___ Provincia ___ País ___	5
FIJACIÓN		
Repita estas tres palabras: Peseta-Caballo-Manzana (Repetirlas hasta que las aprenda y contar los intentos)	3
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO		
Si tiene 30 pesetas, y me va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando? Repita: 5-9-2 (hasta que los aprenda y contar los intentos). Ahora hacia atrás.	5
	3
MEMORIA		
¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?	3
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN		
Mostrar un bolígrafo, ¿qué es esto?. Repetir con el reloj.	2
Repita esta frase: "En un trigal había cinco perros".	1
Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?.		
¿Qué son el rojo y el verde?.	1
¿Qué son un perro y un gato?.	1
Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo/mesa.	3
Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS	1
Escriba una frase.	1
Copie este dibujo:	1



ANEXO 5.-

ESCALA BRADEM-BERGSTROM

<p>Percepción sensorial: Capacidad para responder significativamente al disconfort relacionado con la presión.</p>	<p>Completamente limitada: no responde (no se queja, no se mueve, no se defiende ni se agarra) ante estímulos dolorosos, por un nivel disminuido de conciencia o sedación o capacidad limitada para sentir dolor sobre la mayoría de la superficie corporal.</p>	<p>Muy limitada: responde sólo a estímulos dolorosos. No puede comunicar el disconfort salvo por quejido o agitación o tiene deterioro sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o disconfort sobre la mitad del cuerpo.</p>	<p>Levemente limitada: Responde a órdenes verbales pero no siempre puede expresar el disconfort o la necesidad de ser volteado o tiene alguna alteración sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o disconfort en una o dos extremidades.</p>	<p>No alterada: responde a órdenes verbales. No tiene déficit sensorial que limite la capacidad de sentir o manifestar dolor o disconfort.</p>
<p>Humedad: Grado en el cual la piel está expuesta a la humedad.</p>	<p>Constantemente húmeda: la piel permanece húmeda casi constantemente por sudoración, orina o líquidos corporales. Cada vez que es movilizado o girado se le encuentra mojado.</p>	<p>Muy húmeda: la piel está frecuentemente húmeda, las sábanas deben cambiarse por lo menos una vez c/8 horas.</p>	<p>Ocasionalmente húmeda: la piel está ocasionalmente húmeda, requiere un cambio c/12horas.</p>	<p>Rara vez húmeda: la piel está casi siempre seca, las sábanas requieren los cambios de rutina.</p>
<p>Actividad: Grado de actividad física</p>	<p>En cama: confinado en cama.</p>	<p>En silla: capacidad para caminar severamente limitada o inexistente. No puede soportar su propio peso o debe ser asistido en silla común de ruedas.</p>	<p>Camina ocasionalmente: camina ocasionalmente durante el día pero distancias cortas con o sin asistencia. Pasa la mayor parte del turno (8 h.) en silla o cama.</p>	<p>Camina con frecuencia: camina fuera del cuarto por lo menos dos veces al día y dentro de él por lo menos una vez c/2horas.</p>
<p>Nutrición: Patrón usual del consumo alimentario</p>	<p>Muy pobre: nunca come una comida completa. Rara vez come más de un tercio de cualquier comida ofrecida. Come dos porciones o menos de proteínas por día. Toma poco líquido. No toma suplemento alimenticio líquido o está sin vía oral o con dieta líquida clara o intravenosa por más de cinco días.</p>	<p>Probablemente inadecuada: rara vez come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de cualquier comida ofrecida. La ingesta de proteínas incluye solamente tres porciones de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento alimenticio o recibe menos de la cantidad óptima de dieta líquida o alimentación por sonda.</p>	<p>Adecuada: come más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come el total de cuatro porciones de proteína por día. Ocasionalmente rechaza una comida pero usualmente toma un suplemento alimenticio si se le ofrece o está siendo alimentado por sonda o nutrición parenteral.</p>	<p>Excelente: come la mayoría de todas las comidas, nunca rechaza una comida, usualmente come un total de cuatro o más porciones de carne y productos lácteos, ocasionalmente come entre comidas. No requiere suplemento alimenticio.</p>
<p>Fricción y deslizamiento.</p>	<p>Es un problema: requiere asistencia de moderada a máxima asistencia al movilizarlo. Levantarlo sin deslizarlo sobre la sábana es imposible. Frecuentemente se desliza en la cama o en la silla y requiere constantes cambios de posición con un máximo de asistencia. La espasticidad y contracturas llevan a la fricción casi constante.</p>		<p>Es un problema potencial: se mueve torpemente o requiere mínima asistencia. Durante un movimiento, la piel probablemente se desliza en algún grado contra las sábanas, la silla o los objetos de restricción. Mantiene relativamente buena posición en silla o en la cama la mayoría del tiempo, pero ocasionalmente se desliza hacia abajo.</p>	<p>Sin problema aparente: se mueve en la cama o en la silla y tiene suficiente fuerza muscular para sostenerse completamente durante el movimiento. Mantiene buena posición en la cama o en la silla en todo momento.</p>
<p>Movimiento: Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.</p>	<p>Completamente inmóvil: no realiza ni ligeros cambios en la posición del cuerpo o las extremidades sin asistencia.</p>	<p>Muy limitada: realiza cambios mínimos y ocasionales de posición del cuerpo o extremidades, pero es incapaz de realizar de forma independiente cambios frecuentes y significativos.</p>	<p>Ligeramente limitada: realiza frecuentes aunque ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades de forma independiente.</p>	<p>Sin limitaciones: realiza cambios mayores y frecuentes en la posición sin asistencia.</p>

ANEXO 6.-

**Residencia
Geriátrica**

c/ Alta 131
39008 Santander
Cantabria

D^a. Carmen Aristín Ortega
D^a. Arrate Astigarraga Suárez
D^a. Esther Fernández Rivera
D^a. Beatriz García Aja

A/a. Sr./a. Director/a

Santander, a 17 de abril de 2012.

Estimada señora:

Le escribimos la presente con el objeto de solicitarle autorización para desarrollar un trabajo de investigación en las instalaciones de cuya dirección se encarga y en las que venimos prestando labores de enfermería en los últimos años.

El proyecto al que hacemos referencia está relacionado con el empleo de la Contención Mecánica Específica, conforme a la documentación que adjuntamos.

Agradeciéndole de antemano su colaboración, quedamos a la espera de su respuesta, atentamente,

D^a. Carmen Aristín Ortega

D^a. Arrate Astigarraga Suárez

D^a. Esther Fernández Rivera

D^a. Beatriz García Aja



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



Evolución de las úlceras por presión (UPP) y su relación con las rotaciones laborales de los profesionales de Enfermería

*Accésit del X Premio de Investigación en Enfermería del
Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria.*

Autoras:

M^a José Rodríguez Martínez^(*)

Enfermera del SUAP 'Alto Asón'. SCS.

M^a del Pilar Diéguez Poncela

*Departamento de Salud Pública de la Consejería
de Sanidad. Gobierno de Cantabria.*

Avelino Sáiz Sánchez

Enfermera del Centro de Salud 'Dávila'. SCS.

M^a del Mar Crespo Pérez

*Enfermero del Servicio de Atención Domiciliaria
del H.U. Marqués de Valdecilla.*

Ángela Lumbea Torre

*Enfermero del Servicio de Cirugía General del H.U.
Marqués de Valdecilla.*

Noelia Boda Manzanal

*Enfermero del Servicio de Nefrología del H.U.
Marqués de Valdecilla.*

()Dirección para correspondencia:
maache2002@hotmail.com*

Recibido: Mayo 2012

Aceptado: Septiembre 2012

RESUMEN

Las úlceras por presión (UPP) suponen un problema sanitario mundial. Los profesionales de enfermería son los responsables de la prevención y tratamiento de las mismas. En Cantabria, es frecuente que el profesional enfermero sustituto cambie casi cada día de lugar de trabajo, lo cual, implica estrés, adaptación y actividades diferentes. Todo ello, influye en los cuidados que se prestan.

Objetivo general: evaluar el proceso de curación de las upp en el paciente inmovilizado, expuesto al cambio habitual del profesional enfermero.

Objetivos específicos: comparar la evolución de una UPP en una consulta dirigida por el profesional de enfermería habitual y otra, sometida al cambio diario de profesionales enfermeros, conocer la evolución de una UPP en la población de estudio, determinar las diferencias entre ambos casos y, por último, determinar las visitas domiciliarias realizadas.

Estudio analítico prospectivo de casos y controles. La población a estudio serán los pacientes portadores de una UPP y encamados de una Zona Básica de Salud determinada.

Si los datos obtenidos avalan la hipótesis, se pueden transmitir a las direcciones y gerencias competentes y que se establezcan así mecanismos de mejora.

Palabras clave:

- Úlcera por presión.
- Enfermera comunitaria.
- Rotación.

ABSTRACT

Pressure ulcers represent a global health problem. Nurses are responsible for preventing and treating them. In Autonomous Community of Cantabria, the replacement staff very often changes his workplace. This gets involved stress, adaptation and different activities. All this influences on the level of care that they offer to their patients.

The main objective is to evaluate the healing process of pressure ulcers in immobilized patients exposed to the regular change of health care professional.

The specific objectives are:

To compare the progress ulcer between in a nursing staff visit and replacement staff visit.

To know the progress ulcer in the study population.

To determine the differences between both cases,

To know how many visits have been done.

It is a prospective study of cases and controls. The study population recruited will be bedridden patients with pressure ulcer belonging to a Basic Health Zone .

If the hypothesis was true, it could be reported it to the health management competent and then they could set improvements on the process.

Keywords:

- Pressure ulcer.
- Community health nursing
- Work.

1.- ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.

La úlcera por presión(UPP) es una lesión que se produce en la piel y tejidos subyacentes, por la presión que ejerce un objeto externo de manera sostenida sobre las prominencias óseas, la presión es el principal factor etiológico¹. Existen numerosos factores que promueven la aparición y desarrollo de lesiones como: edad avanzada, inmovilidad, obesidad, pérdida de la sensibilidad, estado nutricional inadecuado, humedad excesiva de la piel, nivel de conciencia disminuido, procesos terminales, enfermedades neurológicas, cardiovasculares y respiratorias que disminuyan la oxigenación tisular. El tiempo de exposición a dichos factores determina la frecuencia y localización de UPP.

El paciente de la tercera edad sufre una serie de cambios fisiológicos en su anatomía, ocasionados por el deterioro normal que se presenta a partir de este período, si a ello se le suma la variabilidad en la atención de los cuidados por el responsable en el hogar o el profesional de enfermería con relación a su nutrición, higiene y cambios posturales; se producen lesiones severas de la piel. Si no se interviene oportunamente, estas lesiones se irán cada día profundizando y cada vez será más difícil su curación y mayor el deterioro del paciente; es por ello, que las úlceras por presión son

un indicador que denota calidad de la atención en los cuidados del paciente encamado. Diversos estudios publicados^{2,3} consideran que el 95% de las UPP son evitables.

En España⁴ el coste anual de Tratamiento se ha estimado en torno a los 435 millones de euros correspondiendo el 18,9% a Atención Primaria, el 28% a Atención Hospitalaria y el 53,1% a la Atención Socio sanitaria.

Las úlceras por presión son uno de los problemas más frecuentes en la práctica diaria de enfermería siendo un gran reto y una gran responsabilidad tanto en prevención como en tratamiento debido a la autonomía de actuación que se nos brinda. Forma parte de la praxis diaria el enfrentarnos como profesionales a dicho problema. Contamos desde el año 1994 en España con un grupo de trabajo para el asesoramiento sobre prevención y tratamiento de upp, la GNEAUPP. Posteriormente el Servicio Cántabro de Salud (SCS) editó un protocolo para heridas crónicas entre las que se encuentran las upp usado para mejorar el seguimiento y trato de las mismas.

La aparición de estas lesiones agravan seriamente el estado general del paciente por aumento de riesgo de infección y complicaciones metabólicas así mismo prolongan la estancia hospitalaria, devalúa el nivel de salud y son un negativo indicador de calidad asistencial.

María José Rodríguez Martínez, María del Pilar Diéguez Poncela, Avelino Saiz Sánchez, María del Mar Crespo Pérez, Ángela Lumbea Torre, Noelia Boda Manzanal

El personal de enfermería desempeña un papel primordial para impedir su aparición, si emplea correctamente los cuidados preventivos; por lo que constituye un indicador para medir la calidad de la atención de enfermería. No obstante, en ocasiones, son provocadas por otros factores ineludibles como es el estado nutricional deficiente del paciente.

Es por tanto, que el cuidado y favorable pronóstico necesitan de una continuidad para la correcta resolución en términos razonables. La valoración debe hacerse en el contexto de salud holística del paciente tanto físico como psicosocial⁵ y no sólo centrarnos en la desaparición de la enfermedad.

Las nuevas estrategias de contratación que llevan a sustituciones masivas en los centros de salud, bien diarias o de pocos en pocos días, hacen que esta continuidad de cuidados se pierda, y que los profesionales de enfermería se vean expuestas a un 'partir' de cero continuo, tanto en este tipo de curas como en el resto de las intervenciones. Por ello, queremos analizar a través de nuestro trabajo la influencia de esta rotación, definida⁶ como cualquier movimiento del puesto de trabajo, o como la proporción de la población que deja una organización en un determinado año. Esta rotación denota una influencia en todo caso negativa, no porque los cuidados no sean los adecuados, sino porque rompe el correcto seguimiento a través del tiempo que deben tener, a través de un personal estable.

La sociedad actual desconoce que la rotación del profesional de enfermería depende directamente de la gestión y administración de los recursos humanos⁷.

Es por tanto, que el estudio intentará verificar si las sustituciones a largo plazo deben ser cubiertas por una misma persona, ya que se cree que esto produce mayor beneficio, tanto en costes directos como indirectos además de disminuir prevalencia de UPP, a largo plazo.

Por último, los gestores deben considerar que los trabajadores son valores activos, y esperar que las inversiones en sus capacidades y conocimiento produzcan, con el tiempo, beneficios en cuanto a compromiso y productividad. Este planteamiento puede reducir al mínimo la rotación de las enfermeras y evitar tendencias desfavorables de largo plazo.

2.- HIPÓTESIS.

La evolución de una UPP está influenciada por el cambio frecuente de los profesionales de enfermería en la consulta de atención primaria.

3.- OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el proceso de curación de la úlcera por presión en el paciente inmovilizado expuesto al cambio habitual del profesional de enfermería.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar la evolución de una UPP, en una consulta dirigida por el profesional de enfermería de referencia y otra, sometida a cambios frecuentes de profesionales enfermeros.
- Conocer la evolución de una UPP en la población a estudio determinada.

- Medir el grado de cicatrización de las UPP sometidas a estudio.
- Determinar las diferencias entre los dos casos establecidos.
- Determinar el número de visitas que realiza el profesional de enfermería al paciente, durante el estudio.

4.- METODOLOGÍA.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Se llevará a cabo un estudio de casos y controles prospectivo, analítico, longitudinal.

Se determina la población a estudio, los pacientes de dos cupos de atención primaria de la Zona Básica de Salud.

SUJETOS DE ESTUDIO:

- **Casos:** Pacientes del cupo de atención primaria que se ven expuestos a la variable "cambio frecuente de personal de enfermería".
- **Controles:** Pacientes del cupo en el que el profesional de enfermería no causa rotación de forma habitual, excepto periodos vacacionales y permisos.
- **Criterios de Inclusión:** Pacientes inmovilizados, que precisan cura de enfermería de UPP domiciliaria.
- **Criterios de Exclusión:** Pacientes con UPP de más de seis meses de evolución o úlceras tórpidas.
Pacientes que hayan sido hospitalizados en los últimos dos meses.

MUESTRA:

• Cupo 1:

POBLACION OBJETO DE ESTUDIO: pacientes mayores de 75 años con pluripatología y riesgo cardiovascular, diabetes, hipertensión arterial y dislipemia.

POBLACION A ESTUDIO: 10 pacientes con úlceras por presión que cumplen los requisitos: encamados, con buena evolución, sin ingresos previos...

• Cupo 2:

POBLACION OBJETO DE ESTUDIO: mayores de 75 años con pluripatología y riesgo cardiovascular, diabetes, hipertensión y dislipemia.

POBLACION A ESTUDIO: 10 (Úlceras por presión que cumplen los siguientes requisitos: encamados, con buena evolución, sin ingresos previos, entre otros factores indicados por completo seguidamente).

VARIABLES A ESTUDIO:

Las variables a identificar y estudiar en el presente proyecto son:

• Variable Principal:

'Cambio frecuente de personal de enfermería': Definimos así cuando la persona responsable de la consulta varía dos o más veces por semana.

• Variables Secundarias:

- Grado de Ulceración Estadios I, II, III y IV (Seleccionados a partir de la normativa de la GNEAUPP).

- Edad: nº años del paciente. Agrupados en intervalos:
 - Menos de 65 años
 - 65-74 años
 - 75-84 años
 - Mayor de 85 años
- Úlceras Previas: SI/NO
- Frecuencia de Curas:
 - Menos de 2 /semana
 - 2-3 /semana
 - Más de 3 /semana
- Polimedocado: SI / NO
- Antecedentes previos:
 - HTA : SI/NO
 - DM: SI/NO
 - DLP: SI/NO
- Alimentación:
 - Bien nutrido
 - Malnutrido
- Cuidador Principal:
 - Familiar
 - Trabajador por cuenta ajena
 - No posee
- Incontinencia urinaria: SI / NO
- Incontinencia fecal: SI / NO

RECOGIDA DE DATOS:

El procedimiento de la recogida de datos se realizará a través de un cuaderno de campo diseñado a tal efecto que incluye las variables a estudio.(Anexo 1)

La cumplimentación del cuaderno se llevará a cabo por los investigadores.

La información se recabará tanto del programa informático OMI de atención primaria, como de las visitas domiciliarias a los pacientes portadores de UPP a estudio.

ANÁLISIS DE LOS DATOS:

Para realizar el análisis de los datos y la creación de la base de datos correspondiente se utilizará en el programa informático SPSS. La descripción de las variables se realizará mediante el cálculo de porcentajes, la media aritmética, la desviación estándar, así como en aquellas variables que lo requieran el test de *Chi cuadrado* y el test de la *t de Student*.

Las variables de estudio se representan gráficamente según necesidades. Las variables nominales como úlceras previas, polimedicación, antecedentes de HTA, DM o DLP, alimentación, grado de la UPP, cuidador principal, y la incontinencia tanto urinaria como fecal se representan mediante diagrama de barras.

5.– ASPECTOS ÉTICOS.

Para el acceso a la historia clínica del paciente se solicitará en tiempo y forma la autorización a la Gerencia de Atención Primaria de Salud, así mismo se notificará el estudio a la Comisión de ética del área. Para la cumplimentación del registro, si fuera necesario la visita al paciente de forma domiciliaria, se pedirá consentimiento al paciente o en su defecto al responsable del mismo. Se comunicará en todo caso al coordinador del centro de salud la puesta en marcha del estudio.

Fue enviada una carta informativa acerca de la realización del proyecto de investigación, tanto al director gerente del SCS, José Santiago Cossío, como al comité de ética asistencial, en especial, a su secretaria, Nuria Martínez. Ambas cartas han sido incluidas dentro de la memoria de nuestro proyecto. (anexos 2 y 3)

6.– INTERÉS CIENTÍFICO Y UTILIDAD PRACTICA DE LOS RESULTADOS.

Si se confirma la hipótesis planteada en este proyecto, los resultados serán relevantes para el profesional de enfermería, paciente y sus familias y, desde luego, para los gestores de los servicios sanitarios.

No cabe duda que la continuidad en los cuidados profesionales en general y en particular en las UPP (incluso siguiendo el protocolo) es una parte fundamental para el adecuado seguimiento de todos los cuidados y la curación total de las upp.

Por otro lado, la percepción del cuidador principal del paciente en el domicilio que no acepta, en general, los cambios frecuentes de profesional. Su carga de trabajo, la incertidumbre, la intranquilidad, el problema de su familiar, se vería beneficiado con las medidas que se puedan tomar si esta hipótesis se confirma.

En relación al propio profesional y los cambios frecuentes del lugar de trabajo influyen negativamente. Ello puede desencadenar problemas de salud, estrés, inseguridad y derivar todo en el ya conocido Síndrome de Burnout⁸, como respuesta al estrés laboral, integrado por actitudes y sentimientos negativos el equipo y hacia sus gestores.

Contrariamente a lo que sucedería si se le mantiene en el mismo puesto de trabajo donde podría desarrollar todo su potencial de conocimientos y habilidades profesionales contribuyendo a la eficacia y eficiencia de los servicios de enfermería.

En relación a los gestores encargados de la gestión de personal y si esta hipótesis es acertada, ellos podrían tomar las medidas adecuadas, sabiendo que lo que se derive de ellas siempre serían resultados positivos en cuanto a la satisfacción de los profesionales y la rentabilidad de los cuidados que prestan.

7.– PLAN DE TRABAJO.

La duración del estudio será de doce meses, que se establecen de la siguiente forma:

Noviembre 2012- Marzo 2013

- Búsqueda Bibliográfica.
- Elaboración del Marco Teórico.
- Elaboración de Hoja de recogida de datos.

Enero 2013- Mayo de 2013

- Validación de la Hoja de recogida de datos.
- Presentación del Estudio

Febrero 2013- Mayo 2013: - Recogida de datos

Junio- Agosto de 2013: - Análisis de Resultados

Septiembre- Noviembre de 2013: - Evaluación y Conclusiones.

8.– EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR.

El equipo investigador consta de seis miembros con experiencia

María José Rodríguez Martínez, María del Pilar Diéguez Poncela, Avelino Saiz Sánchez, María del Mar Crespo Pérez, Ángela Lumbera Torre, Noelia Boda Manzanal

en labores asistenciales como profesionales de enfermería en Atención Primaria, campo de actuación elegido para el proyecto.

Los seis miembros son diplomados en enfermería y han participado en el curso de Iniciación a la Investigación impartido por el Colegio de Enfermería de Cantabria.

• **Investigador principal:**

Grado de Enfermería.
Curso formador de formadores. (Colegio Enfermería).
Curso Iniciación a la investigación. (Colegio Enfermería).
Experiencia como docente en formación.

• **Colaborador 1:**

Curso de iniciación a la investigación. (Colegio Enfermería).
Curso de atención de enfermería en personas con dependencia.

• **Colaborador 2:**

Experto Universitario en cuidados, atención y curas de heridas crónicas. (Universidad de Cantabria).
Atención al paciente geriátrico.
Curso formador de formadores. (Colegio Enfermería).
Curso iniciación a la investigación. (Colegio Enfermería).

• **Colaborador 3:**

Licenciada Antropología Social y Cultural. (UNED 2008-2011).
Curso de Enfermería ante el paciente con patología vascular periférica.
Curso Iniciación a la investigación. (Colegio Enfermería).

• **Colaborador 4:**

Grado de Enfermería.
Experto en cura de úlceras y heridas crónicas. (Universidad de Cantabria).
Curso Cuidados de enfermería al paciente inmovilizado.
Curso iniciación a la investigación. (Colegio Enfermería).

• **Colaborador 5:**

Curso curas de úlceras por presión. (Colegio Enfermería).
Curso valoración integral paciente geriátrico.
Curso Iniciación a la investigación. (Colegio Enfermería).
Experiencia como docente en formación.

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

• **Medios disponibles:**

- Equipo informático.

- Coche.
- Equipo investigador.
- Material para las curas (material fungible y no fungible).
- Cuaderno de campo.
- Material de papelería: folios, bolígrafos, ...
- Impresora.

• **Medios necesarios:**

- Programa SPSS, así como la ayuda de un estadístico para interpretar los datos.
- Formato multimedia para guardar datos.
- Copistería, formato de los datos.
- Asistencia de los integrantes del grupo a II Congreso Internacional y VIII Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria (16 al 18 de Mayo de 2012).
- Asistencia de los integrantes del grupo a VI Congreso ANE-CORM (24-26 de Octubre de 2012).
- Asistencia de los integrantes del grupo al XVI Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados (6 al 9 de Noviembre de 2012).
- Asistencia de los integrantes del grupo a IX Simposio Nacional de Úlceras por presión y Heridas Crónicas (14 al 16 de Noviembre de 2012).

PRESUPUESTO SOLICITADO

1. Investigadores

(Medios Disponibles)

- Investigador principal	0 euros
- Segundos investigadores	0 euros
- Subcontratas para realización análisis estadístico	700 euros
<i>Subtotal</i>	<i>700 euros</i>

2. Gastos de ejecución

a) Adquisición de bienes y contratación de servicios (Inventariable, fungible y otros gastos)

Gastos de material:

- Ordenador, impresora.....	1.000 euros
- Programa Informático SPSS.....	1.400 euros
- Material fungible.....	500 euros
- Revistas, libros, CD-ROM.....	500 euros
<i>Subtotal</i>	<i>3.400 euros</i>

b) Viajes y dietas

• Visitas centro de estudio (100 euros x invest.)	600 euros
• Visitas domicilio paciente (200 euros x invest.)	1.200 euros
<i>Subtotal</i>	<i>1.800 euros</i>

Subtotal de gastos de ejecución 5.900 euros
Total ayuda solicitada 5.900 euros

10.- BIBLIOGRAFÍA.

1. Manual de prevención y cuidados locales de úlceras por presión. Servicio cántabro de salud. 1ª edición. Marzo 2005 (documento reconocido de interés profesional por la GNEAUPP). Coordinadora Ana Rosa Díaz Mendi
2. Hibbs P. Pressure area care for the city and Hackney Health authority. London: St. Bartholomeus Hospital. 1987.
3. Waterlow J. Pressure sore prevention Manual. Taunton. 1996.
4. Cacicedo González R, Castañeda Robles, Cossío Gómez F, Delgado Uría A, Fernández Saiz B, Gómez España M V et al. Prevención y Cuidados de heridas locales. Servicio Cántabro de Salud, 1º Edición. 2011.
5. Organización Mundial de la Salud. Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100. FlintAnndrea L, Webster J. The use of the exit inter-

view to reduce turnover amongst healthcare professionals. 2007.
 6. ArtecheEguizábal, JT. The Substitute Female Nurse And Her Adaptation. Bilbao. 2009.
 7. Hibbs P. The economics of pressure ulcer prevention. Decubitus 1998.
 8. AmbarDeschamps P , Sahilyn B., Olivares R, De la Rosa Zabala KL, Asunsolo del Barco A. Influence of shift work and night shifts in the onset of the Burnout Syndrome in doctors and nurses.2004.
 9. Baumann A, Blythe J. Globalization of Higher Education in Nursing 2008.
 10. Posmett J, Soldevilla JJ, Torra JE. Epidemiología y Coste de las UPP en España. Estudio GNEAUPP 2005.
 11. Libro de Abstracts del VI Simposio Nacional de UPP. GNEAUPP. Zaragoza 2006.
 12. Herrero Narváz E, Ordoño Martínez C. Superficies especiales para el manejo de la presión, factor determinante en la disminución de úlceras por presión en atención domiciliaria.2010.
 13. Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F (eds.). Actas del V Simposio nacional sobre úlceras por presión y heridas crónicas. Oviedo: GNEAUPP; 2004.
 14. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Clasificación-Estadiaje de las Úlceras por Presión. Logroño. 2003.
 15. Twigg D, Duffield C, Bremner A, Rapley P, Finn J.The impact of the nursing hours per patient day (NHPPD) staffing method on patient outcomes: a retrospective analysis of patient and staffing data. 2007.
 16. Ho WH, Chang CS, Shih YL, Liang RD. Effects of job rotation and role stress among nurses on job satisfaction and organizational commitment.2006.
 17. Liang YW, Tsay SF, Chen WY.Effects of nurse staffing ratios on patient mortality in Taiwan acute care hospitals: a longitudinal study.2006
 18. Sveinsdóttir H, Biering P, RamelA.Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: a cross-sectional questionnaire survey.2007.
 19. Lu H, While AE, BarriballKL.Job satisfaction among nurses: a literature review.2007.

ANEXO 1.-

CUADERNO DE CAMPO

Datos del paciente

Nombre..... Apellidos.....
 Edad..... Sexo..... Nº HC..... Fecha.....
 TA:..... Pulso:..... Tª:..... Alergias:

Antecedentes previos

DM: si / no HTA: si / no DLP: si / no Ingresos hospitalarios en el último año: si / no
 Úlceras previas: si / no Tratamiento farmacológico:

Estado del paciente

Estado nutricional: bueno / malo / regular apoyo de cuidador: si / no Estado hidratación: bueno / malo / regular

Escala Norton:

puntuación	e. físico	e. mental	actividad	movilidad	control esfínteres
4	bueno	orientado	anda solo	Total	control total
3	regular	apático	anda con ayuda	ligeramente limitada	incontinencia ocasional
2	malo	confuso	no anda	muy limitada	incontinencia urinaria
1	muy malo	inconsciente	encamado	Inmóvil	incontinencia total

Estado Úlcera

Localización: Estadio: I / II / III / IV
 Dimensiones: ø menor..... cm. ø mayor cm. Tunelaciones, excavaciones, trayectos fistulosos: si / no
 Dolor: si / no Lecho de la lesión: tej. Necrótico / esfacelado / tej. Granulación.
 Piel perilesional: Íntegra / lacerada-macerada / ezcematización - celulitis
 Secreción: escasa / serosa / purulenta / hemorrágica.
 Signos de infección: exudado purulento / mal olor / bordes inflamados / fiebre

Procedimiento cura:

Observaciones:

María José Rodríguez Martínez, María del Pilar Diéguez Poncela, Avelino Saiz Sánchez,
María del Mar Crespo Pérez, Ángela Lumbea Torre, Noelia Boda Manzanal

ANEXO 2.-**M^a José Rodríguez Martínez**

(investigadora principal) Enfermera SUAP C.S. Alto Asón.
Calle Salvador Pérez 39800 Ramales de la Victoria (Cantabria)
Contacto: maache2002@hotmail.com

Sr.

Presidente del Comité Ético de Investigación Clínica en Cantabria.
Gerencia de Atención Primaria Santander-Laredo.
Avda Cardenal Herrera Oria s/n (edificio anexo Hospital Cantabria).
39011 Santander (Cantabria)

Estimado Sr.:

Me pongo en contacto con usted para informarle de la realización de un proyecto de investigación titulado "Evolución de las úlceras por presión y su relación con las rotaciones laborales de los profesionales de enfermería" debido al cual debemos acceder a las historias clínicas de los sujetos sometidos a estudio, en especial, a los registros creados a través del OMI-AP, debido, a que el ámbito de nuestro proyecto se centra en esta área.

Para la realización de esta investigación, tendremos en cuenta la legislación vigente en cuanto a privacidad y protección de datos:

- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

El grupo investigador está conformado por seis profesionales de enfermería sensibilizados con el tema objeto de la investigación, los cuales, accederemos a la documentación clínica. Adjunto nuestros datos personales, así como el proyecto de investigación al cual nos referimos. Ante cualquier duda, no dude en ponerse en contacto conmigo.

Un cordial saludo y gracias por su colaboración.

Santander, a 18 de abril de 2012.

ANEXO 3.-**M^a José Rodríguez Martínez**

(investigadora principal) Enfermera SUAP C.S. Alto Asón.
Calle Salvador Pérez 39800 - Ramales de la Victoria (Cantabria)
Contacto: maache2002@hotmail.com

Sr.

Director Gerente Servicio Cántabro de Salud
Gerencia de Atención Primaria Santander-Laredo.
Avda Cardenal Herrera Oria s/n (edificio anexo Hospital Cantabria).
39011 Santander (Cantabria)

Estimado Sr. :

Me pongo en contacto con usted para informarle de la realización de un proyecto de investigación titulado "Evolución de las úlceras por presión y su relación con las rotaciones laborales de los profesionales de enfermería" debido al cual debemos acceder a las historias clínicas de los sujetos sometidos a estudio, en especial, a los registros creados a través del OMI-AP, debido, a que el ámbito de nuestro proyecto se centra en esta área.

Para la realización de esta investigación, tendremos en cuenta la legislación vigente en cuanto a privacidad y protección de datos:

- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

El grupo investigador está conformado por seis profesionales de enfermería sensibilizados con el tema objeto de la investigación, los cuales, accederemos a la documentación clínica. Adjunto, remito los datos personales de sus integrantes así como el proyecto objeto de la carta.

Ante cualquier duda, no dude en ponerse en contacto conmigo.

Un cordial saludo y gracias por su colaboración.

Santander, a 18 de abril de 2012.

Enfermería y salud mental: un estudio con dos poblaciones de pacientes. Uso de las TIC's como herramienta de gestión eficaz



Accésit del IX Premio de Investigación 'Sor Clara' de Investigación en Enfermería del Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria.

Autoras:

(*) A. M. López-Sánchez

(**) P. R. Rodríguez-Santos

(*) J. R. Borraz

(*) G. Cruzado

(*) M. P. Fernández-Prieto

(**) R. González de Cos

Enfermeras del (*) C. P. "El Dueso" (CPD) (Cantabria)

(**) C. R. P. Parayas (CRPP) (Cantabria)

(*) Dirección para correspondencia:
angelopsan@gmail.com

Recibido: mayo 2012

Aceptado: Septiembre 2012

RESUMEN

La atención al paciente psiquiátrico ha evolucionado en el tiempo. En España existen hoy dos tipos de instituciones que pueden cotejarse en cuanto a la rehabilitación psicosocial del trastorno mental grave: la prisión y el hospital psiquiátrico. En ambas interviene un equipo terapéutico multidisciplinar, específico de cada centro, que lleva a cabo estos programas de rehabilitación.

Desde una perspectiva enfermera, analizamos la rehabilitación psicosocial ofrecida por cada establecimiento mediante investigación de las historias clínicas de los pacientes. Elaboramos un estudio epidemiológico descriptivo de corte o transversal durante los años 2010-2011. Posteriormente se analizan los datos, se muestran los resultados de cada centro comparando el inicio y el final tras la aplicación del programa y se lleva a cabo una comparación entre los resultados obtenidos en cada centro.

En el transcurso del estudio, indagamos la actualidad de la TICs, aplicadas a la gestión de pacientes.

Palabras clave:

- Salud mental.
- Enfermería.
- Rehabilitación psicosocial.
- Presos.
- Hospital psiquiátrico.

ABSTRACT

The attention to the psychiatric patient has evolved in the time. In Spain today exists two types of institutions that can be collated as far as the psycho-social rehabilitation of serious the mental upheaval: the prison and the psychiatric hospital. In both a therapeutic equipment takes part to multidiscipline, specific of each centre, that carries out these programs of rehabilitation.

From a perspective nurse, we analysed the psycho-social rehabilitation offered by each establishment by means of investigation of clinical histories of the patients.

We elaborated a study descriptive epidemiologist of cross-sectional cut or during years 2010-2011. Later the data are analysed, they are to the results of each centre comparing the beginning and the end after the application of the program and is carried out a comparison between the results obtained in each centre. In the course of the study, we investigated the present time of the TICs, applied to the management of patients.

Keywords:

- Mental health.
- Nursing.
- Psychosocial rehabilitation.
- Inmates.
- Psychiatric hospital.

1.- INTRODUCCIÓN.

La rehabilitación del paciente mental debe comenzar una vez iniciada la estabilidad clínica y debe impregnar al sistema asistencial en su conjunto¹.

La Dirección General de Instituciones Penitenciarias realiza un estudio sobre Salud Mental en el medio penitenciario, que analiza la prevalencia de enfermedades mentales en cárceles españolas. Los resultados finales son demoledores, "el 25,6% de la población penitenciaria tiene recogido uno o varios diagnósticos psiquiátricos sin incluir el abuso o dependencia a drogas"².

El 3,4% padece un trastorno psicótico, cifra superior a la de la población general³ y "un 3,2% tienen antecedentes de ingreso en un centro psiquiátrico, elevándose al 49,6% si consideramos los antecedentes de dependencia a drogas"⁴.

Es un hecho comprobado el progresivo incremento de personas con trastorno mental que acaban delinquiendo, por control inefectivo de su enfermedad que culminarán el itinerario marginación-exclusión social con su ingreso en prisión⁵. Una medida que "no es la más adecuada para atender asistencialmente a un enfermo mental, ni representa la terapéutica más indicada"⁶.

Instancias sanitarias, jurídicas y sociales, reclaman soluciones para que el enfermo mental esté atendido adecuadamente, por un sistema socio-sanitario integral⁷ apostando por un programa puntero en salud mental que evite la reincidencia delictiva⁸. y la situación de desamparo, que representa el fracaso

más rotundo⁹. Algo está fallando, cuando para muchas personas, la enfermedad mental tiene su última etapa en la cárcel¹⁰.

En 2009 nace el Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM), a propuesta de Instituciones Penitenciarias¹¹ que tiene un triple objetivo: el de "atención clínica", la "rehabilitación" y la "reinserción social". Su finalidad es establecer un diagnóstico temprano, un plan de tratamiento individualizado y un seguimiento tutorizado de las funciones adaptativas¹² del paciente. La atención es coordinada e integral llevada a cabo por un equipo multidisciplinar de profesionales (psiquiatra consultor, médicos, psicólogos, enfermeras, educadores, trabajadores sociales, maestros, monitores deportivos y ocupacionales, personal de ONGs y funcionarios de vigilancia).

Desde hace décadas, en el marco de sus funciones asistenciales, el Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas (CRPP), centro de 'puertas abiertas' dependiente de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales (Cantabria), ofrece rehabilitación psicosocial orientada a la reintegración del paciente en su medio. Es un hospital de media y larga estancia donde, igualmente, un equipo terapéutico integrado por profesionales de idénticos ámbitos atiende a pacientes remitidos en su mayor parte desde el Hospital Universitario 'Marqués de Valdecilla', pero también desde las diferentes Unidades de Salud Mental cántabras. Un pequeño porcentaje de enfermos son ingresados desde las propias consultas del CRPP o desde el domicilio (reagudizaciones) y, en ocasiones, de los Juzgados.

Enfermería y salud mental: un estudio con dos poblaciones de pacientes. Uso de las TICs como herramienta de gestión eficaz.

En el Centro Penitenciario “El Dueso” (CPD), la detección de la enfermedad mental se efectúa a través de la consulta médica al ingreso y mediante la observación de signos y síntomas sugerentes de enfermedad mental. En este proceso, los pacientes psiquiátricos, se clasifican inicialmente en alguno de los tres niveles de intervención en función de sus habilidades y discapacidades (ANEXO I). Sistema de niveles en el que el enfermo puede pasar de uno a otro según la evolución psicopatológica.

Las actividades rehabilitadoras del CPD son formativas, deportivas, talleres ocupacionales, salidas a la comunidad, permisos terapéuticos, gimnasia pasiva, terapia con animales (TACA). Además, existen otras más específicas, orientadas al medio penitenciario como son: protocolo de prevención de suicidios (PPS), vivir sin violencia, control emocional, nueva vida, y actividad terapéutica sobre drogas.

De modo análogo se interviene en el CRPP, donde el enfermo puede ingresar en alguna de las Unidades de Rehabilitación Activa (URAs), para las patologías más graves, o ser derivado a la Unidad Asistencial Paliativa, para los enfermos de patología resistente y estancia más prolongada. De igual manera que en el CPD, en función del progreso o involución psicopatológica del enfermo, es posible el traslado de una Unidad a otra (rehabilitación paliativa).

Al ingreso, el paciente, es asignado a alguna de las URAs y posteriormente evaluado por el equipo terapéutico mediante el Programa Individualizado de Rehabilitación Integral (PIRI), que determinará el conjunto de actividades, en función de sus necesidades y los dominios de déficit evidenciados: actividades básicas de la vida diaria (ABVDs), esfera cognitiva, afectiva, conciencia de enfermedad y prevención de recaídas. Así, puede ser derivado hacia distintas ocupaciones: laborterapia, psicomotricidad, terapia con caballos, estimulación cognitiva, orientación a la realidad, gimnasio, cerámica, piscina, psicoeducación, hábitos de vida saludable, informática, cocina, habilidades sociales, salidas de ocio, entre otras. (ANEXOS II y III)

El estudio de estos programas es posible debido a un paralelismo contrastado entre la asistencia y rehabilitación en ambos Centros ya que proporcionan atención integral, la actividad rehabilitadora está encuadrada en áreas análogas, desarrollan intervenciones con equipos multidisciplinares coordinados y la finalidad última es la adaptación al entorno y la reintegración-reinserción social del paciente.

El siguiente estudio revela analogías y diferencias de dos Instituciones que proporcionan rehabilitación psicosocial al paciente mental: prisión y hospital psiquiátrico.

Por otra parte, en ausencia, en ambos centros (CPD y CRPP) de historia clínica electrónica o soporte digital integrado, los autores de este trabajo han aprovechado el transcurso del mismo para verificar el estado actual de las llamadas tecnologías de la información y comunicación o TICs.

2.– OBJETIVOS.

Objetivo general: Comprobar la mejoría psicopatológica de los pacientes tras la aplicación de los respectivos planes.

Objetivos específicos: analizar fundamentalmente los datos sobre grado de estabilidad psicopatológica, síntomas y nivel cognitivo-conductual/relacional:

- Determinar características y diferencias de ambas pobla-

ciones.

- Comparar la evolución de los pacientes intracentro e inter-centros.

Como objetivo secundario valoramos el uso de las TICs en Enfermería.

3.– METODOLOGÍA.

Tipo de estudio. Estudio epidemiológico descriptivo de corte o transversal.

Población a estudio y lugar. Pacientes de los niveles 2 y 3 del CEPD y pacientes subagudos de las Unidades de Rehabilitación del CRPP, que hayan sido ingresados y dados de alta entre el 1 de Enero de 2010 y 31 de Diciembre de 2011.

Una vez cerrado el periodo de recogida de datos el registro final de pacientes incluidos en el estudio fue el siguiente:

CPD.....	55 pacientes
CRPP	128 pacientes
Total.....	183 pacientes

Variables. Diseñamos una hoja de recogida de datos, estandarizada para ambas poblaciones de pacientes. ANEXO IV. Ficha de recogida de datos.

Cada ficha de datos incluye un nº de registro para cada paciente y reúnen 72 parámetros: 59 cualitativos y 13 cuantitativos:

■ Ingreso, comprende los ítems desde el 01 al 46. Los datos están distribuidos en varios bloques;

- (1-14) Datos personales, antropométricos, de salud individual y sociolaborales.
- (15-22) Datos sobre grado de estabilidad psicopatológica, síntomas y nivel cognitivo-conductual/relacional:
 - Conciencia/orientación.
 - Alucinaciones.
 - Delirios.
 - Cumplimiento terapéutico.
 - Comunicación.
- (23-33) Datos epidemiológico, donde quedan reseñadas:
 - ◆ *Enfermedades infectocontagiosas.*
 - ◆ *Toxicomanías.*
- (34-40) Datos del estado nutricional/metabolismo y descanso-sueño.
- (41-47) Diagnósticos médicos:
 - ◆ *Psiquiátricos*; estructurados, cada uno de ellos, en cinco grandes grupos o categorías nosológicas. Respecto de los diagnósticos psiquiátricos al ser frecuente encontrar más de un trastorno diagnosticado, hemos reseñado únicamente el último en orden cronológico o el que motivó el ingreso. Los grupos son estos:

- Trastornos psicóticos. Los trastornos psicóticos son trastornos mentales graves que causan ideas y percepciones anormales. Las personas con psicosis pierden el contacto con la realidad.
- Trastornos de la personalidad. Son un grupo de afecciones psiquiátricas en las cuales los comportamientos, emociones y pensamientos prolonga-

dos (crónicos) de una persona son muy diferentes a las expectativas de su cultura y causan serios problemas con las relaciones interpersonales y el trabajo.

o Trastornos afectivos. trastorno mental caracterizado por cambios dramáticos o extremos de humor.

◆ *Patología dual.* Nominación que recibe el hecho de padecer dos enfermedades simultáneamente, siendo una de estas la adicción y la otra un cuadro mental.

◆ *Otros trastornos.*

◆ *Somáticos.*

- Cardiovascular.
- Metabólico.
- Respiratorio
- Neurológico.
- Otros.

■ **Alta o final del estudio-** incluye desde el ítem 47 al 63. Subdividido en cuatro secciones:

- (48-50) La primera de ellas se refiere a la estancia, en términos cuantitativos de tiempo y las especificaciones del alta (domicilio, piso tutelado, otra institución, etc.). Existe una casilla a marcar en el caso de permanencia del paciente en el centro...
- (51-55) Datos antropométricos y constantes vitales.
- (56-64) Mejorías, recoge la evolución de aquellos ítems del bloque cognitivo-conductual y relacional recogidos al ingreso. Se trata de una sección que, por confrontación con el ingreso, debe reflejar los progresos del paciente.

■ (65-73) Parámetros cualitativos de rehabilitación psicosocial e integración: participación en actividades, visitas familiares, salidas etc. Dos ítems finales informan sobre procesos judiciales pendientes y subsidio percibido.

Medición de las variables. Como ayuda al marcado de casillas para rellenar los datos, a la hoja de recogida añadimos una guía de cumplimentación, (ANEXO V. Guía para la recogida de datos) para facilitar la uniformidad de procedimientos del grupo de observadores. El apunte de los datos se efectuó marcando casillas, en su mayor parte de respuesta dicotómica, atendiendo al factor presencia o ausencia del dato.

Tras la recogida, se confeccionaron las correspondientes bases de datos de ambos centros, mediante el programa IBM SPSS Statistics V 19, en el que quedaron registrados todos los enfermos incluidos en la investigación.

Las variables cuantitativas se analizaron mediante los estadísticos de grupo, Media y Desviación típica de la muestra comparando ambos centros mediante la prueba T de igualdad de medias.

Las variables cualitativas se analizaron en porcentajes referidos al volumen de la muestra de cada centro y mediante el test de Chi cuadrado con un intervalo de confianza del 95% para establecer la significación de la diferencia.

Sesgos y limitaciones del estudio.

Ausencia, en ambos centros (CPD y CRPP) de historia clínica electrónica o soporte digital integrado,

A. M. López-Sánchez, P. R. Rodríguez-Santos, J. R. Borraz, G. Cruzado, M.P. Fernández-Prieto, R. González de Cos

En cuanto a la recogida de datos, exponer la cumplimentación deficiente de la historia clínica. Las razones para la no cumplimentación pueden ser varias: una es la gran cantidad de formularios o impresos a rellenar, con cambios de modelo constantes que no siempre están en uso. También puede existir apatía u otras razones. En cualquier caso, hacemos autocrítica de esta insuficiencia.

En lo que respecta al estudio, reseñar previamente la controversia dentro del grupo investigador, acerca del corte cronológico para la acotación de la muestra. Se nos planteaban dudas respecto del tratamiento de las 'colas' o remanentes de pacientes que no cumplían estrictamente los criterios de inclusión en el estudio. Establecimos dos criterios cronológicos:

- Exclusión de los enfermos de CRPP/CPD, anteriores al 1 de enero de 2010.
- Exclusión de pacientes ingresados después del 31 de octubre de 2011, a pesar de su posible mejoría psicopatológica.

Este último criterio se estableció considerando 60 días un tiempo suficiente de comprobación de los primeros signos de estabilidad (efecto terapéutico, introspección, cambios conductuales, etc.) en pacientes afectivos; cuya mejoría suele ser más lenta respecto de la de los enfermos psicóticos. Por supuesto, se incluyeron en el estudio aquellos pacientes en los que se observó mejoría antes de los 60 días.

En ambos centros la mayoría de los pacientes son varones. En el caso del CPD, en general¹³, el dato es atribuible a la escasa población penitenciaria femenina española y, en particular, a la mínima proporción de mujeres en el CPD, un 2% de la población reclusa del centro¹⁴.

Si bien es muy importante el consumo de tóxicos, hemos estimado los trastornos psíquicos de modo estricto, a fin de evitar el encasillamiento de la mayor parte de consumidores en el trastorno de patología dual. Así, en cualquier paciente, consideramos como patología dual aquel trastorno psíquico derivado únicamente del consumo continuado de tóxicos.

A diferencia del CRPP, en el programa del CPD no existe alta médica, sino por traslado. En este caso, el paciente seguirá incluido en el PAIEM, en el centro penitenciario a donde es conducido.

Existencia del criterio específico de exclusión para el ingreso en CRPP "el trastorno grave de la personalidad con predominio de las conductas antisociales, sexuales y agresivas que requieran custodia permanente por su alto grado de peligrosidad social".

Para recabar información acerca de las TICs, comisionados por el Colegio de Enfermería de Cantabria, acudimos a la primera edición de *e-salud*, sección de Sanidad del salón internacional de informática SIMO Network, celebrado en Madrid (octubre 2011).

4.- RESULTADOS.

La diferencia de edad es significativa ($p < 0,05$): la media de edad en el CPD es de 38,4 años y el mayor número de pacientes (47%), está en el grupo de edad de 31-40 años. En el CRPP la media de edad es de 44,29 y el grupo mayoritario es el de 41-50 años, con un 30% de pacientes. Fig. 1

En la distribución por sexos la diferencia es significativa ($p = 0,014$). En ambos centros la mayoría de pacientes son varones (CPD 85,45% y CRPP 67,97%). Fig. 2.

En ambos centros el consumo de tóxicos es importante: el

Enfermería y salud mental: un estudio con dos poblaciones de pacientes. Uso de las TICs como herramienta de gestión eficaz.

51,5% en CRPP y el 76,4% de los pacientes del CPD. La diferencia es muy significativa ($p=0,002$). Fig. 5.

El tipo de trastorno mayoritario en ambos centros es el psicótico con un 65,63% en CRPP y un 43,64% en CPD. La diferencia es significativa ($p=0,006$). Fig. 6.1 y 6.2.

En cuanto a los trastornos de la personalidad la diferencia es muy significativa ($p=0,000$). Son los segundos en importancia en CPD (36,36%), mientras que en el CRPP ocupan el 4º lugar (8,59%). Fig. 6.1 y 6.2.

En los trastornos afectivos la diferencia no es significativa ($p=0,402$). Ocupan el tercer lugar (10,91%) en el CPD y el segundo en el CRPP (14,06%). Fig. 6.1 y 6.2.

La patología dual representa el cuarto trastorno psíquico en el CPD (5,45%). En el CRPP constituye la tercera afectación (11,72%). La diferencia no es significativa ($p=0,192$). Fig. 6.1 y 6.2.

En el CPD consumen hipnóticos/inductores del sueño, el 80% de los pacientes. En el CRPP, el 50%. La diferencia es muy significativa ($p=0,001$). Fig. 9.

En el apartado de ofertas de trabajo al alta, las cifras son muy parecidas en ambos centros: un 3,64% en el CPD por un 4,69% en el CRPP. La diferencia no es significativa.

Existe una diferencia significativa en cuanto a la percepción de prestaciones económicas. Mientras que en el CRPP, el 80,47% de los pacientes recibe algún tipo de prestación, en el CPD la percepción económica sólo alcanza al 47,27% de los enfermos.

Valoramos muy positivamente la asistencia a la sección e-salud de SIMO Network 2011. Algunas ponencias y debates nos han permitido comprender conceptos tales como proactividad, alfabetización sanitaria, empoderamiento, prescripción de internet, transparencia e interacción activa. Esperamos desarrollar en el futuro algún proyecto enfermero en la línea TIC.

Del empleo de las TICs consideramos de utilidad un pequeño terminal portable (KeySecureTM) muy versátil, con sistema operativo propio. Trabaja mediante encriptado y almacenado directo de los datos. Cuenta con protección, incluso en caso de robo. Es un terminal PC realmente útil para la gestión de bases de datos de pacientes, asegurando su confidencialidad.

5.- DISCUSIÓN.

El grupo de edad de entre 31-40 años es el mayoritario en el CPD, lo que coincide con los datos del Instituto Nacional de Estadística respecto a la edad de la población general penitenciaria¹⁴. En el CRPP el grupo de edad que contiene mayor número de pacientes es el de entre 41 y 50 años, Atribuimos estas diferencias en los grupos de edad de ambas poblaciones con la edad de delincuencia y el cumplimiento de penas en el CPD, y con el mayor porcentaje de individuos mayores de 60 años internados en el CRPP.

El consumo de tóxicos es elevado en las dos poblaciones de pacientes. Llamamos la atención las cifras del CPD. Pensamos que el hecho tiene relación con circunstancias de la vida del consumidor/pequeño traficante de drogas como son el escaso control familiar, fracaso escolar, desarraigo, marginación, consumo-tráfico; que conducen al ingreso en prisión. En ella, los consumidores de drogas están sobrerrepresentados, si se compara con la población general¹⁵⁻¹⁶.

El trastorno mas importante en ambas poblaciones es el psicótico. La diferencia entre ambos es significativa, con mayor número

de pacientes en el CRPP. Al existir criterios de exclusión en el CRPP, ausentes en el CPD, consideramos que este resultado no se opone a los hallados en dos estudios: uno sobre cárceles españolas¹⁶ y otro noruego¹⁷, que encuentran un mayor índice de población psicótica con respecto a la población general.

En cuanto a los trastornos de la personalidad la diferencia es muy significativa entre ambos centros pero al igual que en el caso anterior consideramos que carece de relevancia puesto que es criterio específico de exclusión para el ingreso en CRPP¹⁸.

Los trastornos afectivos son los segundos en importancia en el CRPP. No hay diferencias significativas entre ambos centros.

El parámetro de continuidad en las actividades de rehabilitación de cada centro arroja una diferencia significativa. En el CPD los pacientes acuden a las actividades al 100%, mientras que la continuidad en el CRPP baja al 82,81%. Creemos que el porcentaje del CPD es debido a los beneficios penitenciarios de reclasificación de grado y obtención de permisos inherentes a la participación en las actividades indicadas para cada tipo de condena. El resultado en el CRPP nos sorprende. Consideramos pobre este índice de continuidad en actividades rehabilitadoras, teniendo en cuenta que es la función esencial del centro. No encontramos razones que expliquen esto, a no ser la insuficiente motivación de algunos pacientes, el escaso atractivo de la actividad rehabilitadora o la existencia de deficiencias organizativas.

El apartado de prevención de recaídas hace referencia, entre otros factores, a la psicoeducación que reciben los pacientes de cara a evitar el abandono del tratamiento farmacológico. Los resultados en este apartado son exactamente contrarios a los encontrados en el ítem comentado anteriormente: el 83,59% de los pacientes del CRPP acuden a los talleres de Psicoeducación programados. La cifra es la esperable. Por contra, en el CPD, sólo un 38,18% de los pacientes recibe instrucción en este aspecto.

Hemos observado una mejoría significativa en la evolución de la totalidad de variables del bloque sintomatológico y cognitivo-conductual/relacional (Tabla 2). Comparadas entre los centros, las diferencias no son significativas, a excepción de dos parámetros: las alucinaciones (significativas) y la conciencia de enfermedad (muy significativas). Tabla 2. Fig. 5.1. y 5.2.

En lo referente a la persistencia de alucinaciones al final del estudio en el CPD, una posible interpretación es el hecho constatado del mayor consumo de tóxicos respecto del CRPP. En la conciencia de enfermedad, la diferencia es muy significativa, mucho mayor en el CPD al ingreso. Hemos de tener en cuenta el momento psicopatológico del ingreso en prisión del paciente penitenciario. También pueden existir estrategias de defensa jurídica, ya que la declaración de enfermedad mental previa constituye un atenuante al ingreso en prisión.

La diferencia es muy significativa en el consumo de sedantes/hipnóticos, superior en el CPD. Lo atribuimos, por un lado, al mayor número de enfermos con trastornos de la personalidad, usuarios de este tipo de tratamiento (36,3%) y a la frecuentación de estos pacientes en el consumo de tóxicos.

Nos parece sustancial comentar, respecto de las posibilidades laborales del paciente mental, que son exigibles, aún en estos tiempos poco proclives, políticas prioritarias de inserción laboral mediante fórmulas imaginativas (talleres protegidos, cooperativas, etc.) que permitan la integración real de estos enfermos.

En cuanto a las variables cuantitativas, son reseñables dos: la talla media, más baja en el CRPP por el mayor número de pacien-

A. M. López-Sánchez, P. R. Rodríguez-Santos, J. R. Borraz, G. Cruzado, M.P. Fernández-Prieto, R. González de Cos

tes del sexo femenino en este centro y la estancia en días, mucho más prolongada en el CPD por razones evidentes de cumplimiento de condena. Ya dijimos que en el CPD, los pacientes del PAIEM no obtienen altas médicas, sino administrativas, por traslado de centro. Ambos: talla y estancia en días son parámetros cuantitativos claramente diferenciadores.

Comparados los parámetros “supervisión de la toma de medicación” y adquisición de “conciencia de enfermedad”, parece existir una correlación importante, a pesar de existir diferencias de significación estadística: el primero de los ítems no arroja una diferencia significativa entre los centros, aunque sí el segundo.

El paciente, es supervisado durante la toma de medicación; en el ingreso, de manera constante. Conforme avanza su mejoría, la supervisión se puede relajar si se comprueba una mejor adherencia terapéutica y ganancia de insight o conciencia de enfermedad. En ambos centros, la necesidad de supervisión disminuye. Correlativamente inversas son las cifras de adquisición de insight, que aumentan.

La obtención de prestaciones económicas requiere una serie de trámites burocráticos que normalmente realizan los familiares del paciente mental y/o los servicios sociales. En el caso del CPD, las cifras encontradas son muy bajas, lo que sugiere menor apoyo familiar. En muchos casos las gestiones se inician a través de personal del centro.

Es muy relevante la incidencia de las TICs en la disminución del error sanitario y en el ahorro de costes. Según un informe sueco (2010) de la presidencia rotatoria de la UE, se estima en 7.500 millones de euros al año el ahorro derivado del uso de las tecnologías e-health: “las tecnologías de la información aplicadas a los centros sanitarios, hospitales y farmacias reducen en un 30% los errores en la prescripción. Además, se pueden evitar más de 100.000 eventos adversos, es decir, errores resultantes de la práctica clínica”¹⁹, según datos de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

6.- CONCLUSIONES.

Esencialmente las dos poblaciones de enfermos mentales estudiadas son similares en cuanto a las patologías encontradas, en la respuesta a los tratamientos farmacológicos y a la actividad rehabilitadora.

Los resultados obtenidos en los parámetros psíquicos después de la atención multidisciplinar al paciente psiquiátrico en el CPD son equiparables a los resultados obtenidos en los pacientes internados en el CRPP, obteniéndose en ambos una mejoría demostrada. Si bien existen connotaciones en el proceso rehabilitador, estas se deben a factores intrínsecos de cada centro y a su di-

7.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Bravo Ortiz M.F. Rehabilitación psiquiátrica y orientación a la familia. Manual de Psiquiatría. SEP/AEN 2009.Pdf
- 2.- Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario. Dic 2006. Pdf.
- 3.- Fundación Manantial. Estudio PreCa (Prevalencia de trastornos mentales en cárceles) 2010. Información en: http://www.fsjd.org/es/seg%C3%BAAn-el-informe-preca-el-40-de-los-internos-de-c%C3%A1rcel-espa%C3%B1olas-padece-alg%C3%BAAn-tipo-de-trastorno-mental_35331
- 4.- Ministerio del Interior. Distribución de la población reclusa por sexo. Estadística penitenciaria. Disponible en: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/documentos/estadisticas.html?r=m&adm=TES&am=2012&mm=1&tm=GENE&tm2=GENE>
- 5.- Arroyo-Cobo J.M. Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. Rev. Española de Sanidad Penitenciaria. vol.13 nº 3 Barcelona Nov-Feb 2011
- 6.- Sánchez Bursón, J.M. Pacientes mentales en prisión. Rev. AEN 2001; 21 (078): 139-155. Disponible en: https://aen.es/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=2238&Itemid=51
- 7.- FEAFES. Conclusiones. Jornadas sobre Personas con enfermedad mental en régimen penitenciario. 2009. Disponible en: <http://feafes.org/publicaciones/accionesocial/centros-penitenciarios/jornadas-personas-enfermedad-mental-regimen-penitenciario-3069/>
- 8.- Ortiz González A.L. La situación de las personas con enfermedad mental en prisión: aspectos legales. Ponencia. “Jornadas sobre personas con enfermedad mental en régimen penitenciario” Madrid 2009.
- 9.- González Granda P. Propuestas de mejora en el marco jurídico-social de protección del discapacitado psíquico por enfermedad mental. FEAFES 2009
- 10.- Instituto Asturiano “Adolfo Posada” –Fiscalía Superior de Asturias-Secretaría general de Instituciones Penitenciarias–C.P. de Villabona. Salud Mental y sistema penitenciario. Jornadas sobre Delito y Sociedad. Nov-dic 2010. Información en: <http://fontcalent.wordpress.com/tag/enfermedad-mental/>
- 11.- Grupo de trabajo sobre salud mental en prisiones. Guía de Atención Primaria de la Salud Mental en prisión. OME Editorial. 2011.
- 12.- Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Programa Marco para la Atención Integral de enfermos Mentales en Centros Penitenciarios. Conclusiones. Puntos 1 y 3.
- 13.- Ministerio del Interior. Distribución de la población reclusa por sexo. Estadística penitenciaria. Disponible en: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/documentos/estadisticas.html?r=m&adm=TES&am=2012&mm=1&tm=GENE&tm2=GENE>
- 14.- Estudio sociológico del CPD (2010).
- 15.- Observatorio Europeo de las drogas y toxicomanías. El problema de la drogodependencia en Europa.2005. ISSN 1609-607X. Disponible en: http://europa.eu/agencias/regulatory_agencias_bodies/policy_agencias/emcdda/index_es.htm También en Pdf.
- 16.- Arroyo-Cobo J.M. Health care strategies for mental health problems in the prison environment, the Spanish case in a European context. Rev Esp. sanit Penit 2011Feb;13(3):100-11. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22071489>
- 17.- Kjelsberg, E., Hartvig, P. et al. Mental health consultations in a prison population: a descriptive study. BMC psychiatry. 2006; 6:27
- 18.- Centro de rehabilitación psiquiátrica de Parayas. Criterios de derivación.
- 19.- Diario EL PAÍS. La receta electrónica reduce un 30% las visitas a los centros de salud. El País. 17.04.2010. Disponible en: http://elpais.com/diario/2010/04/17/economia/1271455209_850215.html

Enfermería y salud mental: un estudio con dos poblaciones de pacientes.
 Uso de las TICs como herramienta de gestión eficaz.

TABLA 1.- VARIABLES CUANTITATIVAS.

	Estadísticos de grupo					Prueba T de Igualdad de Medias
	Centro	N	Media típica	Desviación de la media	Error típico	Sig. (bilateral)
Edad al ingreso.	CPED	55	38,36	9,066	1,223	,002
	CRPP	128	44,29	12,986	1,148	
Peso al ingreso.	CPED	55	79,54	15,261228	2,057824	,626
	CRPP	128	78,26	16,660676	1,472610	
Talla al ingreso.	CPED	55	172,81	7,91644	1,06745	,001
	CRPP	125	167,94	9,30630	,83238	
Índice Masa Corporal al ingreso.	CPED	55	26,52	4,39024	,59198	,468
	CRPP	127	27,21	6,38220	,56633	
Tensión arterial sistólica al ingreso.	CPED	55	121,18	12,137	1,637	,047
	CRPP	125	125,56	14,081	1,259	
Tensión arterial diastólica al ingreso.	CPED	55	75,51	11,725	1,581	,001
	CRPP	125	81,27	10,086	,902	
Frecuencia cardiaca al ingreso.	CPED	55	83,82	13,437	1,812	,196
	CRPP	123	86,62	13,250	1,195	
Tiempo de estancia en días.	CPED	55	216,80	175,105	23,611	,000
	CRPP	128	134,43	97,311	8,601	
Peso al alta.	CPED	21	87,31	25,449269	5,553486	,060
	CRPP	128	79,59	15,626010	1,381157	
Talla al alta.	CPED	52	173,15	8,016	1,112	,001
	CRPP	125	167,90	9,355	,837	
Índice de masa corporal al alta.	CPED	20	28,71	7,564	1,691	,360
	CRPP	125	27,26	6,437	,576	
Tensión arterial sistólica al alta.	CPED	22	115,50	9,038	1,927	,064
	CRPP	108	122,04	15,871	1,527	
Tensión arterial diastólica al alta.	CPED	22	70,45	7,707	1,643	,002
	CRPP	107	78,51	11,697	1,131	
Frecuencia cardiaca al alta.	CPED	16	74,38	22,978	5,744	,017
	CRPP	86	85,36	15,168	1,636	

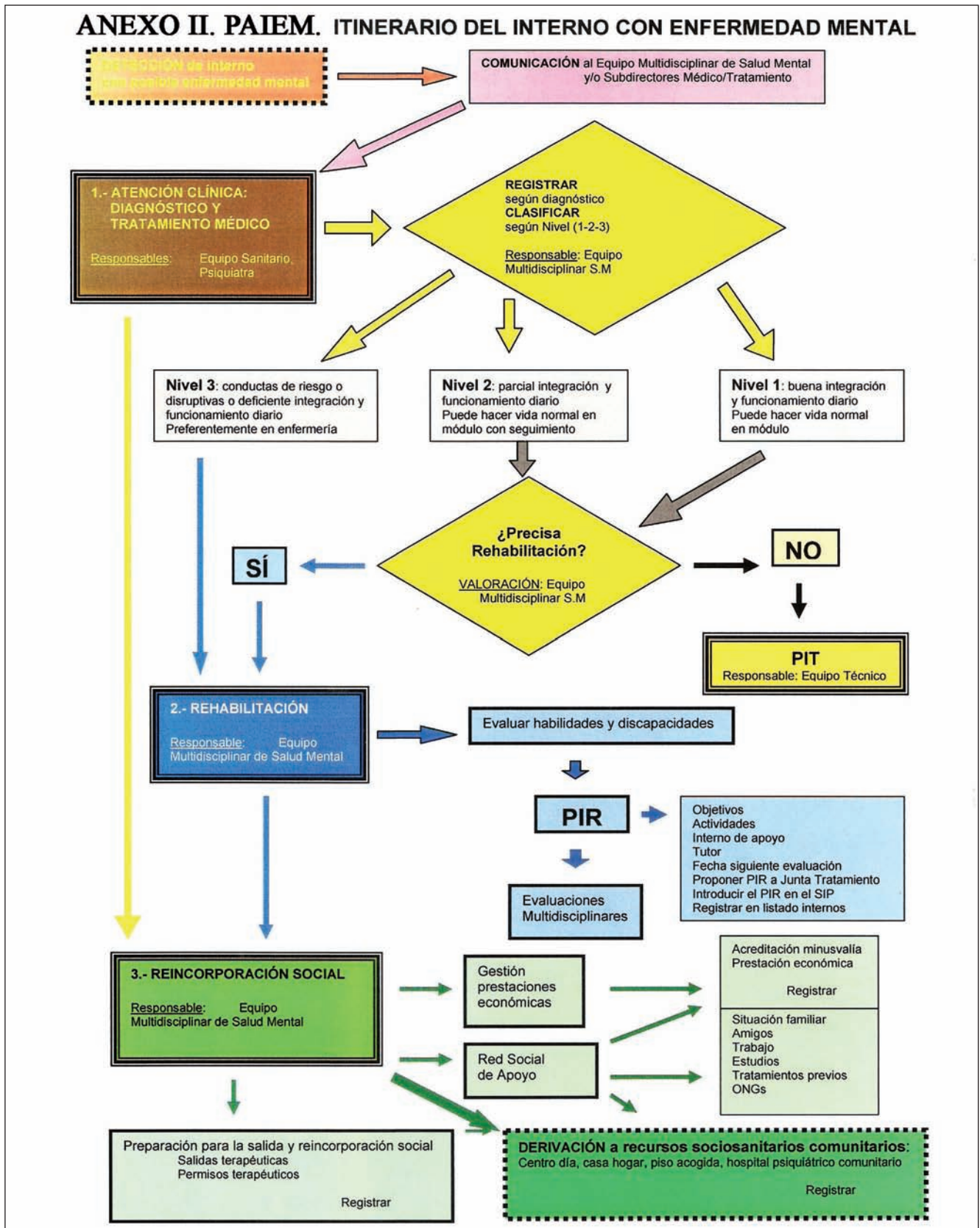
ANEXO I.-

NIVELES DE INTERVENCION

Se establecen tres niveles de intervención de acuerdo a la situación y evolución que a lo largo del programa pueda presentar el paciente:

Características clínicas	Calidad de respuesta y tipo de intervención
<ul style="list-style-type: none"> Ausencia de conductas de riesgo. Ausencia de conductas disruptivas. Síntomas que no interfieren significativamente con la integración al medio y el funciona-miento diario. 	<p>NIVEL 1. BUENA RESPUESTA. (si están todos los criterios presentes) Precisa seguimiento. Puede hacer vida normal en los módulos</p>
<ul style="list-style-type: none"> Persistencia de síntomas que interfieren parcialmente con el funcionamiento diario y la integración. 	<p>NIVEL 2. RESPUESTA PARCIAL. Precisa seguimiento. Preferentemente puede hacer vida normal en los módulos. Valoración de interno de apoyo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Persistencia de conductas de riesgo. Persistencia de conductas disruptivas. Síntomas que interfieren significativamente con la integración al medio y el funciona-miento diario 	<p>NIVEL 3. MALA RESPUESTA. (si esta cualquiera de los criterios presentes) (BJA ADAPTACION) Precisa control.</p>

ANEXO II.- PAIEM: ITINERARIO DEL INTERNO CON ENFERMEDAD MENTAL



Enfermería y salud mental: un estudio con dos poblaciones de pacientes.
Uso de las TICs como herramienta de gestión eficaz.

ANEXO III.- FICHA DE RECOGIDA DE DATOS

RECOGIDA DE DATOS

----- ALTA ----- registro nº

01 Centro: CPED CRPP 02 fecha

03 Edad: 04 Sexo: 1 2 3 05 ¿Es el primer ingreso?: 1 2 3

06 Peso/07 Talla: 08 IMC: 09 ABVDs: 1 2 3 10 IQ previas: 1 2 3

11 TA: 12 FC: 13 Ej. físico: 1 2 3 14 Trabajo actual: 1 2 3

15 CyOx3: 1 2 3 16 Riesgo autolítico: 1 2 17 Conciencia enfermedad: 1 2 3

18 AAAA: 1 2 3 19 Delirios: 1 2 3 20 Actitud toma de medicación: 1 2 3

Comunicación: 21 Con el personal: 1 2 3 22 ANEXO IV Con otros pacientes: 1 2 3

23 Toxicomanías: Legales 24 tabaco 25 alcohol
No legales 26 UDIV 27 NO UDIV

271 Heroína 272 Cocaína 273 Anfetaminas
274 Metadona 275 THC 276 Otras

28 Enfs. infecto-contagiosas: 1 2 3 29 ETS 30 VHB 31 VHC 32 VIH 33 TBC

34 Dieta: 1 2 3 35 ingesta excesiva de líquidos: 1 2 3

Patrón evacuación: 36 hábitos intestinales: 1 2 3 37 hábitos urinarios: 1 2

38 Patrón sueño nocturno: 1 2 3 39 ¿precisa hipnóticos/inductores del sueño?: 1 2

41 Diagnóstico psiquiátrico principal: - trastorno de personalidad⁽¹⁾ - patología psicótica⁽²⁾
- trastorno afectivo⁽³⁾ - patología dual⁽⁴⁾ - otros⁽⁵⁾

42 Diagnósticos somáticos: 43 cardiovascular (HTA/ICC/IAM/IV)⁽²⁾ 44 metabólicos (SM, diabetes...)⁽³⁾
45 Respiratorio (EPOC...)⁽⁴⁾ 46 neurológico⁽⁵⁾ 47 otros⁽⁶⁾

----- ALTA -----

48 Tiempo de estancia (en meses):

49 Características del alta: Otra institución⁽¹⁾ Piso tutelado⁽²⁾ Domicilio⁽³⁾ Otros⁽⁴⁾

50 Permanece en el centro 51 ¿Tiene ofertas de trabajo?: 1 2 3

52 Peso/talla: 53 IMC: 54 TA: 55 FC: 56 Ej. físico: 1 2 3

MEJORÍAS:

57 CyOx3: 1 2 3 58 ABVDs: 1 2 3 59 Conciencia enfermedad: 1 2 3

60 AA: 1 2 3 61 Delirios: 1 2 3 62 Actitud toma de medicación: 1 2 3

COMUNICACIÓN: 63 Con el personal: 1 2 3 64 Con otros pacientes: 1 2 3

65 ¿ha participado en salidas fuera del centro con personal u otros pacientes?: 1 2 3

66 ¿ha participado en actividades del centro?: 1 2 3

67 ¿tuvo continuidad en ellas?: 1 2 3

68 ¿ha recibido visitas de familiares/amigos?: 1 2 3

69 ¿en algún momento ha estado sometido a contención mecánica?: 1 2 3

70 ¿ha presentado algún reingreso/reagudización de su enfermedad?: 1 2 3

71 ¿persiste el mismo diagnóstico psiquiátrico principal?: 1 2 3

72 ¿el paciente conoce la información referente a prevención de recaídas?: 1 2 3

73 ¿tiene procesos judiciales pendientes? 1 2 3

ANEXO IV.– GUÍA PARA LA RECOGIDA UNIFORME DE DATOS

Con la finalidad de que el estudio estadístico que se realice al final de la recogida de datos no presente problemas. Es necesario valorar en cada caso si la omisión del dato tiene significación por defecto de “no” o de “sí”.

Registro número. A rellenar con posterioridad por coordinador de grupo.

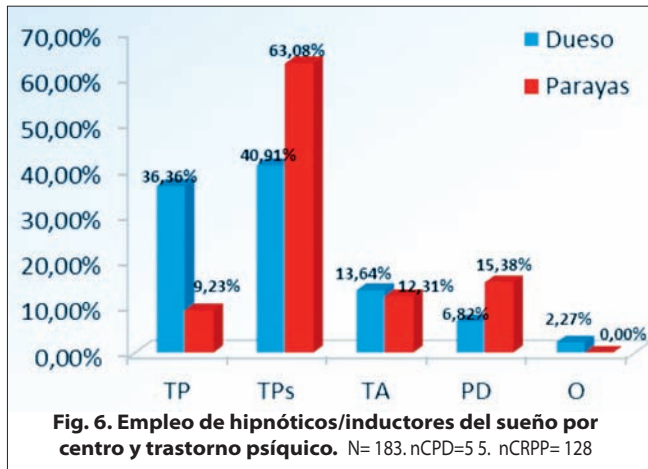
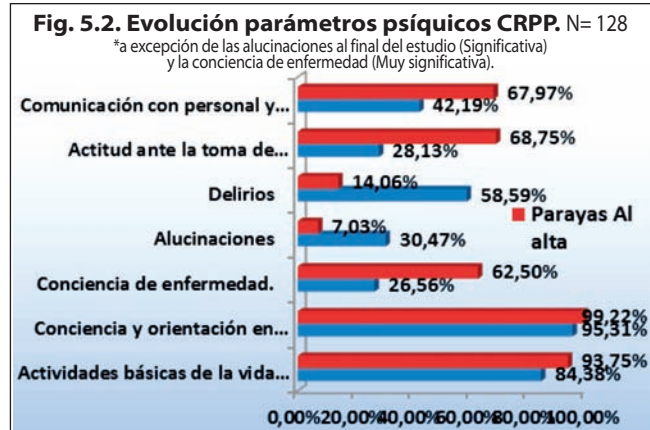
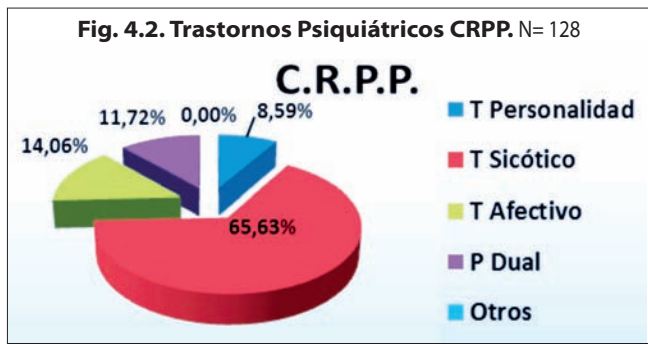
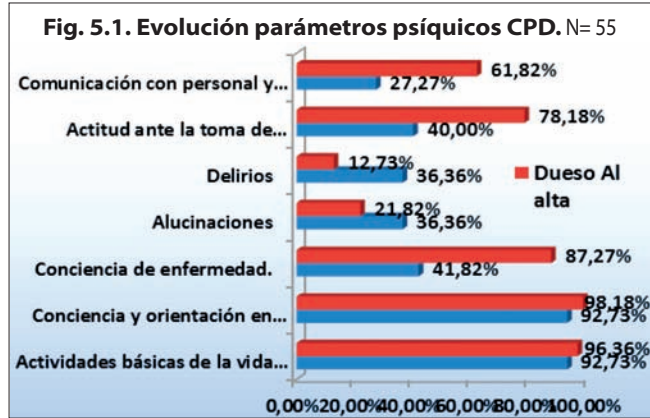
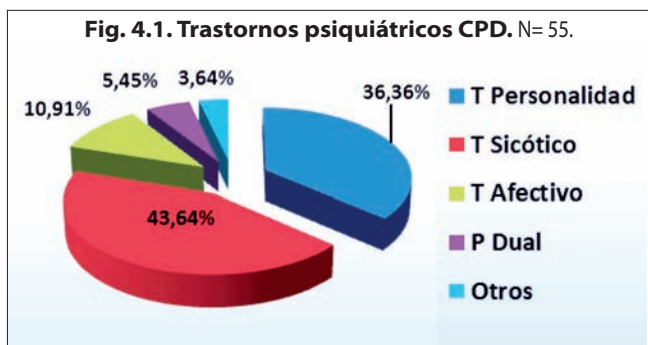
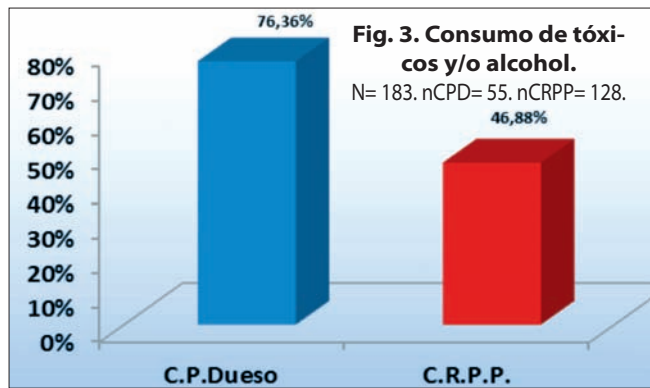
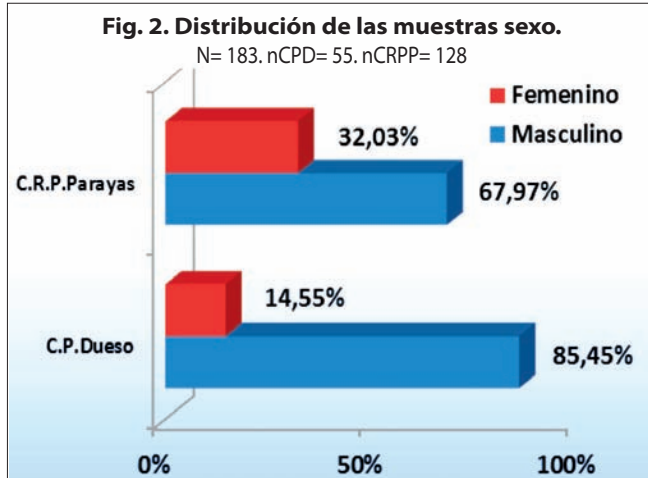
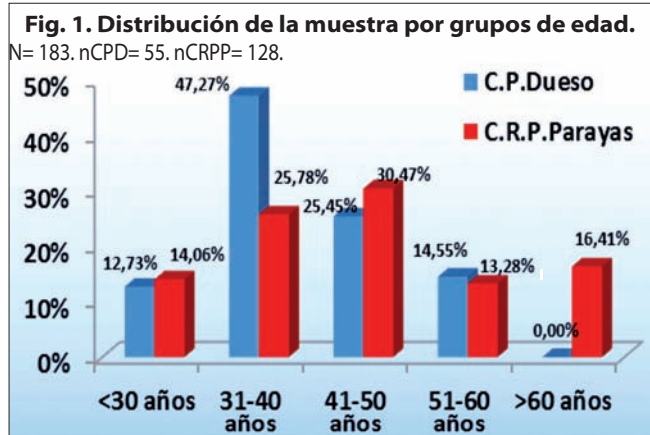
01. Variable cualitativa. **Centro.** CPD. 1. Centro Penitenciario El Dueso. 2. CRPP. Centro de rehabilitación Psiquiátrica de Parayas.
02. Variable cuantitativa. **Fecha.** Referida a fecha de ingreso en el centro para CRPP y fecha de ingreso en PAIEM para CPD.
03. Variable cuantitativa. **Edad.** Referida a edad al ingreso en el centro para CRPP y edad al ingreso en PAIEM para CPD.
04. Variable cualitativa. **Sexo.** 1. Masculino 2. Femenino.
05. Variable cuantitativa. **Primer ingreso.** 1.Si. 2.No.
06. Variable cuantitativa. **Peso.**
07. Variable cuantitativa. **Talla.**
08. Variable cuantitativa. **IMC** (Índice de masa corporal) No es necesario realizar su cálculo. Función automatizada en base de datos.
09. Variable cualitativa. **ABVDs** (Actividades Básicas de la vida diaria) Capacidad de realización de comer, beber, bañarse, acicalarse, vestirse, ir al cuarto de baño, movilidad en la cama, trasladarse, deambular, subir escaleras, comprar, mantenimiento de habitación. 1. Si. (capacidad de realizar todas) 2. No (incapacidad de realizar alguna de ellas).
10. Variable cualitativa. **Intervenciones quirúrgicas previas.** 1.Si 2.No
11. Variable cuantitativa. **Tensión arterial** medida en los primeros días tras el ingreso.
12. Variable cuantitativa. **Frecuencia cardíaca** medida en los primeros días tras el ingreso.
13. Variable cualitativa. Realización de **ejercicio físico:** 1. Si 2. No.
14. Variable cuantitativa. **Trabajo actual.** 1. Si 2. No
15. Variable cuantitativa. **CyOx3.** Conciencia y orientación en tiempo, espacio y persona. 1.Si (todas presentes) 2.No (alguna)
16. Variable cualitativa. **Riesgo de provocarse autolesiones.** 1.Si 2.No
17. Variable cualitativa. **Conciencia de enfermedad.** 1.Si 2.No
18. Variable cualitativa. **AAAA** Alucinaciones (Percepciones sin objeto) auditivas y/o visuales. 1. Si (presentes ambas o alguna) 2. No (ausentes las dos)
19. Variable cualitativa. **Delirios,** Creencia que es falsa, extravagante o derivada de un engaño, resultado de una enfermedad o proceso de una enfermedad. 1.Si (presentes) 2. No (ausentes)
20. Variable cualitativa. Cumplimiento terapéutico. Grado con que el paciente sigue el compromiso o pacto establecido con los profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, farmacéuticos, etc.) que le atienden, en relación a los medicamentos que debe tomar, al seguimiento de una dieta o cambios en el estilo de vida en general. Referida como actitud ante la **toma de medicación.** 1. Siempre la toma. 2. Hay que llamarle a veces. 3. Siempre hay que llamarle.
21. Variable cualitativa. **Comunicación con el personal.** La comunicación en la salud mental es clave como herramienta de abordaje terapéutico. 1. Buena. 2.Mala. 3.Variable.
22. Variable cualitativa. Igual que anterior. **Comunicación con otros pacientes.** 1. Buena. 2. Mala. 3. Variable.
23. Variable cualitativa. **Toxicomanías.** 1.Si 2.No. En general, independientemente de la vía y legalidad. Del 24 al 27 se recogen los datos pormenorizados. Un mismo paciente puede ser politoxicómano.
24. Variable cualitativa. Si 23.1 **Legales Tabaco.** Consumo de tabaco Si.
25. Variable cualitativa. Si 23.1 **Legales Alcohol.** Consumo de Alcohol Si.
26. Variable cualitativa. Si 23.1 **No legales UDIV.** Consumo No legales UDIV Si.
27. Variable cualitativa. Si 23.1 **No legales No UDIV.** Consumo No legales No UDIV Si. 271 Heroína 272 Cocaína 273 Anfetaminas 274 Metadona 275 THBC. Señalar lo que proceda
28. Variable cualitativa. **Enfermedades infecto contagiosas.** 1.Si 2.No. En general, independientemente de la enfermedad infecciosa padecida. Del 29 al 34 se recogen individualmente. Un mismo paciente puede padecer varias.
29. Variable cualitativa. Si 28.1 Padecimiento de enfermedades de transmisión sexual. ETS
30. Variable cualitativa. Si 28.1 Padecimiento de **Hepatitis B**
31. Variable cualitativa. Si 28.1 Padecimiento de **Hepatitis C**
32. Variable cualitativa. Si 28.1 Padecimiento de infección **VIH o SIDA.**
33. Variable cualitativa. Si 28.1 Padecimiento de infección **tuberculosa o tuberculosis.**
34. Variable cualitativa. **Dieta** 1. Normal 2. Restrictiva (en pacientes con exceso patológico de peso) 3. Con suplementos (en pacientes con carencias metabólicas).
35. Variable cualitativa. **Ingesta excesiva de líquidos** (mecanismo que algunos pacien-

tes emplean para el “lavado de medicación”). 1. Si. 2. No.

36. Variable cualitativa. Patrón de evacuación **hábitos intestinales.** 1. Normal. 2. Diarrea. 3. Estreñimiento.
37. Variable cualitativa. Patrón de evacuación **hábitos vesicales.** 1. Normales. 2. Alterados (cualquier tipo de alteración: disuria, nicturia, poliuria, anuria, etc...)
38. Variable cualitativa. Patrón de sueño. **Siesta.** 1. Si 2. No
39. Variable cualitativa. Patrón de sueño. **Noche.** 1. < 4h 2. 4h-6h 3. >6h
40. Variable cualitativa. Empleo de hipnóticos/inductores. Sumados a los medicamentos de su tratamiento psiquiátrico. 1. Si. 2. No.
41. Variable cualitativa. **Diagnóstico psiquiátrico principal.** Marcar el que proceda (Uno solamente; el que sea motivo de su ingreso)
42. Variable cualitativa. Diagnóstico **somático.** Padecimientos de enfermedades orgánicas 1. Si. 2. No. Del 43 al 47 de forma individualizada. Un solo paciente puede padecer varias.
43. Variable cualitativa. Diagnóstico somático. 1. Si. **Cardiovascular.** Muesquear si procede.
44. Variable cualitativa. Diagnóstico somático. 1. Si. **Metabólico.** Muesquear si procede.
45. Variable cualitativa. Diagnóstico somático. 1. Si. **Respiratorio.** Muesquear si procede.
46. Variable cualitativa. Diagnóstico somático. 1. Si. **Neurológico.** Muesquear si procede.
47. Variable cualitativa. Diagnóstico somático. 1. Si. **Otros.** Muesquear si procede.
48. Variable cuantitativa. **Tiempo de estancia.** Desde su ingreso hasta su salida del centro. Se estructurara en tres grupos: Menos de 6 meses, entre 6 y 12 meses, mas de 12 meses.
49. Variable cualitativa. **Características al alta** referido al destino del paciente. Muesquear lo que proceda .
50. Variable cualitativa. **Ofertas de trabajo.** 1. Si 2. No
51. Variable cuantitativa. **Peso.**
52. Variable cuantitativa. **Talla.**
53. Variable cuantitativa. **IMC.** Índice de masa corporal en los últimos días antes del alta. No es necesario realizar su cálculo. Función automatizada en base de datos.
54. Variable cuantitativa. **Tensión arterial** medida en los últimos días antes del alta.
55. Variable cuantitativa. **Frecuencia cardíaca** medida en los últimos días antes del alta.
56. Variable cuantitativa. Realización de **ejercicio físico** antes del alta: 1.Si 2.No.
57. Variable cuantitativa. **CyOx3.** Igual que 15 pero al alta. Conciencia y orientación en tiempo, espacio y persona al alta. 1. Si 2. No
58. Variable cualitativa. **ABVDs** (Actividades Básicas de la vida diaria). Igual que 9. Capacidad de realización al alta. 1. Si. 2. No.
59. Variable cualitativa. **Conciencia de enfermedad** al alta. 1.Si 2.No
60. Variable cualitativa. **AAAA** Alucinaciones Auditivas y/o visuales. Igual que 18 pero al alta. 1. Si 2. No
61. Variable cualitativa. **Delirios.** Igual que 19 referidos al alta, 1.Si 2.No.
62. Variable cualitativa. **Actitud ante la toma de medicación** igual que 20 al alta. 1. Siempre la toma. 2. Hay que llamarle a veces. 3. Siempre hay que llamarle.
63. Variable cualitativa. **Comunicación con el personal.** Igual que 21 pero al alta. Buena. 2. Mala. 3. Variable.
64. Variable cualitativa. **Comunicación con otros pacientes.** Igual que 22 pero al alta. Buena. 2. Mala. 3. Variable.
65. Variable cualitativa. **Salidas fuera del Centro.** Si la salida es única o repetida 1.Si. 2.No.
66. Variable cualitativa. **Participación en actividades del centro.** 1.Si. 2.No.
67. Variable cualitativa. **Continuación en actividades del centro.** 1.Si. 2. No.
68. Variable cualitativa. **Visitas de familiares y amigos.** 1.Si. 2.No.
69. Variable cualitativa. **Contención mecánica** en alguna ocasión. Preciso o no en alguna ocasión inmovilización con correas 1. Si. 2. No.
70. Variable cualitativa. **Algún reingreso/reagudización.** 1. Si. 2. No. En el caso del Dueso se considera como tal la involución de nivel (paso de nivel 1 a 2 ò a 3 y de 2 a 3).
71. Variable cualitativa. **Persistencia de diagnóstico psiquiátrico principal.** Si el diagnóstico se ha modificado desde su ingreso. 1. Si. 2. No.
72. Variable cualitativa. **Conocimiento de Información sobre recaídas.** 1. Si. 2. No
73. Variable cualitativa. **Procesos judiciales pendientes** desde su inicio hasta la libertad incluido el cumplimiento de sentencia. 1. Si. 2. No.

Enfermería y salud mental: un estudio con dos poblaciones de pacientes. Uso de las TICs como herramienta de gestión eficaz.

ANEXO V.- REPRESENTACIONES GRÁFICAS





FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica



Plan de cuidados de enfermería estandarizado del paciente con Ictus

Autores:

**Rosa Eva Fernández Benito^(*),
Noemí López Rojo,
Sergio Martín Toral,
Eulalia Zubillaga Cué**

*Enfermeros. Unidad de Alta Resolución
Hospitalaria (UARH). Hospital Universitario
Marqués de Valdecilla.*

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

Recibido: junio 2012
Aceptado: agosto 2012

RESUMEN

Una de las primeras causas de mortalidad en el mundo occidental es el Ictus, siendo la primera causa de incapacidad y de coste económico sanitario, repercutiendo a nivel familiar, profesional, laboral y social.

La implantación de las Unidades de Ictus en los años 90 con una actividad continuada basada en la aplicación de protocolos de diagnóstico y tratamientos explícitos, ha supuesto la disminución de la mortalidad, morbilidad y dependencia funcional de los pacientes con Ictus.

La aplicación de la taxonomía NANDA/NOC/NIC ha contribuido a la unificación de criterios, mejorando la calidad de los cuidados de enfermería orientados a conseguir unos niveles de independencia óptimos.

Palabras clave:

- Accidente cerebro-vascular.
- Diagnóstico de enfermería.
- Procesos de enfermería.

ABSTRACT

Stroke is accounted for being one of the main important causes of death in the Western world, and the first cause of disability. It also entails high health care costs, and affects family relationships, as well professional, labour and social status.

Stroke Units implementation in the 90's, whose sustained activity is based on the enforcement of the diagnosis protocols and focused on specific treatments, has decreased mortality, morbidity and functional dependency of patients affected by stroke.

Application of NANDA/NOC/NIC taxonomy has contributed to criteria unification in order to improve the quality of nursing care which is usually focused on achieving optimal levels of independence.

Keywords:

- Stroke.
- Nursing Diagnosis.
- Nursing Process.

1.- INTRODUCCIÓN.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el Ictus como un "síndrome clínico, presumiblemente de origen vascular, que se caracteriza por el desarrollo rápido de signos de afectación neurológica focal y que duran más de 24 horas o llevan a la muerte"⁽¹⁾.

El 'Código Ictus' es un procedimiento de actuación basado en el reconocimiento precoz de los síntomas y signos de un Ictus, con la priorización de cuidados y el traslado inmediato a un hospital en el paciente se pueda beneficiar de una terapia de reperfusión y/o de los cuidados especiales de una Unidad de Ictus (UI).

Para una activación precoz del 'Código Ictus' es necesario el conocimiento de sus síntomas:

- Brusca pérdida de fuerza o torpeza en brazo y/o pierna del mismo lado.
- Desviación de la comisura bucal.

- Repentina alteración del habla
- Confusión o desorientación de comienzo agudo.
- Trastorno de la sensibilidad en un lado del cuerpo o de la cara (acorchamiento en la mitad del cuerpo).
- Pérdida brusca de visión, en uno o ambos ojos o en un lado del campo visual.
- Dolor de cabeza inusual de inicio brusco, no atribuible a otras causas.
- Inestabilidad, diplopía, sensación de vértigo o mareo⁽²⁾.

Atendiendo a su naturaleza, evolución o etiología, el Ictus lo podemos clasificar en tres grandes apartados^(2,3). En la tabla I se muestra la clasificación del ICTUS.

El Ictus supone una de las primeras causas de mortalidad en el mundo occidental y la primera causa en incapacidad y coste económico. Su repercusión en el seno de las familias, en el campo

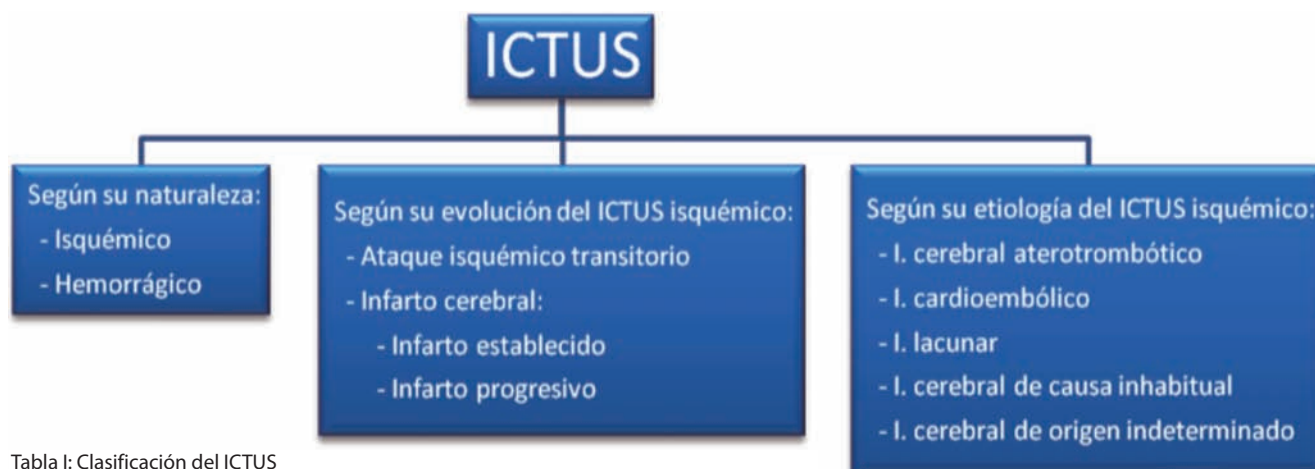


Tabla I: Clasificación del ICTUS

profesional y laboral, y en el terreno de lo social es enorme, produciendo un gasto económico muy elevado para todos los servicios sanitarios, y mayor aún si se extiende a los servicios sociales⁽²⁾.

A lo largo de la historia de la medicina, el Ictus ha estado asociado a una connotación de mal pronóstico y de imposibilidad de recuperación. Sin embargo, en las dos últimas décadas con el desarrollo de las UI, definidas como una estructura geográfica dedicada a los cuidados no intensivos o semicríticos del paciente con Ictus, en la que se realiza una actividad continua basada en la aplicación de protocolos de diagnóstico y tratamientos explícitos, ha supuesto un hito en el manejo de la enfermedad cerebrovascular; habiendo demostrado su eficacia en términos de mortalidad, recurrencia y dependencia. El ingreso de los pacientes en las UI, disminuye la mortalidad en un 17% y la morbilidad o dependencia funcional en un 25%. Suponiendo las bajas tasas de mortalidad y morbilidad aguda un indicador de calidad en la atención sanitaria⁽³⁻⁷⁾.

Conseguir que la asistencia sanitaria del Ictus sea más eficaz, incrementar estándares y plantearse retos de mejora, no sólo supone mejores perspectivas en el pronóstico de los pacientes con repercusiones importantes en enfermos de otras patologías, sino que supone una disminución del coste sanitario, porque las inversiones en este proceso patológico suponen un ahorro económico en estancias sanitarias, en coste económico sobre la dependencia y en definitiva en coste social⁽³⁾.

2.- OBJETIVOS.

1. Identificar las necesidades de salud del paciente con Ictus.
2. Establecer los planes más adecuados para resolver las necesidades identificadas en los pacientes con Ictus.
3. Actuar de forma específica para resolver las necesidades de salud identificadas en los pacientes con Ictus.

3.- PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES.

1. Las Complicaciones Potenciales (CP) principales de los pacientes con Ictus son:

- CP: Hipertensión intracraneal.
- CP: Atelectasia y neumonía, secundarias a la afectación de los reflejos de la tos y nauseoso, así como al trastorno de la deglución.
- CP: Síndrome de dificultad respiratoria del adulto, secundario a la aspiración de secreciones gástricas y a la neumonía que pueden presentarse en los accidentes cerebrovasculares.
- CP: Infarto de miocardio y arritmias cardíacas, siendo la arritmia más frecuente la fibrilación auricular (FA), asociadas con el accidente cerebrovascular isquémico.
- CP: Depresión.

2. Las Complicaciones Potenciales Secundarias son:

- CP: Coma, secundario al daño del tronco encefálico o hemisférico bilateral por edema.
- CP: Convulsiones agudas. Las zonas lesionadas del encéfalo se convierten en un foco para convulsiones recurrentes o epilepsia en un 4 a 10% de los casos.

- CP: Síndromes hipotalámicos (síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética, diabetes insípida e hipertermia).
- CP: Incontinencia fecal y urinaria, secundarias a afectación de los lóbulos frontales.
- CP: Edema pulmonar neurógeno. Trastorno poco común que se presenta, a veces, en la apoplejía relacionada con la lesión del tallo encefálico o aumento súbito de la presión intracraneal. Supuestamente se debe al flujo simpático masivo de salida, que provoca hipertensión sistémica y fuga endotelial capilar pulmonar difusa.
- CP: Embolia pulmonar, secundaria a la inmovilidad y a los cambios en el tono vasomotor.
- CP: Hemorragia gastrointestinal, secundaria a estrés.

3. Objetivos de enfermería

- Detectar los signos y síntomas de la inestabilidad fisiológica.
- Poner en práctica, de forma segura, las órdenes y protocolos médicos.

4. Valoración focalizada:

- Detectar los signos y síntomas de las complicaciones médicas.
 - Comprobar signos / síntomas de aumento de la presión intracraneal (PIC), tales como:
 - ▶ La Escala de coma de Glasgow (respuestas verbal, apertura palpebral y motora). (Anexo I)
 - ▶ Examinar los cambios en las constantes vitales (pulso, respiración, presión arterial).
 - ▶ Examinar las reacciones oculares.
 - ▶ Monitorización del estado neurológico mediante la Escala Canadiense (Anexo II)⁽²⁾
 - ▶ Evaluación de las actividades de la vida diaria con la Escala de Barthel (Anexo III)⁽²⁾
 - ▶ Detectar la presencia de: vómitos, cefaleas, cambios sutiles (letargo, inquietud, respiración forzada, movimientos incontrolados, cambios intelectuales, etc.).
 - Valorar signos / síntomas de estreñimiento.
 - Controlar los signos / síntomas de neumonía, como por ejemplo:
 - ▶ Aumento de la frecuencia respiratoria.
 - ▶ Fiebre, escalofríos (repentinos o graduales).
 - ▶ Tos productiva.
 - ▶ Disminución o ausencia de ruidos respiratorios.
 - ▶ Dolor pleurítico.
 - Controlar los signos / síntomas de atelectasia:
 - ▶ Dolor pleurítico.
 - ▶ Disminución o ausencia de ruidos respiratorios.
 - ▶ Taquicardia.
 - ▶ Aumento de la frecuencia respiratoria.
 - ▶ Temperatura elevada.
 - ▶ Disnea acentuada.
 - ▶ Cianosis.
 - Valorar disfagia (valorar la deglución) en todos los pacientes antes de administrar cualquier alimento sólido o líquido.
 - Comprobar la sangre oculta en heces.
 - Evaluar:

Plan de cuidados de enfermería estandarizado del paciente con Ictus.

- ▶ Los niveles bajos de sodio en plasma.
- ▶ Cantidad elevada de sodio en orina.
- ▶ Densidad elevada de la orina.
- Comprobar los signos/síntomas de diabetes insípida, entre ellos:
 - ▶ Diuresis excesiva.
 - ▶ Sed.
 - ▶ Nivel elevado de sodio en plasma.
 - ▶ Densidad baja.
- Controlar la temperatura corporal. La temperatura >37,5°C se asocia con un peor pronóstico. El aumento de la temperatura se asocia con un daño neuronal más severo. La constricción de la pituitaria hipotalámica puede poner en peligro el mecanismo de regulación de la temperatura corporal.
- Control de la Tensión Arterial. En el Ictus agudo es frecuente el aumento de la Tensión Arterial. Esta hipertensión es reactiva al daño cerebral isquémico y no debe tratarse casi nunca, ya que al disminuir la presión de perfusión empeoraría la isquemia focal. Lo ideal es mantener en el paciente una moderada hipertensión.
- Labilidad emocional. Trastorno orgánico a menudo asociado al ictus. El enfermo con esta alteración experimentará cambios bruscos e inexplicables de humor, pasando fácilmente de la risa al enfado y al llanto.

5. Intervenciones de enfermería relacionadas con la prescripción médica:

- Estudios diagnósticos.
 - Pruebas de laboratorio:
 - ▶ Hemograma completo. Evaluar posible anemia con déficit de oxígeno, policitemia y trombocitosis como posibles factores de riesgo para el accidente cerebrovascular.
 - ▶ Perfil bioquímico de Medicina Interna:
 - La presencia de una urea y ácido úrico elevados son factor de riesgo cardiovascular.
 - Glucosa elevada. Es un factor favorecedor en el Ictus agudo.
 - Diabetes. Es un factor de riesgo cardiovascular.
 - Perfil hepático. Búsqueda de posible afectación hepática, para determinar tratamientos.
 - Estudio lipídico. LDL alto, HDL bajo, triglicéridos altos: factor de riesgo vascular.
 - ▶ B12. Un nivel bajo se relaciona con factor de riesgo vascular, riesgo de deterioro cognitivo.
 - ▶ Ácido fólico. Niveles bajos se relaciona con riesgo de Ictus aterotrombótico.
 - ▶ Hormonas tiroideas (T4 libre, TSH). El hipertiroidismo puede ser causa de FA.
 - ▶ Proteinograma. Valora el perfil de nutrición, procesos inflamatorios, enfermedades hematológicas y procesos que aumentan la viscosidad hemática.
 - ▶ Proteína C Reactiva (PCR). Niveles elevados indican un proceso inflamatorio (arteritis).
 - ▶ PCR ultrasensible. Un valor elevado es un marcador de aterosclerosis, factor de riesgo cardiovascular (aumento de eventos cardiovasculares).
 - ▶ Homocisteína. Un valor elevado es un factor de ries-

go vascular.

- ▶ Enzimas cardíacas en pacientes con historia de enfermedad coronaria, electrocardiograma (ECG) de isquemia miocárdica o por protocolo en Código Ictus. Las enzimas cardíacas están indicadas en los casos en que el ECG sugiera un infarto agudo de miocardio (IAM) concomitante.
- ▶ Gasometría en pacientes con sospecha de hipoxemia indica la severidad de la misma y los trastornos ácido-base.
- ▶ Sedimento y creatinina en orina.
- ▶ Microalbuminuria en orina. Cuando está elevada es un marcador de riesgo aterosclerótico, detecta nefropatía hipertensiva, diabética...
- ▶ Estudio de coagulación. Nos indica si es posible la fibrinólisis, valora el inicio de anticoagulación o riesgo de Ictus por aumento de factores de coagulación.
- ▶ Estudio de hipercoagulabilidad. Se realiza para descartar alteraciones en la cascada de coagulación que puedan favorecer la aparición de trombos. Incluido en el protocolo de Ictus juvenil (<55 años).
- ▶ Estudio inmunológico. Para descartar enfermedades de origen inmune (Lupus, vasculitis, conectivopatías, síndrome antifosfolípido), que puedan aumentar el riesgo vascular. Incluido en el protocolo de Ictus juvenil <55 años).
- ▶ Hemoglobina glicosilada sérica. Niveles elevados indican un mal control de Diabetes o diagnóstico de Diabetes.
- ▶ Glucemia capilar (cada 6 horas, las primeras 24 horas de ingreso o hasta normalización). El control de la glucemia es fundamental, no sólo porque la hiperglucemia produce síntomas similares, sino, también, por demostrarse, mediante distintos estudios, que la hiperglucemia aumenta la morbimortalidad en estos pacientes, debiéndose establecer como objetivo mantener glucemias <150 mg/dl.
- Pruebas radiológicas:
 - ▶ Tomografía axial computarizada (TAC) craneal. Indicado en el diagnóstico inicial.
 - ▶ TAC craneal perfusión (indicado en pacientes con Ictus isquémicos que sean posibles candidatos a tratamiento de reperfusión, es decir, en los Códigos Ictus). Indicado en el diagnóstico inicial.
 - ▶ AngioTAC (en todos los casos de Código Ictus). Indicado en el diagnóstico inicial.
 - ▶ Resonancia Magnética: Indicada en los siguientes casos para la búsqueda de etiología del Ictus:
 - En pacientes con alergia a contrastes yodados.
 - Siempre que exista discordia entre la clínica y un TAC craneal.
 - Para estudio específico en una lesión observada en un TAC.
 - Para estudio de posibles lesiones en fosa posterior.
 - En casos de sospecha de disección carotídea o de trombosis venosa cerebral.
 - Para estudio de hematomas en fase de resolu-

ción, con el fin de descartar malformación vascular subyacente.

- Eco-Doppler y Doppler de Troncos Supraaórticos (TSA) y TranscraNeal (TCA).

- ▶ Ecocardiograma transtorácico o transeofágico. Indicado para la búsqueda de la etiología del Ictus y descartar origen cardioembólico.

- ▶ Radiografía (Rx) de Tórax. Indicado en pacientes con sospecha de patología cardíaca, edema pulmonar o aspiración.

- Monitorización cardíaca continua, después de realizar ECG de doce derivaciones, dado que la liberación de catecolaminas puede disparar el desencadenamiento de arritmias.

- ECG-Holter. Indicado al alta, si ICTUS embólico y posible FA paroxística.

- Pulsioximetría.

- Terapias:

- Administración de fármacos según prescripción facultativa, para el tratamiento de:

- ▶ La hipertermia.

- ▶ Las alteraciones de la tensión arterial.

- ▶ El dolor.

- ▶ Los trastornos metabólicos: hiperglucemia.

- ▶ Antitrombótico (tratamiento antiagregante, tratamiento anticoagulante).

- ▶ Neuroprotector.

- ▶ Las crisis epilépticas.

- ▶ El síndrome confusional agudo y la agitación.

- ▶ Las complicaciones cardíacas (alteraciones ECG y de repolarización, arritmias, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, endocarditis infecciosa).

- ▶ Las complicaciones respiratorias: hipoventilación / broncoespasmo, tromboembolismo pulmonar agudo, infección respiratoria.

- ▶ La infección del tracto urinario.

- ▶ El manejo de las complicaciones hemorrágicas.

- ▶ Recanalizadores en el Ictus isquémico: trombolisis intravenosa o sistémica, fibrinólisis intraarterial (con o sin embolectomía).

- ▶ Fibrinólisis combinada (endovenosa e intraarterial).

- ▶ Endovasculares sin fibrinólisis.

- ▶ La hemorragia cerebral y subaracnoidea.

- ▶ Valoración de la deglución.

- ▶ Sondaje urinario si existiera retención, insuficiencia renal o insuficiencia cardíaca.

- ▶ Profilaxis de la úlcera gastroduodenal de estrés.

- ▶ Manejo de los pacientes alcohólicos o desnutridos.

- Tratamiento quirúrgico. Las opciones quirúrgicas de uso en la prevención de más accidentes cerebrovasculares y/o para mejorar el flujo sanguíneo cerebral, incluyen:

- ▶ Endarterectomía carotídea.

- ▶ Stent carotídeo o intracraNeal.

- ▶ Angioplastia transluminal percutánea.

- ▶ Revascularización cerebral: bypass de la carótida externa a la interna.

Diagnósticos de Enfermería⁽⁸⁻¹¹⁾

1. 00102 Déficit de autocuidado: alimentación. Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de alimentación.

	Resultado NOC	Intervención NIC
Factores relacionados: relacionado con (r/c) <ul style="list-style-type: none"> • Debilidad • Deterioro cognitivo • Deterioro musculo-esquelético • Deterioro neuromuscular • Deterioro perceptual 	0303 Autocuidados: comer.-Capacidad para preparar e ingerir comida y líquidos independientemente con o sin mecanismos de ayuda.	1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación.- Ayudar a una persona a comer.
Características definitorias: manifestado por (m/p): <ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad para: • Abrir los recipientes. • Coger la taza o el vaso • Coger los alimentos con los utensilios • Llevar los alimentos de un receptáculo a la boca. • Manejar los utensilios. • Usar dispositivos de ayuda. • Otros (especificar). 	Indicadores: 030303.- Abre envases. 030308.- Se lleva comida a la boca con utensilios. 030312.- Mastica la comida. 030313.- Deglute la comida. 030317.- Traga líquidos.	• Colocar al paciente en una posición cómoda. • Evitar colocar la comida en el lado ciego de una persona. 1860 Terapia de deglución.- Facilitar la deglución y prevenir las complicaciones de una deglución defectuosa. • Ayudar a mantener una posición sentada durante 30 minutos después de terminar de comer. • Ayudar al paciente a colocar la cabeza flexionada hacia delante, en preparación para la deglución ("barbilla metida"). • Ayudar al paciente a colocar la comida en la parte posterior de la boca y en el lado no afectado. • Comprobar y enseñar a la familia/cuidador a comprobar, si hay restos de comida en la boca después de comer. • Evitar el uso de pajitas para beber. • Observar si hay signos y/o síntomas de aspiración. • Proporcionar cuidados bucales si es necesario.
	1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos.- Cantidad de ingesta de líquidos y sólidos durante un periodo de 24 horas.	3200 Precauciones para evitar la aspiración.- Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración.
	Indicadores: 100801.- Ingestión alimentaria oral. 1010 Estado de deglución.- Tránsito seguro de líquidos y/o sólidos desde la boca hacia el estómago.	• Alimentación en pequeñas cantidades. • Colocación vertical a 90° o lo más incorporado posible. • Controlar el estado pulmonar. • Evitar los líquidos y usar agentes espesantes. • Vigilar el nivel de conciencia, reflejos de la tos, reflejos de gases y capacidad deglutoria.
	Indicadores: 101001.- Mantiene la comida en la boca. 01002.- Controla las secreciones orales. <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a colocar la comida en la parte posterior de la boca y en el lado no afectado. 1101004.- Capacidad de masticación. 101010.- Momento del reflejo de deglución. 101012.- Ausencia de atragantamiento, tos o náuseas.	

Plan de cuidados de enfermería estandarizado del paciente con Ictus.

2. 00108 Déficit de autocuidado: baño/higiene. Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de baño e higiene.

	Resultado NOC	Intervención NIC
<p>Factores relacionados r/c</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro cognitivo. • Deterioro de la capacidad para el traslado. • Deterioro de la movilidad. • Deterioro perceptual. • Dificultad para percibir la relación espacial. • Dificultad para percibir la parte corporal. <p>Características definitorias m/p:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad para : • Regular la temperatura y obtener agua. • Entrar y salir del baño. • Lavar total o parcialmente el cuerpo. • Obtener los artículos del baño. • Secarse el cuerpo. 	<p>0301 Autocuidado baño.- Capacidad para limpiar el propio cuerpo independientemente con o sin mecanismos de ayuda.</p> <p>Indicadores:</p> <p>030102.- Obtiene los suministros para el baño.</p> <p>030107.- Se lava en el lavabo.</p> <p>030109.- Se baña en la ducha.</p> <p>030111.- Seca el cuerpo.</p> <p>030114.- Se lava la parte superior del cuerpo.</p> <p>030115.- Se lava la parte inferior del cuerpo.</p> <p>0305 Autocuidados: higiene.- Capacidad para mantener la higiene corporal y un buen aspecto independientemente con o sin mecanismos de ayuda.</p> <p>Indicadores:</p> <p>030514.- Mantiene una apariencia pulcra.</p> <p>0308 Autocuidado higiene bucal.- Capacidad para cuidarse la boca y los dientes independientemente con o sin mecanismos de ayuda.</p> <p>Indicadores:</p>	<p>030801.- Se cepilla los dientes.</p> <p>030803.- Se lava la boca.</p> <p>1801 Ayuda con los autocuidados: baño /higiene.- Ayudar al paciente a realizar la higiene personal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados. • Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño).

3. 00109 Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento. Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de vestido y arreglo personal.

	Resultado NOC	Intervención NIC
<p>Factores relacionados r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debilidad. • Deterioro musculo-esquelético. • Deterioro neuromuscular. • Deterioro perceptual o cognitivo. • Disminución o falta de motivación. <p>Características definitorias m/p:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la capacidad para: <ul style="list-style-type: none"> - Abrocharse la ropa. - Ponerse o quitarse las prendas de ropa necesarias. • Incapacidad para: <ul style="list-style-type: none"> - Coger la ropa. - Elegir la ropa. - Ponerse o quitarse la ropa y los zapatos. - Usar cremalleras. 	<p>0302-Autocuidados: vestir.- Capacidad para vestirse independientemente con o sin mecanismos de ayuda.</p> <p>Indicadores:</p> <p>030203.- Coge la ropa.</p> <p>030204.- Se pone la ropa.</p>	<p>1630 Vestir.- Elegir, poner y quitar las ropas a una persona que no puede realizar tal actividad por sí misma.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar las áreas en las que el paciente necesita ayuda para vestirse. - Proporcionar asistencia hasta que el paciente sea totalmente capaz de responsabilizarse y de vestirse por sí mismo. - Vestir la extremidad afectada primero, si procede. <p>1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal.- Ayudar a un paciente con las ropas y el maquillaje.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estar disponible para ayudar en el vestir, si es necesario. - Mantener la intimidad mientras el paciente se viste. - Reafirmar los esfuerzos por vestirse a sí mismo.

4. 00110 Déficit de autocuidado: uso del baño (WC) Estado en el que una persona presenta una incapacidad trastornada para realizar o completar actividades básicas de evacuación.

	Resultado NOC	Intervención NIC
<p>Factores relacionados r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debilidad. • Deterioro de la capacidad para el traslado. • Deterioro de la movilidad. • Deterioro perceptual. <p>Características definitorias m/p:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad para: <ul style="list-style-type: none"> - Levantarse del WC o del orinal. - Limpiar el WC o el orinal después del uso. - Manipular la ropa para la evacuación. - Realizar la higiene adecuada tras la evacuación. - Sentarse en el WC o el orinal. - Llegar hasta el inodoro u orinal. 	<p>0310 Autocuidados: uso del inodoro.- Capacidad para utilizar el inodoro independientemente con o sin mecanismos de ayuda.</p> <p>Indicadores:</p> <p>031001.- Reconoce y responde a la repleción vesical.</p> <p>031002.- Reconoce y responde a la urgencia de defecar.</p> <p>031004.- Se quita la ropa.</p> <p>031006.- Vacía la vejiga o el intestino.</p> <p>031007.- Se limpia después de orinar o defecar.</p> <p>031009.- Se ajusta la ropa después de usar el inodoro.</p>	<p>1804 Ayuda con los autocuidados: aseo.- Ayudar a otra persona en las eliminaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente en el aseo/cuña/cuña de fractura/orinal a intervalos especificados. • Disponer intimidad durante la eliminación. • Facilitar la higiene del aseo después de la eliminación.

5. 00126 Conocimientos deficientes (Especificar) Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

	Resultado NOC	Intervención NIC
	<p>1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad.- Grado de comprensión transmitido sobre el proceso de una enfermedad concreta.</p> <p>Indicadores: 180302.- Descripción del proceso de la enfermedad.</p> <p>1808 Conocimiento: medicación.- Grado de la comprensión transmitida sobre el uso seguro de la medicación.</p> <p>Indicadores: 180810.- Descripción de la administración correcta de la medicación.</p>	<p>2380 Manejo de la medicación.- Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse, si procede. - Determinar los factores que pueden impedir al paciente tomar los fármacos tal como se han prescrito. - Enseñar al paciente y/o familia el método de administración de los fármacos, si procede. - Explicar al paciente y/o la familia la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación. <p>5606 Enseñanza: individual.- Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades/incapacidades cognoscitivas, psicomotoras y afectivas del paciente. - Incluir a la familia/ser querido, si es posible. - Proporcionar la "Guía sobre la Afasia" (Imagen 1) <p>7370 Planificación del alta.- Preparación para trasladar al paciente desde un nivel de cuidados a otro dentro o fuera del centro de cuidados actual.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colaborar con el médico, paciente/familia/ser querido y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de cuidados. - Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta. - Identificar lo que debe aprender el paciente para los cuidados posteriores al alta.

6. 00155 Riesgo de caídas. Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico

	Resultado NOC	Intervención NIC
<p>Factores relacionados r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteración del equilibrio. • Déficit propioceptivo (desatención unilateral) • Deterioro de la movilidad física. • Dificultad en la marcha • Dificultades visuales. • Disminución de la fuerza en las extremidades inferiores. • Uso de dispositivos de ayuda (andador, bastón) • Otros... 	<p>1828 Conocimiento: prevención de las caídas.- Grado de comprensión transmitida sobre la prevención de las caídas.</p> <p>Indicadores: 182817.- Descripción de cómo deambular de manera segura.</p> <p>1909 Conducta de prevención de caídas.- Acciones personales o del cuidador familiar para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal.</p> <p>Indicadores: 190901.- Uso correcto de dispositivos de ayuda.</p>	<p>6490 Prevención de caídas.- Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a la deambulación de persona inestable. • Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos. • Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (p.ej. suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas). • Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (p.ej. timbre o luz de llamada) cuando el cuidador esté ausente. • Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario.

7.00069 Afrontamiento inefectivo. Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes para elegir adecuadamente las respuestas habituales, o para usar los recursos disponibles.

	Resultado NOC	Intervención NIC
<p>Factores relacionados r/c</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vulnerabilidad. • Crisis situacionales. • Incertidumbre. • Percepción de un nivel inadecuado de control. <p>Características definitorias m/p:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio en los patrones de comunicación habituales. • Expresiones de incapacidad para afrontar la situación. • Expresiones de incapacidad para pedir ayuda. • Incapacidad para satisfacer las necesidades básicas. • Trastornos del sueño. • Deterioro funcional. • Alteración de la imagen. • Otros (especificar). 	<p>1300 Aceptación: estado de salud.- Reconciliación con cambios significativos en las circunstancias de salud.</p> <p>Indicadores: 130008.- Reconocimiento de la realidad de la situación. 130017.- Se adapta al cambio en el estado de salud. 1302 Afrontamiento de problemas.- Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.</p> <p>Indicadores: 130206.- Buscar información sobre la enfermedad y su tratamiento. 130215.- Buscar ayuda profesional de forma adecuada. 1308 Adaptación a la discapacidad física.- Respuesta adaptativa a un reto funcional importante debido a discapacidad física.</p> <p>Indicadores: 130803.- Se adapta a las limitaciones funcionales. 130812.- Acepta la necesidad de asistencia física.</p>	<p>5230 Aumentar el afrontamiento.- Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. • Animar la implicación familiar, si procede. • Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles. • Valorar el ajuste el paciente a los cambios de imagen corporal, si está indicado. <p>5250 Apoyo en toma de decisiones.- Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar ventajas y desventajas de cada alternativa. • Proporcionar la información solicitada por el paciente. • Derecho del paciente a recibir o no información.

4.– IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA.

Los planes de cuidados estandarizados de enfermería suponen una herramienta muy útil para nuestra profesión, aportando una mejor comunicación con los pacientes y entre los propios profesionales, ya que al unir criterios y terminologías comunes, así como homogeneizar líneas de actuación y decisión en el área independiente de las enfermeras, se favorece la continuidad de los cuidados, se fomenta la formación para el desarrollo profesional y se facilita la aplicación del proceso enfermero en su aplicación y registro, llevándonos, todo ello, a una mejor práctica de los cuidados y a la adaptación de un modelo con-

ceptual para su sistematización.

Con la aplicación de los planes de cuidados se reorientará tanto la clínica como la gestión de los servicios de salud, consiguiendo así mejorar la calidad de los cuidados de enfermería y, por extensión, la calidad de la atención sanitaria en general.

5.– AGRADECIMIENTOS.

Agradecemos la inestimable ayuda prestada por Elías Rodríguez y Ana Rosa Alconero, profesores de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Cantabria.

6.– BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. The World Health Report 2002. [citado 15 Abr. 2012]. Disponible en <http://who.int/whr/2002/en>
2. Rebollo Álvarez-Amandi M, coordinador. Protocolos de diagnóstico y tratamiento del Ictus agudo. Santander: Servicio Cántabro de Salud, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Servicio de Neurología, Unidad de Ictus; 2011.
3. Matías- Guiu J, coordinador. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Plan de Calidad. Gobierno de España; 2009.
4. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte 2009. [citado 16 Abr. 2012]. Disponible en: <http://www.ine.es>
5. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008. [citado 16 Abr. 2012]. Disponible en: <http://www.ine.es>
6. Rodríguez Fernández E, Domínguez-González A, García- Dilla P, García-Mesa S, Núñez- Pedrosa R, Sánchez-Jiménez C. Desarrollo del programa de educación sanitaria del Ictus agudo en el Hospital del Mar De Barcelona. Rev Cient Soc Esp Enferme Neurol. 2011; 00 (33):21-24
7. López Espuela F, Jiménez Gracia M.A., Luengo Morales E, Blanco Gazapo A, Márquez Caballero J, Bravo Fernández S, et al. Estudio descriptivos de los pacientes asistidos en una unidad de Ictus en la Comunidad de Extremadura. Enferm. Intensiva 2011; 22: 138-143.
8. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J, Editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 5ª Edición. Barcelona: Elsevier; 2009.
9. Moorhead S, Johnson M, Maas M. L, Swanson E, Editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª Edición. Barcelona: Elsevier; 2009.
10. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey Dochterman J, Maas M, Moorhead S, Swanson E. Interrelaciones Nanda, Noc y Nic: Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª Edición. Madrid: Elsevier; 2007.
11. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica. 3ª Edición. Madrid: Mosby; 1996.

**ANEXO I.–
ESCALA DE GLASGOW**

Respuesta verbal		
	Paciente orientado que conversa	5
	Desorientado que conversa	4
	Palabras inteligibles, pero sujeto que no conversa	3
	Sonidos ininteligibles, quejidos	2
	No habla incluso con aplicación de estímulos dolorosos	1
Respuesta apertura palpebral		
	Abertura palpebral espontánea	4
	El sujeto abre los ojos sólo con estímulos verbales	3
	La víctima abre los ojos sólo con estímulos dolorosos	2
	No hay apertura palpebral	1
Respuesta motora		
	Cumple órdenes	6
	En respuesta a un estímulo doloroso	
	Localiza e intenta retirar la zona corporal, del estímulo	5
	Retira la zona corporal, del estímulo	4
	Postura de flexión	3
	Postura de extensión	2
	Ningún movimiento de las extremidades	1

ANEXO II.- ESCALA CANADIENSE

Estado mental		
Nivel de conciencia		
	Alerta	3
	Obnubilado	1,5
Orientación		
	Orientado	1
	Desorientado o no aplicable	0
Lenguaje		
	Normal	1
	Déficit de expresión	0,5
	Déficit de comprensión	0
Funciones motoras. Sin defecto de comprensión		
Cara		
	Ninguna	0,5
	Presente	0
Brazo proximal		
	Ninguna	1,5
	Leve	1
	Significativa	0,5
	Total o masiva	0
Brazo distal		
	Ninguna	1,5
	Leve	1
	Significativa	0,5
	Total o masiva	0
Pierna		
	Ninguna	1,5
	Leve	1
	Significativa	0,5
	Total o masiva	0
Respuesta motora. Defecto de comprensión		
Cara		
	Simétrica	0,5
	Asimétrica	0
Brazos		
	Igual	1,5
	Desigual	0
Piernas		
	Igual	1,5
	Desigual	0
Puntuación total		

NOTA: Si existe afectación del hemisferio derecho, valorar extremidades izquierdas y viceversa.

ANEXO III.- ÍNDICE DE BARTHEL

Actividad	Categorías	Puntos
1. Alimentación	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
	Totalmente dependiente	0
2. Baño	Independiente	5
	Necesita ayuda	0
3. Aseo personal	Independiente	5
	Necesita ayuda	0
4. Vestirse	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
	Totalmente dependiente	0
5. Control anal	Sin problemas	10
	Algún accidente	5
	Accidentes frecuentes	0
6. Control vesical	Sin problemas	10
	Algún accidente	5
	Accidentes frecuentes	0
7. Manejo en el inodoro	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
	Totalmente dependiente	0
8. Desplazamiento silla/cama	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
	Totalmente dependiente	0
9. Desplazamientos	Independiente	15
	Necesita ayuda	10
	Independiente en silla de ruedas	5
	Incapaz de desplazarse	0
10. Subir escaleras	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
	Incapaz de subirlas	0
Puntuación total:		

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de Dependencia
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥60	Leve
100	Independiente

CUIDADOS DE LA AFASIA

¿QUÉ ES LA AFASIA?

Es un trastorno de la comunicación provocado por una lesión cerebral. Se manifiesta por una pérdida o dificultad de la capacidad para **expresarse** y/o para **comprender** el lenguaje oral, escrito o por gestos ...



ACTITUD ANTE UNA AFASIA

- ☞ Hablarle despacio.
- ☞ No fingir que entendemos si no es así.
- ☞ Su nivel de comprensión puede variar de un día a otro.

ACTITUD ANTE UNA AFASIA

- ☞ LLamarle por su nombre.
- ☞ Hablarle de forma que nos vea la cara - buscar su mirada -
- ☞ Hablarle con tono y volumen normal.
- ☞ Hablarle claro, con frases cortas y vocabulario sencillo.
- ☞ Usar gestos y mímica, si se precisa
- ☞ Establecer un diálogo adecuado a sus posibilidades.
- ☞ Si se contraría o agota, dejarle descansar dándole siempre una explicación (podría interpretar que estamos enfadados con él).
- ☞ Evitar comentarios negativos.
- ☞ Tranquilizarle respecto a su recuperación.
- ☞ Ser pacientes en la comunicación, necesita tiempo para expresarse.
- ☞ Mantenerle ocupado mientras no se canse.
- ☞ Estimular su independencia.
- ☞ Ofrecerle las ayudas que necesite (gafas, audífonos y dentadura postiza...)
- ☞ Dejar a su alcance los útiles de primera necesidad (timbre, botella ...)

**“MOLDEAR EL DISCURSO
MÁS QUE CORREGIR”**

QUÉ DEBEMOS HACER

- ☞ **NO** Hablarle en tono alto.
- ☞ **NO** Mostar actitudes paternalistas, ni infantiles.
- ☞ **NO** Hablarle de forma autoritaria.
- ☞ **NO** Hablarle varias personas a la vez.
- ☞ **NO** Cambiar bruscamente de tema.
- ☞ **NO** Corregir constantemente.
- ☞ **NO** Reírse ante expresiones erróneas o sin significado.



Imagen 1. Guía sobre la afasia elaborada en la Unidad de Alta Resolución Hospitalaria.



Profesionales de Enfermería en los colegios: una experiencia innovadora

Autores:

**M^a Begoña Paris Álvarez^(*), Noemí
Rosa Delia Gabela Ordóñez,**

*Enfermeras del Centro de Salud 'El Alisal' del
Servicio Cántabro de Salud*

()Dirección para correspondencia:
bparisalvarez@gmail.com*

Recibido: Septiembre de 2012

Aceptado: Octubre de 2012

RESUMEN

La presencia de enfermeras en los colegios suele ser puntual, no está incluida en la rutina de la práctica asistencial.

La Estrategia Nutrición, Alimentación, Obesidad, (N.A.O.S.) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, nos orientó para organizar un taller práctico de cocina saludable en dos colegios de la zona de salud donde están escolarizados muchos niños de etnia gitana.

El objetivo fue dotar a los padres, de unos conocimientos y habilidades, en relación con la alimentación de sus hijos, para prevenir la obesidad, desterrando falsas creencias y potenciando aquellos conocimientos del saber popular que sí son saludables.

La evaluación se basó en la metodología cualitativa, con sesiones de grupo y participación activa, con la técnica de grupo controlado y la participación de mediadores culturales. Se presentan las respuestas textuales de los participantes en cuanto a las expectativas iniciales y lo que han aprendido al finalizar el taller.

Resaltamos la puesta en valor de sinergias que se han producido entre el personal del centro de salud, la Plataforma Romanes y el profesorado de los colegios.

Enfermería debería de incluir el trabajo en las escuelas como una rutina más, por ser los escolares y sus familias un sector de población permeable a los cambios.

Palabras clave:

- Centro de salud.
- Educación sanitaria.
- Cocina saludable.
- Plataforma Romaní.

ABSTRACT

The presence of nurses at school is an occasional activity, which is not included in the routine healthcare activity.

Strategy for Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Obesity made by the Ministry of Health and Consumer Affairs guided us to organize a healthy cooking workshop in two public schools belonged to our Health Services Area where there are a lot of children of Roma ethnic attend school.

The main goal was to be provided the parents with some knowledge and skills related to kid's nourishment in order to prevent infant obesity. The method to reach this was dismissing false myths regarding eating habits from their mind and driving those came from folk knowledge and they are healthy.

A qualitative methodology was used to evaluate the results. Group sessions with an active participation were developed. The evaluation was carried out with controlled group techniques supported by cultural mediators. Verbatim replies of both questioners were collected, on the one hand those related to the initial expectations and on the other hand those concerned with what they had learned at the end of the workshop.

The authors highlight the value of the potential synergies produced among the healthcare center staff, the Roma Platform and the school staff.

Nursing Staff should consider including school activities as working routine because of both schoolboys and their families are a sector of the population more willing to change for better.

Keywords:

- Healthcare center.
- Healthcare education.
- Healthy.
- Cooking.
- Gipsy.

1.- INTRODUCCIÓN.

En el año 2006, en un colegio de nuestra zona de salud, realizamos un seminario sobre 'Prevención de la Obesidad', dirigido a padres y madres de los alumnos. Entramos en contacto con la Asociación 'Gitanos de hoy' y ellos nos plantearon la conveniencia de hacer algún taller más específico para las madres gitanas. En la bibliografía encontramos que la situación sanitaria de la población gitana es claramente peor que la de la población general⁽¹⁾.

El programa de acción sobre salud pública de 2003-2008 de la Comisión Europea plantea actuar sobre los determinantes de la salud y especialmente de los grupos más vulnerables o desfavorecidos, ya que estos sectores de población gastan un porcentaje mayor de sus ingresos en alimentación, pero la calidad nutricional de su dieta es inferior a la de las poblaciones con rentas más altas⁽²⁾.

Este hecho parece estar más relacionado con cuestiones so-

cioeconómicas y culturales que con factores biológicos⁽²⁾. Son muchos los factores que contribuyen a esta situación, la mayor parte de ellos de difícil abordaje, no obstante, merecería la pena resaltar alguno de ellos por su relevancia y/o aparente vulnerabilidad. Nos referimos a su idea de la salud, concebida únicamente como ausencia de enfermedad y a la escasa idea de prevención de las enfermedades que está incluida en el ideario del pueblo gitano⁽³⁾.

Algunos de los indicadores extraídos del estudio "Hacia la equidad en salud"⁽¹⁾, realizados por la Fundación Secretariado Gitano y el Ministerio de Sanidad en 2006, nos sirven para poner de manifiesto el estado de salud de la población gitana respecto a la población general, en temas de obesidad: Las mujeres gitanas, mayores de 18 años tienen una tasa de obesidad de 26,4% descendiendo este dato en el conjunto de población femenina para ese rango de edad, a un 15,2%. En los gitanos menores de 18 años, los problemas de peso afectan a un 16,1%, frente a un 10,2% de la población general. La tasa es más preocupante en el

caso de las niñas gitanas que se dispara hasta un 22,9%⁽⁴⁾.

La Estrategia Nutrición, Alimentación, Obesidad, N.A.O.S del ministerio de Sanidad⁽⁵⁾ surgió como una necesidad de intervención multisectorial, al constatar el creciente e imparable aumento de las enfermedades relacionadas con una dieta inadecuada y una actividad física insuficiente. Los conocimientos sobre los alimentos, el talento culinario y el tiempo de que disponemos en las sociedades modernas para preparar la comida, junto con los modelos laborales y las relaciones familiares, tienen una gran influencia en los patrones dietéticos⁽⁶⁾. Preparar a los ciudadanos a la hora de tomar decisiones dietéticas apropiadas y potenciar el ejercicio físico, es un reto para la enfermería, que requiere intervenciones comunitarias. Esta, es una actividad más que deben asumir los Centros de Salud: Hacer que la prevención y promoción de la salud salgan de las paredes de los centros sanitarios, para llegar a las personas en su barrio y crear redes y entornos saludables, conjuntamente con otros agentes comunitarios tales como: Colegios, Asociaciones de vecinos, Unidades de Trabajo Social etc.⁽⁷⁾

Dentro de la línea de intervención comunitaria y, para intentar satisfacer la demanda de la asociación, en el curso escolar 2008/2009 se diseñó un taller de cocina saludable, con enfoque completamente práctico para desarrollar en la cocina de los colegios públicos Gerardo Diego y Jesús Cancio ambos en la zona de salud Cazoña de Santander donde simultáneamente al cocinado de los platos, se trataban contenidos de salud y educación sanitaria, para todos los padres participantes.

El taller fue diseñado para madres y padres de todos los escolares, pero las participantes fueron mayoritariamente mujeres, justificado esto por su rol de madres y cuidadoras, y porque ellas disponen de más tiempo, al no ejercer en muchos casos un trabajo fuera del hogar. Esto a su vez tiene un lado positivo, no olvidemos que las mujeres desarrollan un papel clave en la comunidad, como transmisoras de normas y valores, además presentan una mayor permeabilidad al cambio social, y todo el trabajo que se haga con ellas tiene un efecto multiplicador en su entorno.

En nuestra zona de salud solo se han desarrollado actividades de intervención educativa en la comunidad, de forma esporádica, pero cada vez con más frecuencia, se detecta la necesidad de la presencia de las Enfermeras/os en las escuelas tal y como ocurre en países de nuestro entorno.

Por estas consideraciones nos planteamos la pertinencia de poner en práctica esta actividad comunitaria en los colegios donde previamente ya habíamos tenido algún contacto y que a su vez, tenían en marcha otras actividades en torno a la alimentación tales como campañas de desayuno saludable o reparto de fruta en los recreos.



2.- OBJETIVOS.

- Facilitar a los padres, los recursos y estrategias necesarias que permitan una actuación adecuada, tanto en lo referente a la adquisición de hábitos saludables de sus hijos, como en la atención y cuidados de la salud, de toda la familia.
- Aumentar la colaboración entre el personal sanitario y el docente, en los aspectos de la educación para la salud de los escolares y particularmente de la alimentación.
- Establecer pautas de alimentación adecuadas que contribuyan a prevenir la obesidad infantil.
- Sensibilizar a la población gitana sobre la necesidad de frenar la epidemia de obesidad y diabetes que afecta a todos los países desarrollados.
- Fomentar en las escuelas entornos propicios para la adquisición de hábitos saludables centrados en la dieta y la actividad física, en la línea de la Red Europea de escuelas que promueven la salud

3.- MATERIAL Y MÉTODOS.

El estudio se realiza en los colegios públicos 'Gerardo Diego' y 'Jesús Cancio' pertenecientes a la zona de salud de Cazoña y el Alisal (Área I de Santander) durante los cursos escolares 2008/2009 y 2009/2010 respectivamente.

Se ofreció la participación a todos los padres de los escolares de primaria a través de la Asociación de Padres de Alumnos (AMPA).

En el colegio Gerardo Diego participaron 15 padres: 13 madres (10 payas y 3 gitanas) y 2 padres (payos); en el colegio Jesús Cancio solo participaron 10 madres (gitanas). Todos eran jóvenes de entre 25 y 40 años.

Se planificaron 2 talleres de 8 sesiones cada uno dentro de las cocinas de los colegios, con una metodología basada en la participación activa de los asistentes y que tenían como punto de partida el análisis de su propia realidad cotidiana en la preparación de la comida familiar.

Los miércoles de enero a marzo, en horario de 9.30 a 11 horas, se realizaron sesiones de cocina práctica con un menú de tres platos tradicionales compatibles con las necesidades nutricionales de los escolares. Simultáneamente con el cocinado de los platos y de manera transversal, se iban tratando los conceptos de la salud, haciendo hincapié en la íntima e ineludible relación entre la alimentación y la salud humana.

Cada miércoles, 3 mediadoras gitanas

Profesionales de Enfermería en los colegios: una experiencia innovadora.

de la plataforma 'Gitanos de Hoy' (preparadas por la asociación en temas de salud, servicios sociales y enseñanza), junto con dos madres, eran las encargadas de hacer y llevar al colegio la compra de los alimentos necesarios para cocinar a la semana siguiente. Los menús se consensaban cada semana tratando de complementarlos con el menú del comedor del colegio. Ejemplo: pasta con verduras, albóndigas de sarda en salsa verde y macedonia de frutas de temporada.

Dos enfermeras del centro de salud nos trasladábamos a los colegios y en colaboración con los asistentes cocinábamos los platos, al mismo tiempo que se trataban y discutían los conceptos de salud e higiene que tenían relación con los alimentos utilizados en cada sesión.

En las tres últimas sesiones de cada taller se organizó la participación de otros profesionales como la trabajadora social que trató sobre de la violencia familiar; dos fisioterapeutas que lo hicieron sobre el ejercicio físico y la higiene postural, tanto de los padres como de los niños, con demostración práctica sobre la adecuación de las mochilas escolares al peso de los niños y, por último, la higienista dental que disertó sobre los cuidados de la boca, con demostración práctica sobre el correcto cepillado de los dientes.

La intervención específica de estos comenzaba 30 minutos más tarde cuando ya se estaban cocinando los platos de ese día y duraba 60 minutos.

Los conceptos de salud que se trabajaron en dicho programa fueron:

- Higiene de la manipulación de los alimentos.
- Elección adecuada del menú familiar.
- Normas familiares para el aprendizaje de los hábitos alimentarios de los niños.
- Economía y alimentación. Conservación y congelación de alimentos
- Propiedades de la dieta mediterránea.
- Peligros de la alimentación 'fast food' y comida basura.
- Planificación de los menús familiares complementando el almuerzo del comedor escolar.
- Publicidad en los medios de comunicación y alimentos saludables.
- Alimentación adecuada en las diversas etapas de la vida, de la lactancia a la vejez, incluyendo el embarazo. Subrayando la importancia de la lactancia materna.
- Ejercicio físico y salud.
- Alimentación en Fiestas y Celebraciones.
- Dietas restrictivas para el control de enfermedades crónicas: Diabetes, HTA, Obesidad, Dislipemias, etc. Adaptación del menú a situaciones de enfermedad, o a personas con necesidades especiales de alimentación
- Conceptos generales de la higiene:
 - Corporal
 - Del sueño
 - De la casa
 - Cuidados generales de las pequeñas heridas
 - Cuidados de la boca
 - Prevención de enfermedades infecciosas transmitidas por los alimentos.



Además se trataron en ese contexto temas tan relevantes como:

- Prevención de la violencia familiar y técnicas de resolución de conflictos.
- Fijación de límites educativos en edades tempranas.
- Mejora de la autoestima de las madres.

Para evaluar el impacto de esta experiencia se hizo una evaluación cualitativa en la sesión inicial y final de cada taller con la ayuda de los mediadores de la asociación.

En el primer taller del curso escolar 2008-2009 utilizamos un cuestionario, de 15 preguntas con una escala Likert. Se aplicó en la sesión inicial y al no obtener datos consistentes para llevar a cabo la evaluación, debido a:

- La escasa habilidad de algunos de los participantes en el manejo de dichas encuestas.
- Acabaron menos personas que las que comenzaron el taller.

Por lo cual no se repitió en la sesión final.

En el segundo colegio, en la primera sesión, el grupo principal se dividió en tres subgrupos, cada uno controlado por una mediadora. Se les plantearon una encuesta de tres preguntas abiertas escritas cada una en una cartulina de diferente color y donde las mediadoras escribían las respuestas. Mas tarde nosotras pasamos la información a una hoja común.

Las preguntas fueron:

1. ¿Por qué te has apuntado al taller?.
2. ¿Qué hábitos de salud te preocupan y crees que debes mejorar?.
3. ¿Qué esperas aprender?.

En la sesión final se pregunto:

4. ¿Qué hábitos nuevos has aprendido?.
5. Señalar aspectos positivos del taller
6. Sugerencias para mejorar futuros talleres.

El tiempo dedicado a las encuestas fue de 15 minutos más o menos.

4.- EVALUACIÓN Y RESULTADOS.

La dificultad de evaluar cualquier actividad educativa con los sistemas cuantitativos utilizados comúnmente, quedó igualmente reflejada en nuestra experiencia, ya que estos instrumentos dejan fuera de medida los factores emocionales y la influencia de los entornos familiares y sociales, así como otros impactos más complejos y de más larga duración, como pueden ser los cambios en los hábitos de vida y la permanencia en el tiempo de dichos cambios.

Los resultados de la primera encuesta no tenían ninguna consistencia porque además de que eran solo 15 personas, algunas encuestas fueron entregadas prácticamente en blanco en la sesión inicial, y no nos pareció oportuno repetir las en la sesión final, ya que la atención y la participación en todas las sesiones había sido muy activa y algunas personas tenían poco hábito en el manejo de encuestas y algunas dificultades para la escritura.

Las respuestas literales comunes de las 10 personas que comenzaron en el colegio Jesús Cancio en la sesión inicial fueron:

1. ¿Por qué te has apuntado?

- Aprender cosas nuevas.
- Para salir de la rutina del hogar.
- Buscar nuevas amistades y conocer a otras familias del colegio.
- Pasar lo bien.
- Por una alimentación sana, amena y divertida.
- Tener hijos/as sanos y fuertes.
- Para conocer hábitos nuevos y cambiar los malos.
- Mejorar la calidad de vida.

2. ¿Qué hábitos de salud te preocupan y crees que debes mejorar?

- Identificar los malos y los buenos hábitos.
- Reducir las grasas (en especial, bollería industrial)
- Comer verduras enteras y más pescado.
- Prevenir obesidad
- Conocer los cambios en la alimentación que son recomendables de cara a la adolescencia.
- Controlar la alimentación excesiva (calidad y cantidad) de nuestros/as hijos/as.

3. ¿Qué esperas aprender?

- Otras ideas nuevas para cocinar, recetas en versión sana.
- Cocinar fácil y rápido
- Conocer nuevos platos y productos de cocina.
- Conocer recetas de otras culturas.
- Cocinar de forma más económica.
- A igualar el consumo de alimento, con el consumo de energía.
- Comer sin engordar, ¿Cómo hacer si quiero que mi hijo/a y toda la familia adelgacen?
- ¿Qué cantidades son necesarias para el buen desarrollo de los niños/as?: Trucos de sustitución de alimentos poco recomendables por alimentos sanos, para saciar a nuestros hijos/as.
- Saber los alimentos más y menos recomendable, que cantidades semanales se deben tomar. Como educar para alimentarse sano: Técnicas para que los niños/as prueben cosas nuevas (que coman de todo) y despertar en ellos esa curiosidad.
- Hábitos horarios, ¿Cuáles son mejores?

Respuestas literales en la sesión final de las 8 personas que terminaron el taller:

4. ¿Qué hábitos nuevos has aprendido?:

- Comer más pescado y menos carne.

- Mejor utilizar aceite de oliva y no en grandes cantidades.
- Para los niños: es importante un desayuno completo.
- Utilizar una dieta más equilibrada.
- Usar más verduras.
- Comer cosas nuevas, aunque de entrada no nos gusten.
- Hacer más ejercicio
- Cocinar con más verdura fresca.
- Utilizar el pan del día en lugar de cereales o bollos.

Además se les preguntó sobre los aspectos que consideraban más positivos, y se les pidieron sugerencias para mejorar futuros talleres.

5. Aspectos positivos:

- La presencia de asistentes sociales.
- La sesión práctica con los fisioterapeutas
- El trabajo en grupo; reunirse con los amigos.

6. Como sugerencias para otros talleres señalaron:

- Conocer los cambios en la alimentación que son recomendables de cara a la adolescencia.
- ¿Existe ansiedad en los niños/as?, ¿se refleja en la alimentación?
- Enfermedades genéticas vinculadas a la alimentación.
- Alimentación específica para diferentes circunstancias: Diabéticos, celíacos, hiperactivos, anémicos.

5.- CONCLUSIONES.

- Elaboración de recetas de cocina muy sencillas y atractivas para los niños, sobre todo de verdura y pescado, alimentos que plantean a los padres más dificultades para su introducción en la dieta de los niños.
- Desmitificar las bondades de ciertos sistemas de la cocina tradicional y por el contrario poner en valor los de sistemas de cocinado más modernos (microondas, vapor etc.).
- Dar importancia a la elaboración de un menú diario equilibrado, teniendo en cuenta el almuerzo del comedor escolar y las necesidades específicas de los escolares según la etapa de desarrollo en la que se encuentran.
- Relacionar el concepto moderno de dieta mediterránea, con cocina tradicional y con dieta saludable.
- Reconocer el trabajo de las enfermeras comunitarias y otros profesionales sanitarios fuera de las instituciones de salud: Higienista dental, fisioterapeutas, trabajadores sociales, y valorar la necesaria colaboración Escuela-Centro de Salud ya que ambos pueden trabajar conjuntamente para atajar la epidemia de obesidad.
- Innovar y adoptar el rol de cocineras aficionadas, para tratar de acercarnos a las familias y en un medio para nosotras extraño, como es la cocina de un colegio, ha supuesto todo un reto, del cual hemos aprendido muchas cosas útiles para futuros trabajos con la comunidad escolar.
- El trabajo en un espacio común (cocina) facilitó la comunicación fluida y amena y al terminar el seminario entre otras sugerencias pedían que continuara o se hiciera de mayor duración.
- Respeto por los valores de otras culturas y reconocimiento de nuestras propias dificultades para la aceptación de aquellos que aún fomentan roles discriminatorios (abandono escolar de las niñas gitanas a partir de la enseñanza secundaria)
- Conocer la figura de los mediadores interculturales que en nuestro medio sanitario apenas se han utilizado, pero sí en la enseñan-

za desde hace tiempo y con buenos resultados.

6.- DISCUSIÓN.

Consideramos que es importante poner en valor los conocimientos del saber popular que se han transmitido de generación en generación respecto a la alimentación, y que por razones poco estudiadas se han dejado de transmitir entre madres e hijas fundamentalmente. Este fenómeno quizá sea de la misma naturaleza que el de la pérdida del hábito de la lactancia natural en las generaciones más jóvenes y por ello, se hace necesario tratar de recuperar los conocimientos populares que sean válidos, a la luz de los conocimientos científicos actuales. Para ilustrar este aspecto una madre gitana de edad participó en una de las sesiones y nos enseñó a hacer un plato típico de su cultura: "el cocido de hinojo" plato que se ajusta perfectamente al concepto de dieta mediterránea y que las madres más jóvenes no sabían hacer.

Por otro lado esta experiencia nos ha aproximado mucho más a la comunidad escolar de nuestra zona de salud, especialmente a las madres jóvenes, lo que nos ha dado una visión mucho más próxima, que facilita la comprensión de las dificultades que el colectivo de madres y sobre todo las gitanas tiene para ejercer adecuadamente su trabajo como educadoras.

Otro aspecto de la evaluación cualitativa y del buen ambiente generado en estos talleres es que, como resultado de esta experiencia, hemos comprobado que se producen una serie de sinergias muy positivas con otros actores implicados en el ámbito escolar y en la comunidad tales como:

Con los profesores y la dirección de ambos colegios, para los que organizamos a modo de despedida del taller, un desayuno saludable y con los que hemos compartido recetas de cocina saludable y experiencias prácticas en torno a la salud.

Con los mediadores en salud de la Plataforma Romaní, que posteriormente a estos talleres nos han presentado su organización⁽⁸⁾, en una sesión general del Centro de Salud, poniendo



de manifiesto la importancia de la mediación, para la prevención de conflictos interculturales.

Una mediadora y la responsable de la Plataforma Romanes han organizado un taller de similares características en otra zona de salud (Camargo) con un grupo de madres de un poblado marginal, que por el momento está teniendo buena respuesta a pesar de las dificultades logísticas, porque ni siquiera disponen de agua corriente.

Con la Subdirección General de Salud Pública del Gobierno Regional que nos animo con el proyecto y acudió a uno de los desayunos saludables, entregando los diplomas de asistencia a los participantes y

apoyándonos con el material que ha editado* para apoyar al programa regional de prevención de la obesidad infantil.

El personal de Centro de Salud y el equipo de Atención Temprana ha participado en un curso de Salud y Mediación Intercultural que ha organizado la Plataforma Romanes para un grupo de 25 mediadores y se ha impartido en el Centro de salud.

Al finalizar el curso nos han solicitado del colegio público 'María Sanz de Sautuola' la realización del taller en sus instalaciones para el curso 2010-11, la información había llegado por el boca-boca a través de padres.

El trabajo comunitario de las enfermeras, sobre todo en los colegios debe ser tenido en cuenta a la hora de planificar cualquier programa escolar de salud.

7.- AGRADECIMIENTOS.

A la organización Plataforma Romanes-Gitanos de hoy de Cantabria, que se ha ocupado de toda la logística y la financiación del proyecto.

A todo el personal del Centro de salud que colaboró activamente en la realización de esta intervención comunitaria, especialmente a la trabajadora social, fisioterapeutas e higienista dental.

Al personal de los colegios que nos animó y ayudó en las tareas de intendencia tanto en la cocina como en los desayunos con los niños y padres.

8.- BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

1. La Parra D. Hacia la equidad en salud. Disminuir las desigualdades en una generación en la comunidad gitana. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social y Fundación Secretariado Gitano; 2006.
2. Gutiérrez M, coordinador. Estilos de vida de la comunidad gitana. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social y Fundación Secretariado Gitano; 2008.
3. Dirección General de Sanidad y Protección de los Consumidores. Informe sobre el estado de los trabajos de la Comisión Europea en el campo de nutrición en Europa Octubre de 2002. Luxemburgo: Comunidades Europeas; 2003.
4. García C. Guía para la actuación con la Comunidad Gitana en los Servicios Sanitarios. Madrid: Fundación Secretariado Gitano; 2006.
5. Ballesteros JM, Villar C, coordinadores. Documento de consenso sobre la alimentación en los centros educativos. Estrategia NAOS. Madrid: Ministerio de Educación, Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad; 2010.
6. González E, Merino B, coordinadores. Alimentación Saludable: Guía para las familias. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Gobierno de España; 2007.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Fundación Secretariado gitano. Salud y comunidad gitana. Análisis de propuestas para la actuación. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.
8. Diccionario Español-Romanó. Andrés Jiménez Gabarri. Plataforma de asociaciones Gitanas de Cantabria. Santander; 2010.

Nuberos Científica

Con el fin de avanzar en el desarrollo de los objetivos planteados inicialmente para la revista, se informa a los usuarios que NUBEROS CIENTÍFICA dispone de una base de datos propia a la que es posible acceder con el enlace directo:

www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/numeros

- Los términos de búsqueda deben ser específicos al igual que ocurre en cualquier bases de datos científica.
- Los campos de búsqueda pueden ser: título, autor/es, resumen, abstract, palabras clave, keywords o texto completo.

www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/numeros

COLEGIO DE ENFERMERÍA DE CANTABRIA

FUNDACIÓN de ENFERMERÍA de CANTABRIA

Nuberos Científica

En esta página puede consultar los artículos publicados en la revista Nuberos Científica. Utilice el buscador para encontrar los artículos por Autor, Título, Palabras Clave, y Resumen. O pulse sobre un número para visualizar todos los artículos.

Escribir término de búsqueda

VOLUMEN 1 NÚMERO 1	Ver artículo
VOLUMEN 1 NÚMERO 2 3/2011-2/2011	Ver artículo
VOLUMEN 1 NÚMERO 3 3/2011-6/2011	Ver artículo
VOLUMEN 1 NÚMERO 4 7/2011-10/2011	Ver artículo
VOLUMEN 1 NÚMERO 5 11/2011-2/2012	Ver artículo
VOLUMEN 1 NÚMERO 6 3/2012-6/2012	Ver artículo

Artículos - Volumen 1 Número 3

Artículo	Resumen	Ver artículo
Enfermería y...	Resumen: 2/2011 Aceptado: 5/2011	Ver artículo
Presencia de ansiedad y depresión en los pacientes con amputación de miembros inferiores de menos de un año de evolución	Resumen: 4/2011 Aceptado: 5/2011	Ver artículo
Proyecto de mejora para el uso de Nonverbalix en...	Resumen: 2/2011 Aceptado: 5/2011	Ver artículo
Estrategia de mejora en la administración de medicamentos por vía subcutánea en el domicilio	Resumen: 4/2011 Aceptado: 5/2011	Ver artículo
Programa de gestión de riesgo en la Unidad de Cardiología-Crítico del Hospital Universitario de Vitoria	Resumen: 5/2011 Aceptado: 5/2011	Ver artículo

COLEGIO DE ENFERMERÍA DE CANTABRIA

Nuberos Científica

En esta página puede consultar los artículos publicados en la revista Nuberos Científica. Utilice el buscador para encontrar los artículos por Autor, Título, Palabras Clave, y Resumen. O pulse sobre un número para visualizar todos los artículos.

Evaluación de ansiedad y depresión en los pacientes con amputación de miembros inferiores de menos de un año de evolución

Título: Evaluación de ansiedad y depresión en los pacientes con amputación de miembros inferiores de menos de un año de evolución

Autor: Elena Rijo Sainza, Enfermera del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, erijo75@rosnet.com

Resumen: Tras una amputación de miembros inferiores son frecuentes la aparición de trastornos psicológicos. El objetivo es conocer la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes amputados durante el primer año de postoperatorio y sus factores asociados. Serán objeto de estudio aquellos pacientes mayores de edad a los que se les realice una amputación de miembros inferiores, suprapatelares, infrapatelares o supracondilares, a causa de una patología vascular. La variable principal del estudio es la ansiedad y depresión medida con la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (SHAD). Las variables independientes incluyen aspectos sociodemográficos, aspectos relacionados con la amputación y otras variables. El registro de datos se realizará a través de entrevistas clínicas, revisión de la historia clínica y autocumplimentación, por parte del paciente, de la escala de ansiedad y depresión antes del alta hospitalaria, a los 6 meses y 12 meses.

ASESORÍA DE INVESTIGACIÓN



FUNDACION de la ENFERMERIA
de CANTABRIA



COLEGIO de ENFERMERIA
de CANTABRIA

INFORMACIÓN: Oficinas del Colegio - Tel. 942 31 97 20 y colegio@enfermeriacantabria.com

COMENTARIO DE LIBROS

Cuidar y acompañar hasta el final

Autor: Víctor Mencía Seco

El proceso de morir es una etapa más de la vida, considerada como natural. Todos nacemos y todos vamos a morir.

Como profesionales de la salud tenemos la responsabilidad de ayudar a los pacientes y sus familias a afrontarla de la mejor manera posible, además, como enfermeras, la de enseñar e instruir a sus cuidadores en el cuidado diario.

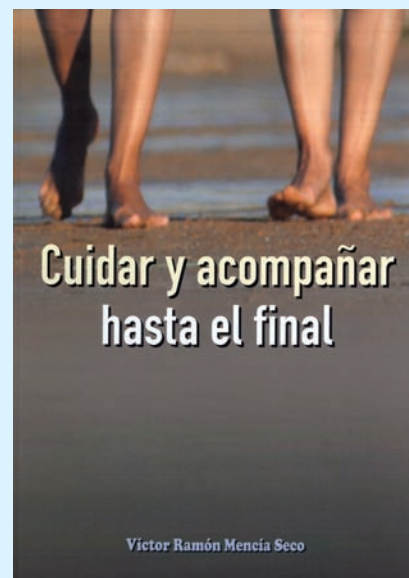
Los cuidadores de pacientes con enfermedades en fase avanzada y terminal necesitan un aprendizaje que debe ser guiado por enfermeras cualificadas. Nuestra función como tales, es proporcionarles información y herramientas para afrontar, de la mejor manera, el final de la vida de la persona querida; ayudándoles a reconocer las fases de ese final por las que pasa el enfermo y como se debe actuar para que tenga la mejor calidad de vida-muerte.

Este libro, mediante ejemplos prácticos vividos con pacientes que ha pasado por estas situaciones, nos va ilustrando e instruyendo sobre las necesidades que puede tener el enfermo y su familia y se refiere no solo a las necesidades físicas sino a las emocionales y afectivas...

Existen varios manuales prácticos sobre como tratar los síntomas físicos mas relevantes en esta fase del final de la vida, como son: la boca, el estreñimiento, el insomnio, etc... Estos textos, relatan los temas de manera exquisita enseñando al cuidador familiar las técnicas; pero disponemos de pocos textos que ayuden y orienten a comprender los sentimientos, emociones, afectos del enfermo y su familia en esta etapa final.

Los síntomas emocionales, los sentimientos a los que se enfrenta el paciente enfermo y su cuidador y familia pueden ser controvertidos, necesitan hablar de lo que sienten y cómo lo sienten. Enseñar al cuidador a encontrar el tiempo y el momento para hablar de ello, dando pautas de comportamiento, es también responsabilidad enfermera.

Los enfermeros profesionales necesitamos aprender a escuchar y no solo oír, esto nos ayudaría a comprender actitudes



que, en ocasiones, nos incomodan porque no sabemos cómo actuar ante ellas.

Nuestra profesión se caracteriza por la buena práctica clínica, este libro nos enseña a completar esa práctica con una atención holística en ese momento de la vida del paciente en el cual no podemos perder la oportunidad porque, si lo hacemos, no vamos a disponer de otra para hacerlo. Es deseable que los pacientes y sus familias lleguen al final habiendo cumplido todos sus objetivos o, al menos aproximarse lo más posible al logro de ellos.

En este libro podemos encontrar esas herramientas del conocimiento precisas para que los pacientes y familias afronten el final de la vida sin llegar a que el miedo nos incapacite para una actuación profesional.

El texto, está especialmente dirigido al cuidador de pacientes con enfermedad terminal pero también para todos los profesionales de la Enfermería que, en algún momento de su actividad profesional tengan que afrontar situaciones difíciles en estos contextos.

Ana Manzananas.
Enfermera de la Unidad
de Paliativos del
Hospital Valdecilla

XVI ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS

Cartagena, del 6 al 9 de noviembre de 2012

Organización: INVESTESN – ISCIII

Información: <https://encuentros.isciii.es/murcia2012/>

XXX CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

Bilbao, del 7 al 9 de noviembre de 2012

Organizado por la Sociedad Española de Calidad Asistencial

Información: <http://www.congreso.calidadasistencial.es/2012/index.html>

IX SIMPOSIO NACIONAL DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS

Sevilla, del 14 al 16 de noviembre de 2012

Organización: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP)

Información: <http://bocentiumcongress.com/gneaupp2012/index.php/gneaupp/2012>

I FORO I+E 2012 INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN Y EDUCACIÓN SUPERIOR EN ENFERMERÍA. III JORNADAS INTERNACIONALES Y IV NACIONALES DE CIENCIAS DE LA SALUD

Granada, del 14 al 17 de noviembre de 2012

Organización: Fundación Index-España, con la colaboración de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada

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

X SIMPOSIO INTERNACIONAL DE NEONATOLOGÍA Y IV JORNADAS DE ENFERMERÍA NEONATAL

Bilbao, del 22 al 24 de noviembre de 2012

Organización: Sociedad Española de Neonatología y la Sociedad Española de Enfermería en Neonatología

Información: <http://www.se-neonatal.es/>

9º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA

Córdoba, del 6 al 8 de marzo de 2013

Organización: Asociación Española de Enfermería Quirúrgica

Información: <http://www.9enfermeriaquirurgica.com/>

X CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA EN ENFERMERÍA

Palma de Mallorca, del 6 al 9 de marzo de 2013

Organización: Sociedad Española de Radiología Intervencionista en Enfermería

Información: <http://www.serie.es/slider/275-x-congreso-nacional-en-palma-de-mallorca>

XXV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS "LAS MANOS QUE TE CUIDAN"

Barcelona, 11 y 12 de abril de 2013

Organización: Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias

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

VIII CONGRESO DE LA FEDERACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

Palma de Mallorca, del 8 al 10 de mayo de 2013

Organización: Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria

Información: <http://www.faecap.com>

XVI CONGRESO DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA 'MEJORA DE LA CALIDAD EN RADIOLOGÍA: HACIA LA EXCELENCIA EN LOS CUIDADOS'

Zaragoza, del 8 al 10 de mayo de 2013

Organización: Sociedad Española de Enfermería Radiológica

Información: <http://www.zaragoza2013.enfermeriaradiologica.org/principal.htm>

XXXIV CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA 'AVANZANDO, MEJORANDO Y COMPARTIENDO CUIDADOS'

Girona, del 8 al 10 de mayo de 2013

Organización: Asociación Española de Enfermería en Cardiología

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

XIV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

Zaragoza, del 8 al 11 de mayo de 2013

Organización: Sociedad Española de Enfermería Oncológica

Información: <http://www.seeo.org/>

29 JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA EN TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Santiago de Compostela, del 22 al 24 de mayo de 2013

Organización: Asociación de las Jornadas de Enfermería en Cirugía Ortopédica y Traumatológica en colaboración con la Xerencia de Xestión Integradas de Santiago de Compostela

Información: <http://www.29enfermeriatraumatologia.com/>

Normas de publicación de manuscritos

NUBEROS CIENTÍFICA es una publicación de carácter científico de la Fundación de la Enfermería de Cantabria, cuyos principales objetivos son promover la investigación científica enfermera y difundir la producción científica entre los profesionales de Enfermería de Cantabria y de otras Autonomías.

En ella tienen cabida todos los temas relacionados con aspectos clínico-asistenciales, de metodología científica de trabajo (NANDA, NIC, NOC), de calidad de cuidados, de aspectos sociosanitarios o comunitarios, de salud laboral, de salud medioambiental, de gestión, de docencia y de formación. Todo ello con la perspectiva de la **enfermería basada en la evidencia científica**.

Las normas para la publicación de trabajos, estudios o proyectos están basadas, fundamentalmente, en las Normas de Vancouver para la uniformidad de manuscritos presentados a Revistas Biomédicas y se describen a continuación:

1. Normas generales de publicación.
 - Trabajos o estudios científico técnicos.
 - Proyectos de investigación científica.
 - Trabajos o estudios de investigación de carácter cualitativo.
2. Ilustraciones.
 - Tablas y gráficos.
 - Fotografías.
3. Referencias bibliográficas.
4. Normas éticas.
5. Relación de documentos que deben contener los trabajos para enviar a NUBEROS CIENTÍFICA.

1. NORMAS GENERALES DE PUBLICACIÓN

Los manuscritos de los trabajos se podrán enviar a la dirección electrónica del Colegio de Enfermería de Cantabria, en cuya web se encuentra la información relativa al envío.

Se enviará con una carta de presentación solicitando la publicación, donde constará, expresamente, si el trabajo ha sido o no presentado o publicado en otro evento o revista científica. Además, si existe o no conflicto de intereses.

Es conveniente conservar copia del trabajo.

Los trabajos deberán realizarse y presentarse en procesador de textos programa Word y en Excel o Power Point para gráficos.

La extensión máxima será de 4.000 palabras (caracteres con espacios) y al escribir el trabajo en Word se tendrá en cuenta que:

- Tipo de letra será Time New Roman, cuerpo 12, espaciado e interlineado normales.
- Evitar 'negritas', subrayados o mayúsculas para resaltar.
- Deberán evitarse las abreviaturas o siglas y, cuando sean necesarias, se explicará (la primera vez) entre paréntesis su significado. Se exceptúan las unidades de medida del Sistema de Medidas Internacional.
- Utilizar entrecomillados "... " para citas textuales.
- Utilizar entrecomillados "... ' para referencias, títulos o nombres técnicos.
- Utilizar cursiva cuando se utilicen palabras en otro idioma o en latín.
- Las páginas irán numeradas consecutivamente en el ángulo superior derecho.
- En la **primera página** se incluirá, por orden:
 - Título del artículo, que deberá ser conciso y lo suficientemente informativo.
 - Nombre y dos apellidos de los autores (máximo seis).
 - Lugar de trabajo, departamento e institución.
 - Identificación de autor responsable para la correspondencia del manuscrito y su dirección electrónica.
 - Apoyos recibidos (si existieran) para la realización del estudio o trabajo.

Todas las personas que figuran como autores (profesionales de Enfermería) deberán estar cualificadas para ello, en caso contrario y con su permiso, podrán figurar en la sección de agradecimientos.

Nuberos Científica declina cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos que se publiquen en el Revista.

En la **segunda página** se incluirá el RESUMEN/ABSTRACT y en 200 palabras (español/inglés) que, de forma resumida, esboce:

- Justificación.
- Metodología.
- Conclusiones importantes.
- Propósito del estudio (objetivo).
- Resultados relevantes.
- Aportación del trabajo a la comunidad científica o a la sociedad.

Al final del resumen se incluirán las palabras clave (de 3 a 10 palabras o frases cor-

tas), que permitirán indexar el artículo en las bases de datos. Serán en lenguaje Mesh.

En las **siguientes páginas** se incluirá el texto del trabajo o estudio, dividiendo claramente los apartados del mismo.

Los **trabajos o estudios científico-técnicos** deben seguir (de manera general) las fases de la metodología científica:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. Título | 6. Discusión-Conclusiones. Aportación del trabajo a la comunidad científica o a la sociedad. |
| 2. Introducción-Justificación. | 7. Bibliografía. |
| 3. Objetivos: general y específicos. | 8. Anexos. |
| 4. Metodología (material y métodos). | |
| 5. Resultados. | |

Los **trabajos de investigación** de carácter cualitativo deben contener además:

1. Introducción-Justificación de estudio cualitativo. Marco teórico.
2. Metodología propia de análisis cualitativo.

Los **proyectos de investigación científica** deben contener los siguientes capítulos:

1. Título.
2. Introducción, antecedentes y estado actual del tema. Marco teórico.
3. Hipótesis. Objetivos.
4. Metodología.
5. Aspectos éticos.
6. Utilidad de los resultados, en relación a la comunidad científica y a la sociedad.
7. Plan de trabajo.
8. Experiencia del equipo investigador (resumen curricular).
9. Medios disponibles y necesarios.
10. Bibliografía.
11. Relación de anexos.

2. ILUSTRACIONES

Tablas y gráficos:

Se presentarán realizadas mediante aplicación informática y en archivo aparte. Serán sencillas, con un título breve y las siglas o abreviaturas se explicarán al pie. Es conveniente que sean de formato similar. Deben estar correctamente referenciadas en el texto.

Fotografías, grabados y dibujos:

Se incluirán solo cuando sean necesarias para la comprensión del texto. Se presentarán en archivo electrónico de alta resolución (300 ppp) y formatos JPEG o TIF. Solo se admitirán un máximo de cuatro fotografías por trabajo.

NUBEROS CIENTÍFICA se reserva el derecho de introducir fotos o dibujos alusivos al tema tratado de acuerdo a las necesidades de ajuste de espacio en la publicación.

3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Deben presentarse correlativamente según el orden de aparición en el texto (se utilizarán números con la opción *superíndice*).

Se recomienda un máximo de 30 referencias, que deben basarse en las normas del National Library of Medicine http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

4. NORMAS ÉTICAS

- Se indicará, expresamente y cuando se trate de experimentación humana, si los procedimientos empleados han respetado los criterios éticos de los comités responsables.
- Del mismo modo, si se trata de experimentación animal.
- No se identificará a los pacientes o enfermos ni con nombres o ni con iniciales.
- Las fotografías, si existieran, no identificarán a las personas.
- Se informará a personas e instituciones, solicitando su consentimiento para la realización del trabajo.
- Se adjuntará (en anexos) fotocopias de los permisos o autorizaciones, así como el dictamen del Comité de Bioética o de Ensayos Clínicos de la Comunidad Autónoma.

5. RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE DEBEN CONTENER LOS TRABAJOS:

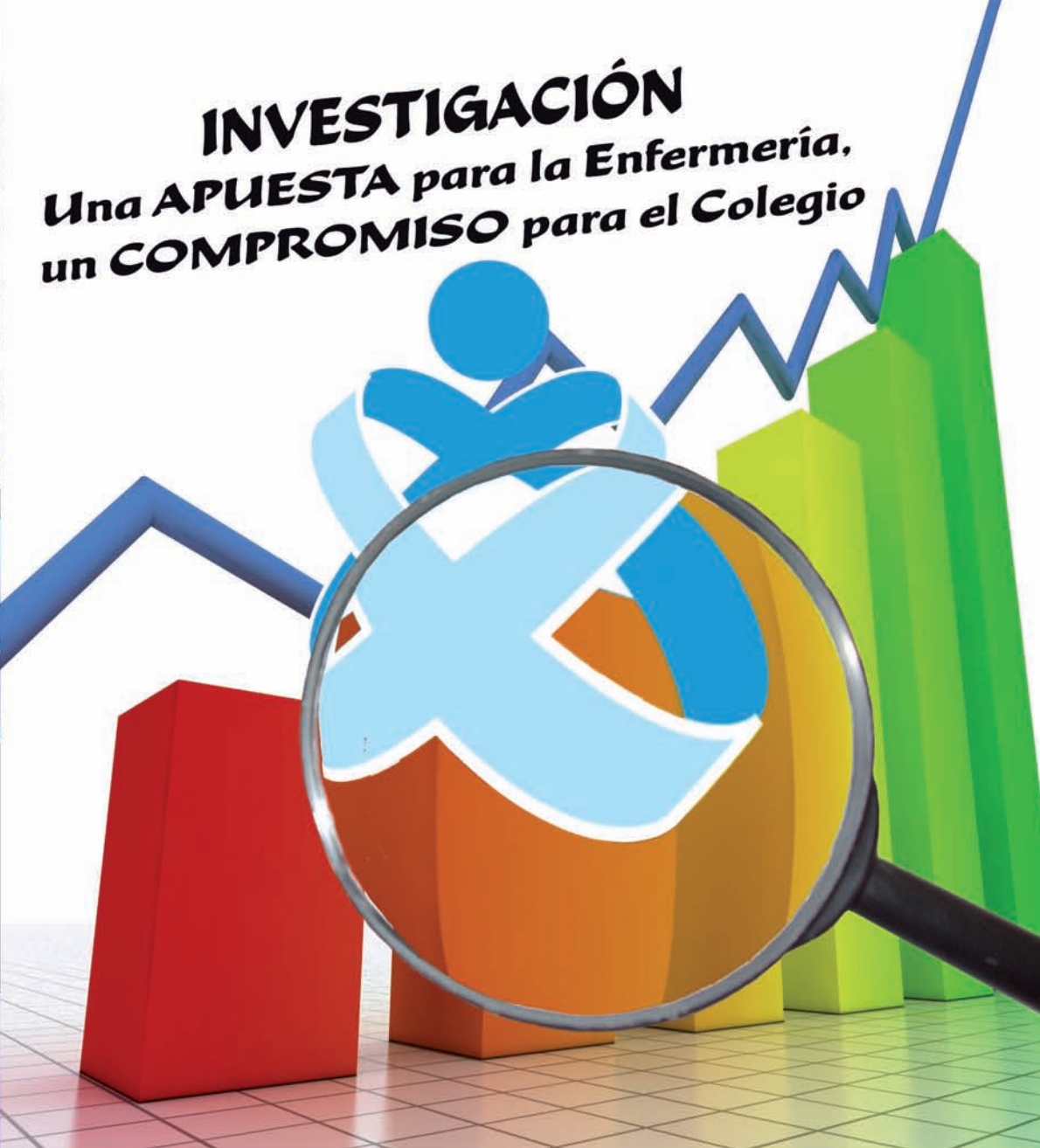
Los trabajos deben enviarse a: colegio@enfermeriacantabria.com

- Carta de presentación.
- Certificado de autoría.
- Texto del manuscrito.
- Archivo con las ilustraciones.
- Archivo con la fotografía, si se precisa.



INVESTIGACIÓN

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



ASESORÍA DE INVESTIGACIÓN

Ayuda y colaboración a los colegiados que deseen realizar o estén desarrollando trabajos o proyectos de investigación en cuidados.

- Formación para desarrollar investigación en cuidados.
- Apoyo a través del Premio de Investigación.
- Divulgación a través de la revista Nuberos Científica.
- Apoyo a través de la Asesoría Científica.
- Acceso a bibliotecas presenciales y virtuales.