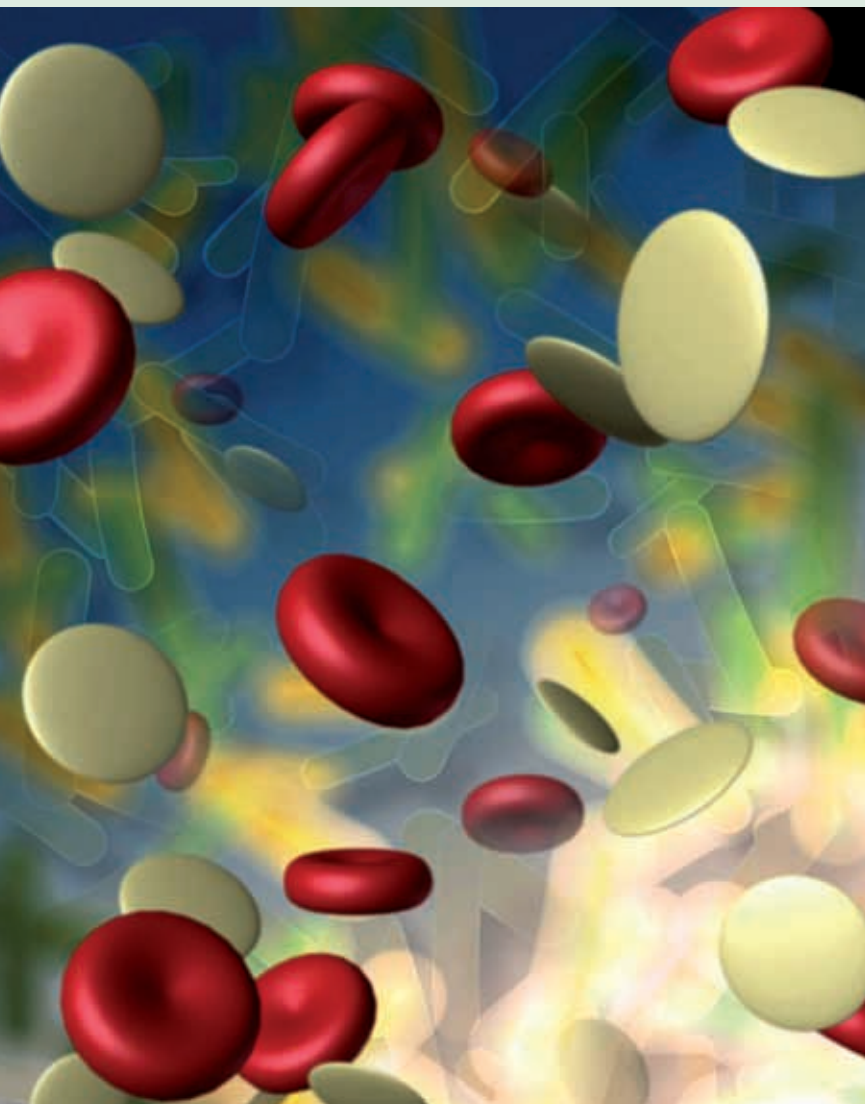


# Nuberos Científica



## ORIGINALES

Estudio comparativo de hábitos alimenticios entre personas deportistas y personas muy sedentarias

M<sup>a</sup> Victoria Arranz Martín

## MONOGRAFÍAS

Lista de verificación de seguridad de la cirugía, un paso más hacia la seguridad del paciente

M<sup>a</sup> Teresa González Acero y Blanca Torres Manrique

Monografía sobre las emociones del parto

Rocío González Zubizarreta

## TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Uso de plasma autólogo rico en plaquetas para la cicatrización de úlceras crónicas

M<sup>a</sup> Concepción Peña Revuelta, Soledad González Barrera, Carolina Carrera Benito, M<sup>a</sup> Ángeles González Romero, María Cruz Santibáñez y Soledad Soto Guati

## CASO CLÍNICO

Proceso de atención de enfermería: cicatrización por segunda intención de sinus pilonidal mediante cura húmeda con hidrofibra de hidrocolide ionizada con plata

Avelino Saiz Sánchez

## ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Educación para la salud sobre autocuidados en hábitos de vida saludable

Nuria Sánchez Avello y M<sup>a</sup> Elena García Campo

Educación para la salud sobre autocuidados en una sexualidad responsable y saludable

Sara Díez Iglesias y Ángela Lombera Torre

## ENFERMERÍA HOSPITALARIA

Valoración del informe de enfermería al alta tras la hospitalización

Elena Rivas Cilleros, Javier Velasco Montes y José Carlos López Alonso

## COMENTARIO DE LIBROS

Guía del proceso enfermero en nutrición parenteral

Patricia López Calderón



FUNDACIÓN de  
la ENFERMERÍA  
de CANTABRIA

# Nuberos Científica

**VOL. 2 NUM. 8      NOVIEMBRE 2012-FEBRERO 2013**

**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)

## **CONSEJO DE REDACCIÓN:**

**Teresa Aguirre Oteiza**

Diplomada en Enfermería. 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 del H. U. Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

**Montserrat Carrera López**

Diplomada en Enfermería. Unidad de Críticos y Postoperados de Cardiovascular. H. U. Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

**María Fuente Merino**

Diplomada en Enfermería. Formación en Investigación. Unidad de Cuidados Intensivos Generales del H. U. Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

**Mirian García Martínez**

Diplomada en Enfermería. Experiencia investigadora. Unidad de Hemodiálisis del H. U. Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

**Patricia López Calderón**

Diplomada en Enfermería. Licenciada en Antropología. (Cantabria-España)

**Vanesa Martínez González**

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

**M. Soledad Ochoa Gutierrez**

Diplomada en Enfermería. 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**

Diplomada en Enfermería. 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 H. U. Marqués de Valdecilla. (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** ESTUDIO COMPARATIVO DE HÁBITOS ALIMENTICIOS ENTRE PERSONAS DEPORTISTAS Y PERSONAS MUY SEDENTARIAS

M<sup>a</sup> Victoria Arranz Martín

## MONOGRAFÍAS

- 11** LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA, UN PASO MÁS HACIA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

M<sup>a</sup> Teresa González Acero y Blanca Torres Manrique

- 22** MONOGRAFÍA SOBRE LAS EMOCIONES DEL PARTO

Rocío González Zubizarreta

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

- 31** USO DE PLASMA AUTÓLOGO RICO EN PLAQUETAS PARA LA CICATRIZACIÓN DE ÚLCERAS CRÓNICAS

M<sup>a</sup> Concepción Peña Revuelta, Soledad González Barrera, Carolina Carrera Benito, M<sup>a</sup> Ángeles González Romero, María Cruz Santibáñez y Soledad Soto Guati

## CASO CLÍNICO

- 35** PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: CICATRIZACIÓN POR SEGUNDA INTENCIÓN DE SINUS PILONIDAL MEDIANTE CURA HÚMEDA CON HIDROFIBRA DE HIDROCOLIDE IONIZADA CON PLATA

Avelino Saiz Sánchez

## ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

- 41** EDUCACIÓN PARA LA SALUD SOBRE AUTOCUIDADOS EN HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE

Nuria Sánchez Avello y M<sup>a</sup> Elena García Campo

- 45** EDUCACIÓN PARA LA SALUD SOBRE AUTOCUIDADOS EN UNA UNA SEXUALIDAD RESPONSABLE Y SALUDABLE

Sara Díez Iglesias y Ángela Lombera Torre

## ENFERMERÍA HOSPITALARIA

- 49** VALORACIÓN DEL INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA TRAS LA HOSPITALIZACIÓN

Elena Rivas Cilleros, Javier Velasco Montes y José Carlos López Alonso

## COMENTARIO DE LIBROS

- 57** GUÍA DEL PROCESO ENFERMERO EN NUTRICIÓN PARENTERAL

Patricia López Calderón

- 58** AGENDA

## Cuidar desde la evidencia científica

Las necesidades asistenciales de la población son una entidad cambiante influenciada por múltiples factores sociales, económicos, personales, educacionales, etc. La enfermería ha de ser susceptible a esas necesidades y cambios, adecuando su actividad profesional a esas demandas asistenciales detectadas. Las intervenciones de enfermería no deben de basarse únicamente en la experiencia personal, la intuición, el sentido común o las normas establecidas por la tradición. Es necesario avanzar e integrar al paciente y usuarios de los servicios de salud como protagonistas activos de sus propios procesos, capaces de interactuar en los mismos.

Como componentes del equipo de salud, los profesionales de enfermería tienen la responsabilidad de proporcionar cuidados seguros y de calidad. Esta actitud va unida a una constante actualización de conocimientos sobre la mejor evidencia disponibles en el cuidado y llevarlo a la práctica asistencial.

En los resultados de la investigación de calidad, se sustenta la Práctica Basada en la Evidencia. Desde la práctica asistencial parten las preguntas susceptibles de ser investigadas, los resultados hallados en la investigación guiarán la Práctica Clínica en Cuidados Basada en la Evidencia que es una forma de implementar cuidados desde un proceso que requiere la búsqueda de la mejor

evidencia, mediante revisiones sistemáticas, evaluación crítica de la evidencia encontrada, implementarla en la actividad asistencial, evaluar los resultados y compartir la información con los profesionales de enfermería, a través de las publicaciones científicas, si es pertinente.

¿El tiempo de la jornada laboral, que el profesional de enfermería asistencial, dedica a realizar actividades de colaboración, es significativamente mucho mayor que el empleado en la resolución científica de problemas del cuidado enfermero? ¿Sería conveniente un replanteamiento organizacional?

Actualmente, como consecuencia de una inadecuada gestión y regulación de jornada laboral que no contempla ni facilita el desarrollo de estas actividades, existen dificultades para que los profesionales asistenciales de enfermería integren dentro de sus jornadas laborales actividades formativas sobre investigación y búsquedas de resultados de la mejor evidencia en cuidados ¿Se puede considerar un trato desigual con respecto a otros profesionales? Sería deseable mayor empeño por parte de los servicios de salud y sus líderes en promover la aplicación de evidencia científica en los cuidados de enfermería.

María H. Fuente Merino

## RESUMEN DE CONTENIDOS

### ORIGINAL

**Estudio comparativo de hábitos alimenticios entre personas deportistas y personas sedentarias.**– Interesante trabajo en el que la autora expone los resultados obtenidos tras valorar si existen o no, diferencias entre los hábitos alimenticios en personas deportistas o físicamente activas y personas sedentarias.

### MONOGRAFÍA

**Lista de verificación de seguridad de la cirugía, un paso más hacia la seguridad del paciente.**– Monografía adaptada del trabajo de fin de grado, basado en un aspecto primordial en la actualidad de la asistencia sanitaria, la seguridad del paciente. Analiza la puesta en marcha y evolución de medidas que se han implantado mayoritariamente en el ámbito quirúrgico, basadas en los resultados de diversos estudios, con el fin de minimizar los efectos iatrogénicos.

**Monografía sobre las emociones del parto.**– El objetivo del trabajo es conocer el concepto de experiencia de parto, los sentimientos que se generan en la madre y su pareja y el papel de la matrona.

A través de una amplia búsqueda bibliográfica se ofrece una amplia definición del concepto de parto, no solo como proceso fisiológico, sino como proceso único, complejo y multidimensional.

Las emociones presentes serán utilizadas por la mujer como determinantes de una experiencia de parto positiva o negativa. Por este motivo, el papel de la matrona es fundamental, ya que es el profesional sanitario que dirige el trabajo de parto.

### TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

**Uso de plasma autólogo rico en plaquetas para la cicatrización de úlceras crónicas.**– El uso de plasma rico en plaquetas (PRP) ha captado en los últimos años un gran interés en distintos campos de la salud. Las plaquetas contienen en su interior gránulos con proteínas de gran potencial biológico que potencian, aceleran y estimulan la regeneración de los tejidos.

El trabajo trata de comprobar la efectividad del PRP en la cicatrización de una úlcera varicosa.

### CASO CLÍNICO

**Proceso de atención de enfermería: cicatrización por segunda intención de sinus pilonidal, mediante cura húmeda con hidrofobia de hidrocoloide ionizada con plata.**– Caso que refleja la importancia de la enfermería y del proceso enfermero NANDA/NIC/NOC, en la intervención del sinus pilonidal que cicatriza por segunda intención. Describe cada una de las pautas a seguir para una cicatrización temprana del lecho de la herida sin complicaciones.

### ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

**Experiencia comunitaria. EpS a grupos terapéuticos.**– Se trata de una experiencia comunitaria orientada a población específica de grupos terapéuticos con diversos contenidos. Es una intervención enfermera novedosa en nuestro entorno, sobre temas de cuidados y autocuidados en aspectos fundamentales de la vida de la población a la que se dirige.

Para sus autoras y para los grupos receptores ha supuesto una enriquecedora experiencia y se publicará en dos ediciones de NC.

### ENFERMERÍA HOSPITALARIA

**Informe de enfermería al alta tras la hospitalización.**– Los autores presentan un estudio descriptivo donde se expone un tema de trascendental importancia para la continuidad de los cuidados del enfermo/paciente y su cuidador o familia.

El informe de enfermería al alta tras la hospitalización, a pesar de su importancia, no se ha desarrollado, evaluado y perfeccionado con el suficiente rigor a lo largo del tiempo que lleva implantado en el Servicio Cántabro de Salud y anteriormente INSALUD. En este manuscrito, los profesionales opinan que no cumple con sus objetivos en cuanto al procedimiento y a sus contenidos.





FUNDACIÓN de  
la ENFERMERÍA  
de CANTABRIA

**Nuberos Científica**

[www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica](http://www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica)

ORIGINAL



# Estudio comparativo de hábitos alimenticios entre personas deportistas y personas muy sedentarias

**Autora:**  
**M<sup>a</sup> Victoria Arranz Martín**

*Diplomada en Enfermería. Servicio de  
Corretornos de Consultas Externas  
del HUMV*

*Dirección para correspondencia:*  
*vicky.mari@gmail.com*

Recibido: Noviembre 2012  
Aceptado: Noviembre 2012

## RESUMEN

Desde que los seres humanos comenzaron a participar en competiciones deportivas, la nutrición ha sido considerada como un componente integral de dicha disciplina<sup>6</sup>. Hoy en día existe una demanda creciente de información fiable acerca de la nutrición en la actividad física y deportiva.

Pero ¿realmente las personas deportistas tienen una alimentación más equilibrada y saludable que las personas sedentarias?

Numerosos estudios reflejan que la gente deportista, al menos, están más preocupadas por una alimentación sana que mejore su rendimiento o su salud. En contraposición, cada vez son más numerosos los casos de deportistas con trastornos alimenticios (muchos de ellos ocultos durante tiempo).

Se ha realizado un estudio comparativo de hábitos alimenticios en personas deportistas o físicamente activas y personas sedentarias, basándonos en la hipótesis de que la gente físicamente activa suele tener una alimentación más saludable. Este sería el objetivo principal, siendo el secundario el valorar si las personas físicamente activas tienen o no realmente una alimentación saludable.

La conclusión ha sido que no hay grandes diferencias entre la alimentación de los dos grupos, sobre todo, con respecto a los grandes grupos de alimentos. Aunque sería recomendable realizar el estudio con un muestreo mayor.

### Palabras clave:

- Métodos de alimentación.
- Nutrición en salud pública.
- Actividad física.
- Guías alimentarias.

## ABSTRACT

Nutrition has been considered an important factor in sporting performances since humans beings have took part in competitions<sup>6</sup>. Nowadays, there is an increasing demand for reliable information about nutrition in physical and sporting activity.

But, do really sportspersons have more balanced and healthier diet than sedentary people?

Several reports reflect that sportsperson is at least more concerned about a healthy diet, which improves either their performance or their health. On the contrary, more and more sportspersons have eating disorders. (Many of them were hidden for a long time).

An comparative study about eating habits has made between either sportspersons or physically active people and sedentary individual. We are based on the hypothesis that physically active people use to have a healthier diet. This will be the main object and the second objective will be to analyze whether active individuals have or not a healthy diet.

The conclusion has been there aren't big differences between both groups, with regard to main food groups. However, it would be better to do the study with a larger sample size.

### Keywords:

- Feeding methods.
- Nutrition public health.
- Motoractivity.
- Foot guide.

## 1.- INTRODUCCIÓN - JUSTIFICACIÓN

Diversos estudios hablan de la importancia de una nutrición adecuada unida a la realización de la actividad física.

En paralelo, en las últimas décadas, la alimentación y el ejercicio físico se han revelado como pilares básicos en la prevención y tratamiento de enfermedades cada vez más comunes en nuestra sociedad<sup>1</sup>. La hidratación adecuada y el ejercicio han sido incluidos también como parte importante de la dieta en las guías de alimentación.

La contraparte de todo esto es el aumento de trastornos alimenticios en personas físicamente activas. Diversos autores han evidenciado la existencia de una presión cada vez mayor en el ámbito deportivo por controlar la alimentación y el peso de los deportistas. Todo parece indicar que el deporte suma a los factores de riesgo ya conocidos otros específicos de su ámbito, con lo que las posibilidades de enfermar aumentan.<sup>2</sup>

Parece que pese al aumento de los conocimientos en el campo de la nutrición y el ejercicio, hay una premisa básica que sigue siendo verdadera: existen pocas razones para justificar que la dieta de una persona físicamente activa sea distinta de la que siguen las demás personas sanas.<sup>3</sup>

Este estudio comparativo de hábitos alimenticios en personas físicamente activas y personas muy sedentarias está basado en la hipótesis de que la gente físicamente activa (independientemente de si es deporte de élite o por ocio) suele tener una alimentación más saludable, sin tener en cuenta si es por mejorar su salud y/o por aumentar el rendimiento.

## 2.- OBJETIVOS

- Objetivo principal:
  - Comparar los hábitos alimentarios de personas físicamente activas y personas muy sedentarias.
- Objetivos secundarios:
  - Valorar si las personas físicamente activas tienen o no una alimentación más saludable que las personas muy sedentarias.

## 3.- METODOLOGÍA

El estudio ha sido realizado en un grupo de 10 personas, 5 físi-

camente activas (grupo experimental) y 5 con una vida sedentaria (grupo control) de edades comprendidas entre los 30 y 50 años de la ciudad de Santander, sin tener en cuenta el sexo, nivel de estudios o tipo de trabajo. Se intentó obtener un número mayor de casos a estudiar, pero hubo varias encuestas no devueltas y otras mal rellenas que fueron descartadas.

Para desarrollar el estudio, se realizó una encuesta de frecuencia de consumo de alimentos basada en la ya diseñada por la Universidad Complutense de Madrid, sobre la que se han realizado pequeños cambios.

Se han realizado tres tipos de comparativa:

1) Entre el grupo control y experimental donde las respuestas han sido valoradas según las raciones establecidas en el Rombo de la Alimentación de Requejo y Ortega (2007).<sup>4</sup>

En los apartados de comidas donde el número de raciones no está establecido en las guías de alimentación la comparativa entre los dos grupos ha sido en relación al consumo diario, semanal o mensual.

2) La segunda está enfocada en el grupo de población físicamente activa; por su mayor requerimiento de cierto tipo de alimentos, valorando las repuestas según las raciones establecidas para población deportista en la guía de alimentación llamada Nutrición y Deporte (1999).<sup>5</sup>

3) La tercera es sobre la manera de cocinado de los alimentos entre el grupo control y el experimental. Se ha hecho una media de uso de método de cocinado semanal comparando resultados.

#### 4.- RESULTADOS OBTENIDOS

La exposición de los resultados se repartirá en los tres apartados ya indicados por los que hemos hecho el análisis de los datos.

1) Como podemos ver en el gráfico y la correspondiente tabla de valores (gráfico y tabla 1):<sup>1</sup>

- El consumo de 'cereales, derivados y legumbres' dista mucho de las cifras de raciones aconsejadas por las guías de alimentación de referencia, tanto en el grupo control como en el experimental, siendo, en los dos, menor de la mitad de lo establecido. Entre ellos hay una pequeña diferencia de consumo, siendo mayor el consumo de estos alimentos por el grupo de personas físicamente activas.

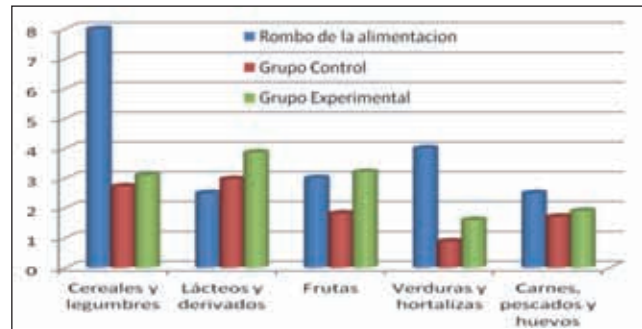
- El consumo de 'lácteos y derivados' en los dos grupos estudiados es mayor que lo establecido en la guía. Siendo, de nuevo, el grupo de personas físicamente activas las que tienen un mayor consumo, esta vez, de forma más significativa.

- Con respecto a las frutas se ve una mayor diferencia de consumo entre los dos grupos a estudio, siendo menor el consumo que lo establecido en la guía dentro del grupo de personas sedentarias y mayor (aunque no notablemente) en el grupo de personas físicamente activas.

- El consumo de verduras y hortalizas es más bajo de lo establecido como saludable en los dos grupos. Siendo algo más alto en el grupo experimental, pero distan-

ciándose en más de la mitad de la cifra aconsejada.

- En el último grupo de alimentos de 'carnes, pescados y huevos' el consumo de los dos grupos vuelve a ser menor de lo establecido y el grupo experimental tiene un consumo algo mayor que el control, aunque no muy diferente.



	Rombo de la alimentación	Grupo Control	Grupo Experimental
Cereales y legumbres	8	2,724	3,1
Lácteos y derivados	2,5	2,97	3,86
Frutas	3	1,82	3,2
Verduras y hortalizas	4	0,882	1,6
Carnes, pescados y huevos	2,5	1,71	1,9

Gráfico y tabla 1

Con respecto a los grupos de alimentos sin cifras establecidas se puede observar (gráficos 2):

- Dulces y azúcares: un mayor consumo diario por parte del grupo sedentario y más semanalmente entre el grupo físicamente activo. Aunque el grupo de personas más sedentarias están totalmente divididas ya que o consumen a diario o no consumen.

- Los platos precocinados son más consumidos semanalmente por los físicamente activos, que se dividen entre esto y el no consumo. Mientras que los sedentarios se dividen entre el consumo mensual y el no consumo.

- En los aperitivos los deportistas se dividen entre un consumo semanal y otro puntualmente mensual. Mientras que el grupo sedentario tienen un consumo semanal o no consumen.

- Con respecto a las salsas los dos grupos tienen un comportamiento similar: semanalmente o ausencia de consumo.

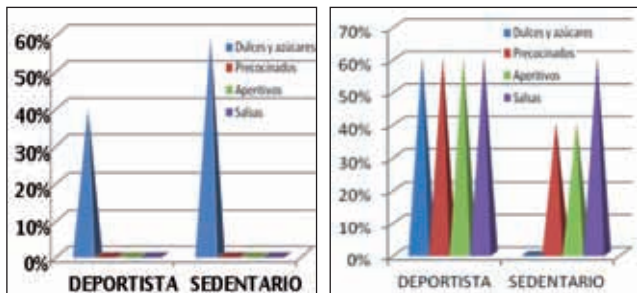
- Respecto al consumo de grasas y aceites, que no está reflejado en ninguno de los gráficos:

- Todos los del grupo físicamente activo tienen un consumo diario de aceite de oliva, mientras que un 60% de ellos tienen un consumo semanal o mensual de 'otros aceites' y un 40% tienen un consumo mensual de 'margarinas' y/o 'mantequillas'.

- El 80% del grupo sedentario consume aceite de

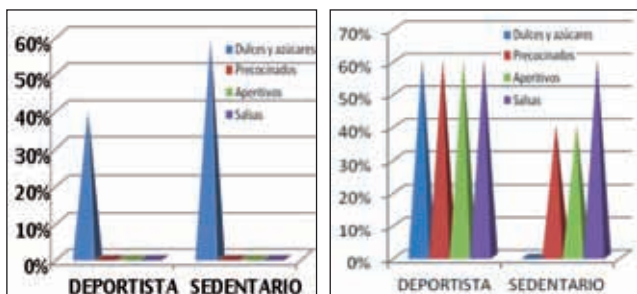
oliva diariamente, mientras que sólo un 20% consume mantequilla mensualmente.

Gráficos 2



Consumo diario

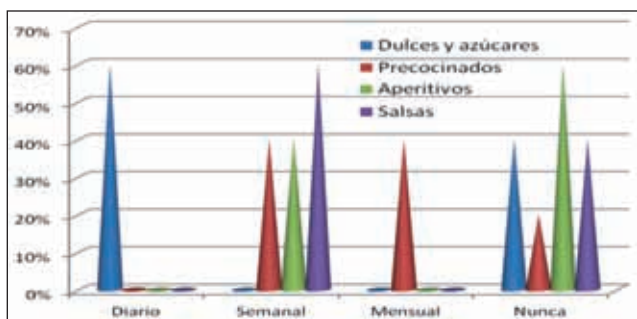
Consumo semanal



Consumo mensual

Consumo nulo o rara vez

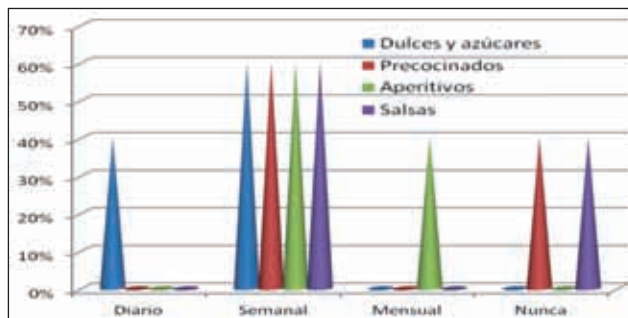
En los siguientes gráficos y tablas de valores se pueden observar los datos ya comentados reflejados en una gráfica por grupo control y experimental. (Gráfico y tabla 3 y Gráfico y tabla 4)



SEDENTARIOS	Dulces y azúcares	Precocinados	Aperitivos	Salsas
<b>Diario</b>	60%	0%	0%	0%
<b>Semanal</b>	0%	40%	40%	60%
<b>Mensual</b>	0%	40%	0%	0%
<b>Nunca</b>	40%	20%	60%	40%

Gráfico y tabla 3

2) La segunda comparativa más enfocada en el grupo experimental de población físicamente activa, se ha valorado las repuestas de dicho grupo con las raciones establecidas para población deportista en la guía de alimentación llamada Nutrición y Deporte (1999)<sup>5</sup> figura 2.



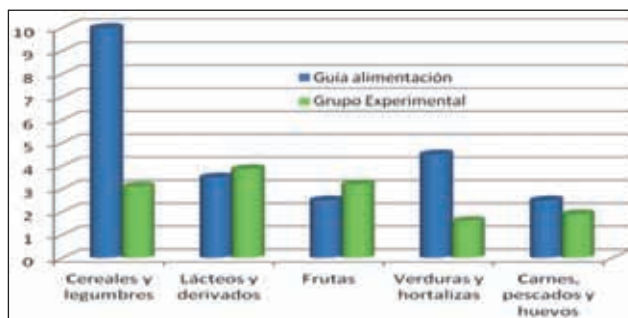
DEPORTISTAS	Dulces y azúcares	Precocinados	Aperitivos	Salsas
<b>Diario</b>	40%	0%	0%	0%
<b>Semanal</b>	60%	60%	60%	60%
<b>Mensual</b>	0%	0%	40%	0%
<b>Nunca</b>	0%	40%	0%	40%

Gráfico y tabla 4

Según esta guía de nutrición en deportistas el consumo del grupo de cereales, de lácteos y de frutas debe ser mayor que en la población sana general.

Teniendo en cuenta esta corrección vemos como la población estudiada (Gráfico y tabla 5):

- No consume ni la mitad de los requerimientos de cereales y legumbres, ni de verduras y hortalizas fijados
- El consumo de lácteos es muy parecido al establecido, incluso un poco mayor, al igual que el de frutas



	Guía alimentación	Grupo experimental
<b>Cereales y legumbres</b>	10	3,1
<b>Lácteos y derivados</b>	3,5	3,86
<b>Frutas</b>	2,5	3,2
<b>Verduras y hortalizas</b>	4,5	1,6
<b>Carnes, pescados y huevos</b>	2,5	1,9

Gráfico y tabla 5

- Mientras que el consumo de carnes, pescados y huevos es algo menor del establecido.

3) La tercera comparativa sobre la manera de cocinado de los alimentos entre el grupo control y el experimental.



Para ella se ha utilizado la segunda tabla de la encuesta donde se valora la forma de cocinado y el tipo de aceite utilizado. Se ha hecho una media de uso de método de cocinado semanal comparando resultados (Gráfico 6).

Podemos observar como hay una mayor utilización de los fritos con aceite de oliva, la plancha y la cocción de los alimentos por parte del grupo experimental. Y que el horneado es más utilizado entre el grupo físicamente activo.

Mientras que el consumo de guisos está equiparado y el de fritos con aceite que no es de oliva no son utilizados.

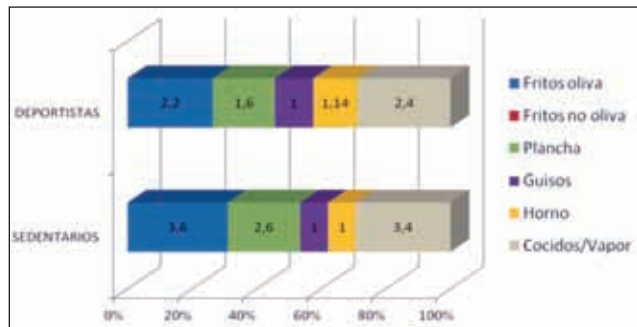


Gráfico 6

## 5.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Como conclusiones podríamos decir que no hay diferencia en los hábitos alimenticios de los dos grupos poblacionales estudiados en nuestra comparativa, sobre todo respecto a los grupos de alimentos principales (cereales, legumbres y derivados, lácteos y derivados, frutas, verduras y hortalizas y carnes, pescados y huevos).

Según los resultados ninguna de las dos poblaciones tiene una alimentación adecuada y podríamos exponer el interrogante de si sus conocimientos sobre una alimentación saludable son buenos o no, pese que su realización no lo es. Esto podría ser un motivo de estudio a seguir.

Este estudio realmente no sería relevante debido al reducido número de casos poblacionales obtenidos. Sería interesante realizar este mismo estudio con un número mayor de población.

Igualmente se han detectado sesgos como:

- A pesar de que la elección de la población ha sido aleatoria, se han seleccionado, de forma no aleatoria, las personas más físicamente activas entre todas las encuestas recibidas y validas.
- No se tiene en cuenta la ración de alimento consumida sino sólo el número de veces que se consume.

## 6.- BIBLIOGRAFÍA

1. Guía práctica Consumer: Salud y deporte. Alimentación y deporte [en línea] España: Fundación Eroski. [acceso el 15 de julio del 2012]. Disponible en: <http://saludydeporte.consumer.es/alimentacion/index.html>
2. Luis J. Durán Pedro J., Jiménez Luis M., Ruiz Fernando Jiménez, M<sup>a</sup> José Camacho. (2006) Trastornos de la alimentación y deporte. Femed, volumen XXIII - n.º 112, páginas 117-125
3. Conocimientos actuales sobre nutrición (Séptima edición). EKHARD E. ZIEGLER Y L.J. FILER, JR. (1997) International Life Sciences Institute (ILSI). Publicación científica 565, página 449
4. Efecto de la práctica de actividad física y de la participación deportiva sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia en función del género. CASTILLO, ISABEL; BALAGUER, ISABEL; GARCIA-MERITA, MARISA (2007) Revista de Psicología del Deporte, vol.16, núm. 2, páginas 201-210.
5. El Rombo de la Alimentación. Guías en alimentación que pueden ser utilizadas como orientación en la planificación de dietas para una semana. REQUEJO AM Y ORTEGA RM (2007). En: Ortega RM Nutrición en población femenina. Desde la infancia a la edad avanzada. Madrid: Ergón. Pág. 130.
6. Nutrición en el deporte: Ayudas ergogénicas y dopaje. Ayudas ergogénicas nutricionales. JAVIER GONZÁLEZ GALLEGO, PILAR SÁNCHEZ COLLA-DO, JOSÉ MATAIX VERDÚ. Fundación universitaria iberoamericana, página 347
7. Nutrición, vida activa y deporte. GREGORIO VARELA MOREIRAS, DOLORES SILVESTRE CASTELLO (2010). Madrid: Universidad San Pablo CEU e Instituto Tomas Pascual para la Nutrición y la salud.
8. Efectos del ejercicio físico y una dieta saludable. SANCHEZ BENITO, JOSE LUIS. (2009) Nutrición clínica y dietética hospitalaria 29, páginas 46-53
9. ANGEL GIL HERNÁNDEZ (2010) Nutrición en actividad física y deportiva. Tratado de Nutrición: Nutrición Humana en el Estado de Salud (tomo III). Editorial médica panamericana, página 347
10. Motivos de práctica físico-deportiva en la Región de Murcia. JUAN ANTONIO MORENO Y PEDRO LUIS RODRÍGUEZ (2004) Cuadernos de psicología del deporte, vol 4, números 1 y 2
11. Influence of changes in sedentary behavior on energy and macronutrient intake in youth. LEONARD HEPSTEIN, JAMES N ROEMMICH, ROCCO A PALUCH, AND HOLLIE A RAYNOR. (2005) The American Journal of Clinical Nutrition, vol. 81, nº 2, páginas 361-366
12. Lifestyles and physical activity. WOLD, B. (1989). Tesis doctoral. Universidad de Bergen, Noruega.
13. Socialización de los estilos de vida y de la actividad física: Un estudio piloto con jóvenes valencianos. CASTILLO, I. (1995). Tesis de Licenciatura. Universitat de València.
14. Un estudio sobre los predictores de los estilos de vida saludables de los adolescentes valencianos. BALAGUER, I. (2000). Dirección General de Salud Pública (I.V.E.S.P., 011/1999). Valencia: Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana.
15. Estudio de las relaciones entre motivación, práctica deportiva extraescolar y hábitos alimenticios y de descanso en estudiantes de Educación Física. JIMÉNEZ, R., CERVELLÓ, E., GARCÍA-CALVO, T., SANTOS-ROSA, F. J., IGLESIAS-GALLEGO, D. (2007). Internacional Journal of Clinical and Health Psychology 7, páginas 385-401.
16. Nutrición y ejercicio. Guía para planificar la alimentación de personas físicamente activas. ORTEGA RM, REQUEJO AM Y ODRIOZOLA JM (1999).

Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

17. Sobrepeso, obesidad, hábitos alimentarios, actividad física y uso del tiempo libre en escolares de Corrientes. Dr. Poletti O.H. y Dra. Barrios L. Revista Cubana Pediatría [en línea]. 2007 [fecha de acceso 17 de julio del 2012]; 79 (1); 9. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/ped/vol79\\_01\\_07/ped06107.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ped/vol79_01_07/ped06107.htm)

18. Evaluación de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. A. MONTERO BRAVO, N. ÚBEDA MARTÍN Y A. GARCÍA GONZÁLEZ. (2006) Nutrición Hospitalaria, vol. 21, nº 4, páginas 466-473.

19. Investigación pondo-estatural en estudiantes de nivel superior, sobrepeso y obesidad y su relación con el sedentarismo [monografía en internet] Bur Lucio F. (2009). Entre Ríos: Escuela normal superior en lenguas vivas "Ernesto Alejandro Bavio" Ciclo Superior. 2009 [fecha de acceso el 17 de julio del 2012] Disponible en: [http://www.nutrinfo.com/pagina/info/estudiante\\_sobrepeso\\_obesidad\\_2009.pdf](http://www.nutrinfo.com/pagina/info/estudiante_sobrepeso_obesidad_2009.pdf)

20. UC Saludable. Actividad física [en línea]. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2008 [fecha de acceso el 16 de julio del 2012] URL Disponible en: [http://www.ucsaludable.cl/actividadfisica\\_32.html](http://www.ucsaludable.cl/actividadfisica_32.html)

21. Problemas médicos generales en la gimnasia femenina. [en línea]. España: Federación española de Medicina del Deporte [fecha de acceso el 16 de julio del 2012] Disponible en: <http://www.femede.es/popup.php?publicaciones/gimnasia>

22. Hidratación y rendimiento físico [en línea] Madrid: Nutrinfo [fecha de acceso 17 de julio del 2012] Disponible en: [http://www.nutricion.org/publicaciones/pdf/hidratacion%20y%20rendimineto%20f%C3%ADsico\\_Marcela%20Gonz%C3%A1lez-Gross.pdf](http://www.nutricion.org/publicaciones/pdf/hidratacion%20y%20rendimineto%20f%C3%ADsico_Marcela%20Gonz%C3%A1lez-Gross.pdf)

23. Hidratación y Ejercicio: Importancia de la ingestión de la bebida correcta [en línea] Madrid: Nutrinfo [fecha de acceso el 18 de julio del 2012] Disponible en: [http://www.nutricion.org/publicaciones/pdf/Importancia%20de%20la%20ingesti%C3%B3n%20de%20la%20bebida%20correcta%20durante%20la%20pr%C3%A1ctica%20deportiva\\_Nieves%20Palacios.pdf](http://www.nutricion.org/publicaciones/pdf/Importancia%20de%20la%20ingesti%C3%B3n%20de%20la%20bebida%20correcta%20durante%20la%20pr%C3%A1ctica%20deportiva_Nieves%20Palacios.pdf).



FUNDACIÓN de  
la ENFERMERÍA  
de CANTABRIA

MONOGRAFÍA

**Nuberos Científica**

[www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica](http://www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica)



# Lista de verificación de seguridad de la cirugía, un paso más hacia la seguridad del paciente

**Autora:**

**M<sup>a</sup> Teresa González Acero<sup>(\*)</sup>**

*Diplomada en Enfermería.*

*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla*

**Blanca Torres Manrique**

*Ayudante LOU. Departamento de Enfermería.*

*Escuela Universitaria 'Casa Salud Valdecilla'.*

*Universidad de Cantabria*

*(\*) Dirección para correspondencia:  
[maygac@hotmail.com](mailto:maygac@hotmail.com)*

Recibido: Noviembre 2012

Aceptado: Diciembre 2012

## RESUMEN

La Seguridad del Paciente es un elemento esencial y necesario para prestar una atención sanitaria de calidad. Desde hace unos años se ha convertido en una prioridad de los sistemas sanitarios.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), desde su Segundo Reto 'La Cirugía Segura Salva Vidas', impulsó el uso de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC) como herramienta para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir los daños al paciente, resultado de la identificación de una serie de controles de seguridad que podrían llevarse a cabo en cualquier quirófano.

La LVSC tiene como objetivo reforzar las prácticas de seguridad y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre todos los miembros del equipo quirúrgico (cirujanos, anestesiólogos y personal de enfermería).

El uso de la LVSC se ha ido extendiendo por los países a nivel mundial. Para que se produzca una implantación satisfactoria de forma que los profesionales no lo vean como una carga o una pérdida de tiempo, es necesario llevar a cabo una estrategia de implantación en la que los líderes impliquen a todos los profesionales sanitarios.

### Palabras clave:

- Lista de verificación.
- Seguridad del paciente.
- Enfermería de quirófano.
- Efectos adversos.

## ABSTRACT

Patient Safety is an essential and necessary element provide a quality health care. In recent years it has become an health priority systems.

The World Health Organization (WHO), from its Second Challenge called "Surgery Safe Saves Lives", promoted the use of the Surgical Safety Checklist (SSCL) as a tool to help surgical teams in order to reduce patient harm. It was as result of the identification of a number of security checks that could be carried out in any operating room.

The SSCL's aim is to reinforce safety practices and to encourage the surgical team members (surgeons, anesthesiologists and nurses) to communicate and work as a team.

The use of SSCL has been spreading across all countries worldwide. In order to obtain an effective implementation, in which professionals do not see it as a burden or a waste of time, it is necessary to implement a strategy in which leaders should involve all health professionals in it.

### Keywords:

- Checklist.
- Patient Safety.
- Operating Room Nursing.
- Adverse Effects

## 1.- INTRODUCCIÓN.

La Seguridad del Paciente se ha convertido en un tema de preocupación y una de las prioridades de los sistemas sanitarios desde que en 1999 el Institute of Medicine (IOM) de Estados Unidos (EEUU) publicara en su Informe 'To Err is Human: Building a safer health system' que entre 44.000 y 98.000 personas mueren en los hospitales estadounidenses cada año como resultado de errores que podrían haberse prevenido<sup>1</sup>.

La 'Seguridad del Paciente' se define como la 'ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, del riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria'. Una práctica clínica segura exige alcanzar tres objetivos: identificar que procedimientos clínicos, diagnósticos y terapéuticos son los más eficaces, garantizar que se apliquen a quién los necesita y que se realicen correctamente y sin errores<sup>2</sup>.

En la actualidad, la opinión general en el ámbito internacional dice que aproximadamente el 10% de los pacientes hospitalizados sufren algún daño relacionado con el tratamiento, y como mínimo la mitad de ellos resultan evitables<sup>3</sup>.

La Seguridad Clínica es un principio fundamental en el cuidado del individuo y un elemento crítico en los procesos de gestión de calidad. Las proporciones alcanzadas de actos inseguros han llevado a establecer políticas en relación con la prevención, medición y evaluación de los errores en la práctica de la salud<sup>4</sup>.

La OMS creó en octubre de 2004 una iniciativa denominada

Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente con el deseo de establecer las políticas necesarias para mejorar la seguridad de los pacientes. En octubre de 2005, se lanzó el primer desafío, que estuvo destinado a promover una campaña mundial para disminuir las infecciones nosocomiales bajo el lema '*Una atención limpia es una atención más segura*'. El segundo reto que encaró la OMS dentro de La Alianza en el 2008 fue '*La Cirugía segura salva vidas*' sobre la seguridad de las prácticas quirúrgicas<sup>5</sup>.

La cirugía es un componente primordial de la asistencia sanitaria. Se calcula que se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor en el mundo. Se han registrado complicaciones importantes en 3-16% de los procedimientos quirúrgicos que requieren ingreso, con tasas de mortalidad o discapacidad permanente del 0,4-0,8% aproximadamente en países industrializados. Sin embargo, en los estudios realizados en países en desarrollo se señala una mortalidad del 5-10% en operaciones de cirugía mayor. Está ampliamente reconocido en todo el mundo el problema de la seguridad de la cirugía. Por lo tanto, la promoción de un enfoque sistemático de la seguridad de la cirugía podría salvar la vida de millones de personas en todo el mundo<sup>6</sup>.

La OMS establece que todos los países pueden mejorar la seguridad de la atención quirúrgica de los hospitales si usan la Lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC) o instrumentos similares y si establecen una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos. Por lo tanto, la OMS establece la LVSC como una herramienta para



ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir los daños al paciente<sup>6</sup>.

La mayor dificultad en la prevención de errores en medicina reside en que para obtener resultados alentadores se requiere un profundo cambio de cultura en el abordaje del error. Del clásico modelo de ocultamiento y punición para quienes lo cometían, se debe pasar a otro opuesto donde se reconozca que en cada acción en el cuidado de un paciente estamos expuestos a cometer algún error no intencional y por lo tanto, debemos detectar los errores, aprender de ellos (en vez de ocultarlos) y colocar la seguridad como una de las prioridades en la atención médica<sup>5</sup>.

En la actualidad, en España, prácticamente todas las Comunidades Autónomas están desarrollando acciones específicas que se enmarcan en Planes de Seguridad del Paciente, bien integrados dentro de sus Planes de Calidad o como elementos diferenciados dentro de la política de Calidad de las Consejerías o Departamentos de Salud correspondientes<sup>2</sup>.

Los profesionales de enfermería están directamente implicados en la provisión de un ambiente seguro, en el que los pacientes puedan desenvolverse sin sufrir daños y en el que perciban una sensación de seguridad. En la profesión de enfermería hay modelos y teorías que apuntan a satisfacer las necesidades de los pacientes y la necesidad de seguridad es una de ellas<sup>4</sup>.

## 2.- ANALISIS HISTÓRICO

### 2.1 Marco internacional

El movimiento moderno en pro de la seguridad del paciente comenzó en febrero de 1991 con la publicación de los resultados del Harvard Medical Practice Study (MPS) en The New England Journal of Medicine que desveló un 3,7% de acontecimientos adversos (AA) entre los pacientes hospitalizados, de los cuales dos tercios eran evitables, y el 14% resultaban letales. Este estudio se reprodujo ulteriormente en otros 7 países dotados de una educación y unas pautas de asistencia sanitaria comparables (Australia, Nueva Zelanda, el Reino Unido, Dinamarca, Francia, Holanda y Canadá), y la frecuencia de las lesiones observada osciló entre el 7,5 y el 15%<sup>2</sup>.

En 1996, la American Medical Association (AMA) y la Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) se unieron a la American Association for the Advancement of Science y la Annenberg Foundation para acoger el primer congreso multidisciplinar sobre errores médicos en el Annenberg Center de California. En esta sesión, la AMA anunció la formación de la National Patient Safety Foundation y la JCAHO hizo público que su sistema de notificación no sería punitivo<sup>3</sup>.

La JCAHO ha sido uno de los artífices más eficaces en el cambio hacia la seguridad, al incorporar en primer lugar inspecciones de acreditación sin previo aviso, y posteriormente, exigir que los hospitales apliquen las nuevas prácticas de seguridad<sup>3</sup>.

Después de que el National Quality Forum publicara una lista de 30 medidas de seguridad basadas en la evidencia y listas para su implantación, en 2003 la JCAHO obligó a los hospitales a que adoptaran 11 de ellas, conocidas como National Patient Safety Goals (NPSG), y desde entonces ha añadido nuevos elementos a la lista. En la actualidad, hay 23 NPSG.

El Institute for Healthcare Improvement ha sido la fuerza más poderosa que se esconde tras los cambios a favor de la seguridad. Desde sus inicios en 1996, comenzó a ayudar a los hos-

pitales para rediseñar sus sistemas de seguridad. En la década subsiguiente, han generado proyectos de carácter demostrativo, han ideado modificaciones y mediciones del sistema y han formado en la implantación de las medidas de seguridad a miles de médicos, enfermeras, farmacéuticos y directores médicos<sup>3</sup>.

Por otro lado, la OMS en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en mayo de 2002, aprobó la resolución WHA 55.18 en la que insta a los Estados Miembros a que prestaran la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y que establecieran y consolidaran sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología<sup>7</sup>.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creada en 2004 formula Retos Mundiales por la seguridad del paciente bienalmente, con el fin de impulsar el compromiso y la acción internacionales en relación con un área de riesgo importante para todos los Estados Miembros de la OMS<sup>6</sup>.

El Primer Reto Mundial para 2005-2006 fue *'Una atención limpia es una atención más segura'* orientado a prevenir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria y cuyo mensaje es que, algunas medidas sencillas pueden salvar vidas, como la higiene de las manos. Este reto combina las Directrices de la OMS sobre higiene de manos en la atención sanitaria, con acciones encaminadas a mejorar la seguridad de las transfusiones, de las inyecciones e inmunizaciones, de las prácticas clínicas y del agua, el saneamiento y la gestión de residuos<sup>8</sup>.

El Segundo Reto Mundial formulado en 2008 fue *'La cirugía segura salva vidas'* sobre la seguridad de las prácticas quirúrgicas. El objetivo de este reto es mejorar la seguridad de la cirugía en todo el mundo, definiendo unas normas básicas de seguridad que puedan aplicarse en todos los Estados Miembros de la OMS. Se reunieron grupos de trabajo compuestos por expertos internacionales que señalaron cuatro áreas en las que se podrían realizar grandes progresos en materia de seguridad de la atención quirúrgica<sup>6</sup>:

- Prevención de las infecciones de la herida quirúrgica.
- Seguridad de la anestesia.
- Equipos quirúrgicos seguros.
- Medición de los servicios quirúrgicos.

Los grupos de trabajo definieron unos objetivos que todo equipo quirúrgico debería alcanzar. Esos objetivos se condensaron en una LVSC que los profesionales sanitarios podrán usar para cerciorarse que se cumplen las normas de seguridad<sup>6</sup>.

Es necesario hacer referencia al proyecto IBEAS (2010) que ha sido el resultado de la colaboración entre la OMS, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España, y los Ministerios de Salud e instituciones de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Ha sido el primer estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina para medir los efectos adversos (EAs) que ocurren como resultado de la atención médica en los hospitales<sup>9</sup>. En el estudio se obtuvo que 10 de cada 100 pacientes ingresados en un día determinado en los hospitales estudiados habían sufrido daño producido por los cuidados sanitarios. Este riesgo se duplicaba si se consideraba todo el tiempo en que el paciente estuvo hospitalizado. De modo que 20 de cada 100 pacientes ingresados presentaron al menos un incidente dañino a lo largo de su es-

tancia en el hospital<sup>10</sup>.

## 2.2 Marco europeo

El 5 de abril del año 2005, la Comisión Europea bajo la presidencia luxemburguesa y la Dirección General de Salud y Protección del Consumidor consensuaron la declaración *'Patient security: making it happen'*, en la que se recomienda a las instituciones europeas<sup>7</sup>:

- a) La creación de un foro de discusión en el que todos los estamentos implicados puedan evaluar las actividades tanto nacionales como internacionales.
- b) Trabajar conjuntamente con la Alianza de la OMS para lograr un acuerdo en temas de seguridad del paciente y crear un banco europeo de soluciones con estándares y ejemplos de buena práctica.
- c) Crear la posibilidad de establecer mecanismos que apoyen iniciativas a escala nacional teniendo en cuenta que el programa de la seguridad del paciente se encuentra dentro de la Dirección General de Salud y Protección del Consumidor.
- d) Asegurar que las directivas y recomendaciones de la Unión Europea (UE) relacionadas con los productos médicos tiene en consideración la seguridad del paciente.
- e) Favorecer el desarrollo de estándares internacionales aplicables a la tecnología médica.
- f) Asegurar que los marcos reguladores de la UE mantienen la privacidad y confidencialidad de los pacientes, a la vez que permiten a los profesionales el acceso a la información necesaria.

El Consejo de Europa, asimismo, organizó otra reunión el 13 de abril de 2005 en Varsovia, con todos sus estados miembros, que concluyó con la *'Declaración de Varsovia sobre la Seguridad de los Pacientes. La seguridad de los pacientes como un reto europeo'*. En ella se aconseja a los países que acepten el reto de abordar el problema de la seguridad de los pacientes a escala nacional mediante:

- a) El desarrollo de una cultura de la seguridad del paciente con un enfoque sistémico y sistemático.
- b) El establecimiento de sistemas de información que apoyen el aprendizaje y la toma de decisiones.
- c) La implicación de los pacientes y de los ciudadanos en el proceso.

## 2.3 Marco nacional

En España se ha realizado el Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS 2005), que define un efecto adverso como *'todo accidente imprevisto e inesperado, recogido en la historia clínica que ha causado lesión y/o incapacidad y/o prolongación de la estancia y/o exitus, que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente'*<sup>11</sup>. Este estudio estima que la incidencia de EAs relacionados con la asistencia sanitaria en los hospitales españoles es de 9,3%, y la incidencia de EAs relacionados con la asistencia hospitalaria de 8,4% (excluidos los de atención primaria, consultas externas y ocasionados en otro hospital), similares a las encontradas en los estudios realizados en países americanos y europeos con similar metodología<sup>11</sup>. En la tabla 1 se indican los tipos de EAs y

sus porcentajes de aparición recogidos en el estudio ENEAS y el porcentaje de aquellos que son evitables.

Otro estudio importante realizado en España en el 2007 ha si-

**TABLA 1: Tipos de Efectos Adversos. Fuente: Estudio ENEAS 2005<sup>11</sup>**

NATURALEZA DEL PROBLEMA	Totales (%)	Evitables (%)
Relacionados con un procedimiento	25.0	31.7
Relacionados infección nosocomial	25.3	56.6
Relacionados con la medicación	37.4	34.8
Relacionados con los cuidados	7.6	56.0
Relacionados con el diagnóstico	2.7	84.2
Otros	1.8	33.4
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>42.6%</b>

do el Estudio sobre la Seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud (APEAS). En este estudio la prevalencia de sucesos adversos fue de 18,63%, la prevalencia de incidentes fue de 7,45% y la de EAs de un 11,18%<sup>12</sup>. Los resultados de este estudio han puesto de manifiesto que la práctica sanitaria en Atención Primaria es relativamente segura ya que la frecuencia de EAs es baja y predominan los de carácter leve. Pero aun siendo relativamente baja, son numerosos los pacientes afectados ya que de media 7 de cada 100 ciudadanos en un año podrían verse afectados. La prevención de los EAs en Atención Primaria se perfila como una estrategia prioritaria dado que el 70% de los EAs son evitables, y son más evitables (80%) a medida que es mayor su gravedad<sup>12</sup>.

En el marco del Sistema Nacional de salud (SNS), se han desarrollado diversos Planes de Calidad, previstos en la Ley 16/2003 de Cohesión del SNS13. El Plan de Calidad del 2010 contempla en su estrategia nº 8 mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS. Establece que la seguridad en la atención sanitaria es uno de los componentes principales de la calidad y además un derecho de las personas. El daño que pueda producirse en la atención sanitaria tiene consecuencias para las personas y los servicios, y supone un aumento de los costes. Indica que es necesario que los servicios reconozcan los errores que se produzcan, no con ánimo culpabilizador sino de aprendizaje a partir de ellos, lo que supone un cambio de cultura en la organización sanitaria y en las relaciones entre el sistema sanitario y las personas usuarias del mismo<sup>14</sup>.

## 2.4 Marco Autonómico

En concordancia con esta estrategia del Plan de Calidad del SNS, la Comunidad Autónoma de Cantabria asume el compromiso de situar la seguridad de los pacientes en el centro de su política sanitaria e impulsar los proyectos y estrategias necesarias para la mejora de prácticas seguras en los centros sanitarios de su territorio.

El Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de Cantabria firmaron en el 2008 un convenio de colaboración en el que se prevé el desarrollo de unidades o grupos de trabajo específicos en calidad que permitan promover una estrategia unificada en seguridad de pacientes en la Comunidad Autónoma. Se consideró oportuna la creación de un Comité Autonómico de Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos, así como Comités Funcionales de Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos en cada una de las Gerencias del Servicio Cántabro de Salud<sup>15</sup>.

### 3.– EFECTOS ADVERSOS MÁS FRECUENTES DURANTE EL PROCESO QUIRÚRGICO.

Un efecto adverso quirúrgico se define como *‘un resultado desfavorable atribuible a un procedimiento quirúrgico’*<sup>2</sup>. Los estudios efectuados en este ámbito han mostrado la dificultad de su análisis debido a la variabilidad de los sistemas de registro y a la extensa gama de definiciones en la bibliografía<sup>2</sup>.

La Tabla 2 recoge la naturaleza y evitabilidad de los efectos adversos detectados en los servicios quirúrgicos por el estudio ENEAS.

**TABLA 2: Distribución según la naturaleza del EA y evitabilidad en los servicios quirúrgicos. Fuente: Estudio ENEAS<sup>11</sup>**

NATURALEZA	Quirúrgico	Totales
Relacionados con un procedimiento	37.6 %	31 %
Relacionados con una infección nosocomial	29.2 %	54 %
Relacionados con la medicación	22.2 %	31.6 %
Relacionados con los cuidados	6.7 %	56.5 %
Relacionados con el diagnóstico	2.9 %	90 %
Otros	1.5 %	33.3 %
Total	343	141 (41.3%)

Los efectos adversos quirúrgicos están relacionados con accidentes intraoperatorios quirúrgicos o anestésicos, con complicaciones postoperatorias inmediatas o tardías y con el fracaso de la intervención quirúrgica. Por la gravedad de sus consecuencias pueden ser leves, moderados, con riesgo vital o fatales, por el fallecimiento del paciente. Se han clasificado en<sup>2</sup>:

- Complicaciones de la herida quirúrgica.
- Complicaciones de la técnica quirúrgica.
- Complicaciones sistémicas (infección respiratoria, infección urinaria, infección de la vía central, infarto de miocardio, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar y fracasos orgánicos).
- Fracaso quirúrgico por persistencia o recidiva de la enfermedad o de sus síntomas.
- Accidentes anestésicos.

La experiencia y la especialización del equipo quirúrgico, sobre todo en intervenciones de mediana y alta complejidad, ha demostrado ser un factor determinante en la disminución de resultados adversos<sup>2</sup>.

Cabe destacar como un factor contribuyente de complicaciones en los pacientes, la mala comunicación entre el equipo quirúrgico. Este es un problema común que ocurre y que puede poner en peligro la seguridad de los pacientes por aumento de la carga cognitiva, interrupción de la rutina de las actividades a realizar y aumento de la tensión en el quirófano. En el estudio observacional de Lingard L. y colaboradores se clasifican cuatro tipos de fallos de comunicación: ocasión (tiempo óptimo), contenido (insuficiencias o imprecisiones), el propósito y el grupo. Los fallos de comunicación se produjeron en aproximadamente el 30% de los intercambios del equipo. Establece una posible solución a las deficiencias en la comunicación del equipo, la adaptación al sistema

de la lista de verificación en uso para las comunicaciones sistemáticas del equipo en la industria de la aviación<sup>16</sup>.

Para alcanzar el objetivo de evitar la aparición de EAs puede ser determinante el desarrollo de unidades funcionales de seguridad del paciente en todo el SNS con la finalidad de desarrollar actividades orientadas a los siguientes fines<sup>17</sup>:

Cambio de una cultura punitiva, basada en la culpabilización de los errores, a otra proactiva, más encaminada a la mejora del sistema y el aprendizaje a partir de fallos y errores.

Desarrollo del conocimiento de la magnitud, trascendencia y posibilidades de prevención de los EAs, basados en sistemas de notificación y registro, seguimiento de indicadores de seguridad y en sistemas tradicionales de vigilancia ya establecidos.

Análisis y gestión del riesgo clínico, incluida tanto su evaluación a priori en determinados procesos o servicios mediante técnicas (p. ej., análisis modal de fallos y sus consecuencias), como el análisis detallado de los EA, una vez se han producido, mediante procedimientos como el análisis de causas raíz o el estudio pormenorizado de incidentes o similares.

### 4.– LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA (LVSC)

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente ha identificado unos controles de seguridad que podrían llevarse a cabo en cualquier quirófano. El resultado ha sido la LVSC de la OMS<sup>18</sup> (anexo 1). Se ha demostrado que su uso se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones y muertes en diversos hospitales y entornos, y a un cumplimiento óptimo de las normas de atención básicas<sup>19</sup>.

En un estudio realizado entre octubre de 2007 y septiembre de 2008 en ocho hospitales de ocho ciudades distintas (Toronto, Nueva Delhi, Ammán, Auckland, Manila, Ifakara, Londres y Seattle) se comparó la tasa de complicaciones, incluida la muerte, durante los 30 primeros días tras una operación en pacientes mayores de 16 años en cirugías no cardíacas, tras el uso o no de la LVSC. Se concluyó que el uso de la LVSC se asociaba con reducciones en las tasas de mortalidad y en las complicaciones entre los pacientes<sup>20</sup>.

Esta LVSC tiene como objetivo reforzar las prácticas de seguridad establecidas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre disciplinas clínicas. La OMS recomienda que haya una única persona encargada de realizar los controles de seguridad de la LVSC durante una operación. Establece que por lo general, el coordinador será una enfermera circulante, pero podría ser cualquier clínico que participe en la operación<sup>19</sup>.

La LVSC divide la intervención quirúrgica en tres fases que se corresponden a tres momentos durante el desarrollo de la intervención<sup>19</sup>:

**1. Antes de la inducción anestésica:** Se requiere al menos la presencia del anestesista y del personal de enfermería. El coordinador confirmará con el anestesista y si es posible con el paciente, la identidad de este, el sitio quirúrgico, el procedimiento a realizar y si el paciente ha dado su consentimiento. También confirmará que se ha marcado, si procede, el sitio quirúrgico. Revisará con el anestesista si se ha completado el

control de la seguridad de la anestesia, que el pulsioxímetro esté colocado y funcionando, si el paciente tiene alergias, si presenta vía aérea difícil o riesgo de aspiración y si existe riesgo de hemorragia mayor de 500 ml y en tal caso, si hay disponibilidad de acceso venoso y líquidos adecuados. Tras esta fase se procederá a la inducción anestésica.

**2. Una vez realizada la inducción anestésica y antes de la incisión cutánea:** El coordinador de la LVSC confirmará que todos los miembros del equipo se conocen o se hayan presentado. El equipo confirmará la identidad del paciente, el lugar anatómico de la intervención y el procedimiento a realizar e indicarán por turnos, los puntos fundamentales de su plan de intervención. Para reducir el riesgo de infecciones, se debe conocer si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores o marcar la casilla 'no procede', cuando no es necesaria. Antes de la incisión cutánea es necesario conocer si el caso requiere algún estudio de imagen. De ser así, se confirmará verbalmente que dichas imágenes están en el quirófano y en lugar bien visible para que puedan utilizarse durante la operación. En esta fase participarán todos los miembros del equipo.

**3. Antes que el paciente salga del quirófano:** El objetivo es facilitar el traspaso de información importante a los equipos responsables del paciente tras la intervención. La enfermera circulante o la instrumentista deberán confirmar verbalmente la exactitud del recuento de gases y agujas y en caso de que se haya abierto una cavidad, el recuento exacto del instrumental. También se confirmará el correcto etiquetado de toda muestra anatomopatológica, así como identificar los problemas relacionados con el instrumental y los equipos que hayan surgido durante la intervención. Por último, el equipo hablará sobre los principales aspectos del plan de tratamiento y recuperación posoperatorio del paciente.

El olvido de instrumentos, gases y agujas es un error poco común, pero que sigue ocurriendo. En el estudio de Atul A. Gawande concluyeron que el riesgo de olvido de un cuerpo extraño aumenta significativamente en situaciones de emergencia, en los cambios no planificados en el procedimiento y en los casos con mayor índice de masa corporal<sup>21</sup>.

## 5.- ALGUNAS EXPERIENCIAS EN LA IMPLIMENTACION DE LA LVSC

### • Guadalajara (Jalisco, México)

En el estudio realizado por Arenas H. y colaboradores<sup>22</sup> en una institución médica privada se aplicó la LVSC en 60 pacientes sometidos a cirugía electiva y de urgencia en la especialidad de Cirugía general. Durante la aplicación se detectaron 36 eventos que alteraron el flujo normal de la cirugía y, de estos, 13 fueron casifallos. En este estudio establecen la LVSC adaptada para cada especialidad quirúrgica como una herramienta sumamente útil para la reducción de eventos adversos en un procedimiento quirúrgico.

### • México D.F (México)

Matinez-Rodriguez O. y colaboradores<sup>23</sup> realizaron un estudio cuali-cuantitativo y prospectivo en servicios quirúrgicos de un hospital de tercer nivel, consistente en la aplicación de una LVSC diseñada por un grupo de trabajo. Se evaluó la adheren-

cia a ésta. El primer mes fue del 38% del total de las cirugías y procedimientos invasivos; durante el segundo mes 73% y al tercer mes se alcanzó 93%.

El personal de Enfermería fue el de mayor cumplimiento y los cirujanos el grupo más renuente. Se observó dificultad en el cambio del cirujano y resalta la importancia de un liderazgo en la supervisión continua y la capacitación del personal involucrado para el éxito de aplicación de la lista. Manifiesta la importancia de adaptar la LVSC al quehacer cotidiano. La LVSC fue diseñada con las sugerencias de los diferentes profesionales de la salud del equipo quirúrgico. El éxito de la aplicación de la lista requiere el desarrollo de una cultura de seguridad que se fundamenta en motivar al personal sobre la necesidad de la protección del paciente sometido a un procedimiento quirúrgico o invasivo.

En esta experiencia de implantación de la LVSC se planificaron cinco etapas de trabajo. En la primera se llevó a cabo con los diferentes participantes en los que se les ofreció una sesión informativa. En la segunda etapa y con base en las sugerencias propuestas por el personal se diseñó una LVSC la cual posteriormente fue validada por diferentes integrantes del equipo quirúrgico. La tercera etapa consistió en realizar una prueba piloto para verificar la aplicación práctica de la LVSC. El cuarto paso consistió en ajustar los puntos para dar continuidad práctica a su aplicación y el quinto paso consistió en acordar el uso de la LVSC y llevar a cabo la verificación de su cumplimiento.

### • Washington (EEUU)

Se estudió el proceso de implementación de la LVSC en 5 hospitales del estado de Washington mediante la realización de entrevistas semiestructuradas con los líderes de implementación y los cirujanos de septiembre a diciembre de 2009. Es importante la coordinación de esfuerzos para explicar convincentemente por qué se está llevando a cabo la LVSC y la educación extensa en cuanto a su uso. Cuando los líderes de implementación no explican el por qué de su uso o cómo se debe usar, el personal no entiende la razón de ser puesta en práctica lo que llevó a la frustración, el desinterés y el abandono<sup>24</sup>.

### • Liencres (Cantabria, España)

En el área quirúrgica de Cirugía Ortopédica y Traumatológica del adulto del Hospital Santa Cruz de Liencres, se comenzó a realizar la LVSC en mayo de 2010.

La OMS establece que los diferentes entornos clínicos deberán adaptar la LVSC a sus propias circunstancias<sup>19</sup>, por lo que se utiliza un modelo adaptado (anexo 2), más dinámico y acorde con el funcionamiento de la unidad.

La LVSC se realiza en todos los quirófanos y se aplica en todas las cirugías tanto en las que conllevan ingreso como en la cirugía ambulatoria. Se trata de pacientes cuya intervención es programada.

### • Andalucía (España)

En la 'Estrategia para la seguridad del paciente', trabajo que se enmarca y emana del II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, se establece como punto 19 mejorar la seguridad de los pacientes que van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas. Establece como líneas de acción<sup>25</sup>:

**19a.** Implantación de un sistema que evite la realización de intervenciones en paciente equivocado o localización anatómica diferente.

**19b.** Uso adecuado de profilaxis antibiótica en pacientes



Lista de verificación de seguridad de la cirugía, un paso más hacia la seguridad del paciente

sometidos a cirugía.

**19e.** Incorporar una lista de comprobación en la planificación preoperatoria, que permita identificar pacientes con riesgo de sufrir EA como consecuencia de la anestesia.

El documento de Análisis de la implementación de la Estrategia para la Seguridad del Paciente 2006-2010 establece que el trabajo realizado por los centros hospitalarios sitúa a Andalucía como pionera en el ámbito del SNS en cuanto a la implantación de la LVSC y a la extensión a otros ámbitos de actuación como es la implantación de la LVSC de cirugía menor ambulatoria en un número creciente en Atención Primaria. Con relación a los indicadores de cirugía segura, el 88,9% de los hospitales tienen implantados LVSC en el bloque quirúrgico. El 72,9% de los pacientes intervenidos de cirugía programada se les ha aplicado la LVSC durante el periodo evaluado<sup>26</sup>.

El grupo de trabajo de 'Seguridad Quirúrgica' del Comité Operativo para la Seguridad del Paciente de la Consejería de salud elaboró el proyecto COMPRUEBA<sup>26</sup>. Este proyecto aborda la seguridad del ámbito quirúrgico proponiendo acciones preventivas en tres ámbitos de actuación diferentes<sup>27</sup>:

- La LVSC: Implementación en :
  - Centros de ámbito hospitalario. Poseen a disposición de los centros la LVSC para intervenciones de cirugía mayor con ingreso, cirugía mayor ambulatoria y cirugía menor. Existen también listas de verificación para distintos procedimientos como son endoscopias, biopsias de próstata y para gastroscopias.
  - Centros del ámbito de atención primaria.
  - Centros y/o unidades hospitalarias pediátricas.
- Los profesionales que interactúan con el paciente durante el recorrido quirúrgico.

Para minimizar los posibles riesgos que puede sufrir un paciente que requiere un tratamiento quirúrgico hay que realizar acciones preventivas en cada una de las etapas por donde el paciente pasa durante el proceso de atención. Comprobar si el paciente incumple alguno de los requerimientos indispensables para ser intervenido, si se identifica justo en el quirófano tiene un mayor impacto que si hubiese sido identificado con anterioridad.

- La participación del paciente y su familia en el proceso quirúrgico.

En el proyecto Comprueba también se incluye una estrategia de implementación de la LVSC. Se ponen a disposición de los centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía 7 pasos a implementar para seguir una estrategia de desarrollo común<sup>27</sup>(anexo 3).

En opinión de las personas expertas que han valorado la Estrategia para la seguridad del paciente, el grado de cumplimentación del objetivo '*mejorar la seguridad de los pacientes que van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas*' ha sido medio. Las dificultades en la mejora de la seguridad quirúrgica que identifican los expertos están relacionadas en gran parte con los equipos de trabajo: cultura de seguridad en los grupos, liderazgo, trabajo en equipo, protocolización del trabajo, participación en la toma de decisiones, implantación consensuada de normas y protocolos<sup>26</sup>.

### Ventajas e inconvenientes de la utilización de la LVSC:

La LVSC es una herramienta útil para los profesionales interesados

en mejorar la seguridad de los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica<sup>18</sup>. Su uso se ha asociado con reducciones en la mortalidad y en las complicaciones entre los pacientes<sup>20</sup>.

Además de ser una práctica que mejora la calidad y que puede ahorrar costes, su uso puede reducir el número de demandas por mala praxis<sup>28</sup>.

La comunicación entre los profesionales es un elemento importante para mejorar la seguridad de los pacientes. En la LVSC hay apartados en los que necesariamente todos los participantes tienen que comentar de forma conjunta los posibles eventos críticos que se pueden dar durante la intervención quirúrgica. La realización conjunta por los profesionales indicados no siempre es posible ya que hay ítems en los que los profesionales no están en el mismo espacio físico<sup>28</sup>.

Como aspecto negativo hay que considerar que la implantación de la LVSC es una tarea ardua que requiere claridad de objetivos y empeño. Uno de los elementos clave para la implantación de una acción nueva es que los profesionales la consideren útil<sup>28</sup>.

Cuando los líderes de implementación no explican el por qué de su uso o cómo se debe usar, el personal no entiende la razón de ser puesta en práctica lo que lleva a la frustración, el desinterés y el abandono<sup>24</sup>.

La LVSC debe modificarse para tener en cuenta las diferencias entre los centros sanitarios con respecto a sus procesos, la cultura de quirófano y el grado de familiaridad de los miembros del equipo entre sí<sup>18</sup>. Sin embargo, se desaconseja eliminar medidas de seguridad porque se considere que no se puedan realizar en el entorno o las circunstancias existentes. La modificación de la LVSC se debe acometer con actitud crítica. En el proceso de modificación deben participar cirujanos, anestesiistas y enfermeras. La LVSC resultante deberá someterse a prueba en situaciones simuladas y reales con el fin de garantizar su funcionalidad<sup>19</sup>.

## 6.- CONCLUSIONES

La seguridad del paciente debe considerarse como un elemento esencial y necesario para aplicar una atención sanitaria de calidad. Desde los propios sistemas sanitarios o desde diversas asociaciones se han puesto en marcha multitud de estrategias para dar respuesta a este requerimiento fundamental.

El problema de la seguridad de la cirugía está ampliamente reconocido en todo el mundo. La OMS establece que todos los países pueden mejorar la seguridad de la atención quirúrgica si usan la LVSC.

La LVSC es una herramienta para reducir posibles efectos adversos que se pueden dar en el área quirúrgica o en aquel servicio en el que se instaure el uso de ésta. En algunos centros se han implementado listados de verificación en otros servicios además del área quirúrgica, adaptándolos a procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos. Como medida para disminuir riesgos, se puede considerar la LVSC como un instrumento de continuidad presente en todo el recorrido que realiza el paciente en el proceso quirúrgico, no solo dentro del quirófano.

Para implantar medidas dirigidas a la seguridad del paciente, previamente es necesario incluir estos conceptos dentro de la cultura profesional. No se debería instar a los profesionales a utilizar la LVSC sin aportar la información relacionada con su utilidad o cómo realizarla, ya que se podría considerar como una imposición o una pérdida de tiempo. Es importante hacer partí-

cipes a los integrantes del equipo de su utilidad y tenerles en cuenta a la hora de su diseño y de la implantación del mismo.

La LVSC puede ser un elemento importante para mejorar el trabajo en equipo, pues facilita la comunicación entre sus miembros, y por lo tanto fomenta el buen funcionamiento del mismo. La inclusión de apartados en los cuáles todos los participantes deben poner en común los posibles eventos críticos que pueden ocurrirle al paciente durante el proceso quirúrgico, la necesidad de equipos y materiales, los cuidados que requiere el paciente... hace que todos los profesionales estén preparados e informados para abordar las necesidades que puedan surgir.

Un problema que surge de cara a la cumplimentación de la LVSC es que los profesionales implicados no estén todos en el mismo sitio por diversos motivos (falta de interés, falta de tiem-

po...) lo que resulta un impedimento para la realización correcta de la LVSC y su utilidad como fuente de información.

Los problemas en cuanto a su aplicación pueden solventarse con información, motivación y práctica. Un aspecto importante es no caer en el olvido con lo que es necesario que con cierta periodicidad se realicen estrategias para recordar la finalidad de la implementación de la LVSC.

En relación con la mejora en la seguridad de paciente, es importante el compromiso de todos.

Los profesionales de enfermería juegan un papel primordial en la seguridad del paciente, debido a que durante el proceso quirúrgico se encuentran constantemente valorando, identificando y evaluando al paciente para proporcionarle unos cuidados basados en la mejor calidad y seguridad.

## 7.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Agra Y, Terol E. La seguridad del paciente: una estrategia del Sistema Nacional de Salud. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2006 Dic [citado 7 Agosto 2012]; 29(3): 319-323. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272006000500001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000500001&Ing=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272006000500001>.
- 2.- Gutiérrez-Fernández R, Fernández-Martín J. La seguridad quirúrgica en el marco del SNS de España. Rev CONAMED 2010;15(4):188-194.
- 3.- Leape LL. Alcance del problema e historia de la seguridad de la paciente. Obstet Gynecol Clin N Am 2008;35(1):1-10.
- 4.- Cantillo EV. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Salud Uninorte 2007;23(1):112-119.
- 5.- Ceriani JM. La OMS y su iniciativa "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente". Arch argent pediatr 2009;107(5):385-386.
- 6.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Alianza Mundial para la seguridad del paciente. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente. La cirugía segura salva vidas. [Internet].2008.[citado 14 agosto 2012]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_PSP\\_2008.07\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf).
- 7.- García-Barbero M. La alianza mundial para la seguridad del paciente. Monografías humanitas 2004;8:209-220.
- 8.- Reto mundial en pro de la seguridad del paciente 2005-2006.Una atención limpia es una atención más segura. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.[monografía en internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005.[citado 14 agosto 2012].Disponible en: [http://www.who.int/patient-safety/information\\_centre/GPSC\\_Launch\\_sp.pdf](http://www.who.int/patient-safety/information_centre/GPSC_Launch_sp.pdf).
- 9.- Aranaz J, Aibar C. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica.[Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social de España; 2009.[citado 14 agosto 2012].Disponible en:[http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2009/INFORME\\_IBEAS.pdf](http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2009/INFORME_IBEAS.pdf)
- 10.- IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica.Hacia una atención hospitalaria más segura.[Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.[citado 14 agosto 2012].Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf).
- 11.- Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [acceso 8 agosto 2012]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>.
- 12.- Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira J, Orozco D, Terol E, et al. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. 2008; Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio\\_apeas.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf).
- 13.- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE ;128 (29 mayo 2003).
- 14.- Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. Plan de Calidad 2010. 2010; Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>.
- 15.- Orden SAN/17/2011, de 19 de mayo, por la que se crean y regulan los Comités de Seguridad del Paciente y Gestión de los Riesgos de la Comunidad Autónoma de Cantabria. BOC 2011;101 (27 de mayo 2011).
- 16.- Lingard L, Espin S, Whyte S, Regehr G, Baker G, Reznick R, et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. Quality and Safety in Health Care 2004;13 (5):330-334.
- 17.- Aranaz JM, Limón R, Aibar C, Miralles JJ, Vitaller J, Terol E, et al. Luces y sombras en la seguridad del paciente: estudio y desarrollo de estrategias. Informe SESPAS 2008. Gaceta Sanitaria 2008;22 (Supl 1):198-204.
- 18.- Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía. Manual de aplicación.(1ªedición). La cirugía segura salva vidas. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.; 2008.[acceso 14 agosto 2012].Disponible en:[http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_PSP\\_2008.05\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf).
- 19.- Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009 : la cirugía segura salva vidas [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009 [acceso 10 agosto 2012].Disponible en:[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243598598\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243598598_spa.pdf).
- 20.- Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AS, Dellinger EP, et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. N Engl J Med 2009;360(5):491-499.
- 21.- Gawande AA, Studdert DM, Orav EJ, Brennan TA, Zinner MJ. Risk Factors for Retained Instruments and Sponges after Surgery. N Engl J Med 2003;348(3):229-235.
- 22.- Arenas H, Hernández JF, Carbajal JA, Jimenez J, Baltazar I, Flores M. Resultados de la aplicación de la lista de verificación quirúrgica en 60 pacientes.

Lista de verificación de seguridad de la cirugía, un paso más hacia la seguridad del paciente

Cir Gen 2011;33(3):156-162.

23.- Martínez-Rodríguez ÓA, Gutiérrez-Dorantes S, Liévano-Torres SA. Propuesta para implantar una Lista de Verificación de Seguridad en procedimientos invasivos y quirófano. Rev CONAMED 2011;16(2):53-58.

24.- Conley DM, Singer SJ, Edmondson L, Berry WR, Gawande AA. Effective surgical safety checklist implementation. JACS 2011 May;212(5):873-879.

25.- Estrategia para la seguridad del paciente 2006-2010.[Internet]. Sevilla: Consejería de Salud.Junta de Andalucía; 2006.[citado 28 agosto 2010].Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia\\_SP\\_2006-2010.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_SP_2006-2010.pdf).

26.- Análisis de la Implementación de la Estrategia para la Seguridad del Paciente en el SSPA 2006 - 2010.[Internet]. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía.; 2011.[citado 29 agosto 2012].Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Anlisis\\_implementacion\\_ESP\\_2006-2010.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Anlisis_implementacion_ESP_2006-2010.pdf).

27.- Bachiller J, Utor A, Alemán A, Herrería A, Mora A, Gracia A, et al. Documento guía para la implementación del listado de verificación de seguridad quirúrgica en hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).[en internet]. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; [citado 29 agosto 2012]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/cirugiasegura/documentos/seguridad\\_en\\_ambito\\_quirurgico.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/cirugiasegura/documentos/seguridad_en_ambito_quirurgico.pdf).

28.- Rodrigo-Rincón M, Tirapu-León B, Zabalza-López P, Martín-Vizcaino M, de La Fuente-Calixto A, Villalgorido-Ortín P, et al. Percepción de los profesionales sobre la utilización y la utilidad del listado de verificación quirúrgica. Rev Calid Asist 2011;26(6):380-385.

## ANEXO 1: Lista de verificación de la seguridad de la cirugía de la OMS<sup>18</sup>.

Antes de la inducción de la anestesia

ENTRADA
<input type="checkbox"/> <b>EL PACIENTE HA CONFIRMADO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Su identidad</li> <li>• El sitio quirúrgico</li> <li>• El procedimiento</li> <li>• Su consentimiento</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>DEMARCACIÓN DEL SITIO/NO PROCEDE</b>
<input type="checkbox"/> <b>SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA</b>
<input type="checkbox"/> <b>PULSIOXÍMETRO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO</b>
<b>¿TIENE EL PACIENTE ALERGIAS CONOCIDAS?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No</li> <li><input type="checkbox"/> Sí</li> </ul>
<b>VIA AÉREA DÍFICIL/RIESGO DE ASPIRACIÓN</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No</li> <li><input type="checkbox"/> Sí, y hay instrumental y equipos/ayuda disponible.</li> </ul>
<b>¿RIESGO DE HEMORRAGIA &gt;500 ML (7 ML/KG EN NIÑOS)?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No</li> <li><input type="checkbox"/> Sí, y se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y líquidos adecuados.</li> </ul>

Antes de la incisión cutánea

PAUSA QUIRÚRGICA
<input type="checkbox"/> <b>CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN</b>
<input type="checkbox"/> <b>CIRUJANO, ANESTESISTA Y ENFERMERA CONFIRMAN VERBALMENTE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La identidad del paciente.</li> <li>• El sitio quirúrgico</li> <li>• El procedimiento</li> </ul>
<b>PREVISION DE EVENTOS CRITICOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> El cirujano revisa: Los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista.</li> <li><input type="checkbox"/> El equipo de anestesia revisa: Si el paciente presenta algún problema específico.</li> <li><input type="checkbox"/> El equipo de enfermería revisa: Si se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores) y si existen dudas o problema relacionados con el instrumental y los equipos</li> </ul>
<b>¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN LOS ULTIMOS 60 MINUTOS?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sí</li> <li><input type="checkbox"/> No procede</li> </ul>
<b>¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNOSTICAS ESENCIALES?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sí</li> <li><input type="checkbox"/> No procede</li> </ul>

Antes de que el paciente salga del quirófano

SALIDA
<b>LA ENFERMERA CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento realizado</li> <li><input type="checkbox"/> Que los recuentos de instrumentos, gasas y agujas son correctos (o no proceden)</li> <li><input type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (que figure el nombre del paciente)</li> <li><input type="checkbox"/> Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y LA ENFERMERA REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACION Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE</b>



**ANEXO 2:**

LVSC del Hospital Santa Cruz de Liencres.

**Listado de Verificación Quirúrgica**  
"Práctica segura de la cirugía"

Etiqueta del paciente

Fecha: / / Qfno. n°: Procedimiento:

(Área quirúrgica de cirugía ortopédica y traumatológica del adulto - Hospital Universitario Marqués de Valdecilla - Liencres)

EN QUIROFANO ANTES DE INTRODUCIR AL PACIENTE			
¿Antes de introducir al paciente y resto del equipo en el quirófano?			
Todos los miembros del equipo se han presentado con nombre y función	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Anestesiista, cirujano y enfermeras confirman verbalmente			<input type="checkbox"/> Identidad del paciente <input type="checkbox"/> El sitio quirúrgico <input type="checkbox"/> El procedimiento
<b>Previsión de eventos críticos:</b>			
El anestesiista revisa si el paciente presenta algún problema específico		<input type="checkbox"/>	
El cirujano revisa los pasos críticos o imprevistos, la duración y la pérdida de sangre prevista.		<input type="checkbox"/>	
Las enfermeras revisan si se ha confirmado la esterilidad y si existen dudas o problemas relacionados con el instrumental y/o equipamiento		<input type="checkbox"/>	
Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	No Procede
Están disponibles las imágenes radiológicas esenciales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	No Procede

EN QUIROFANO ANTES DE LA INDUCCIÓN ANESTÉSICA			
El paciente ha confirmado			
			<input type="checkbox"/> Identidad del paciente <input type="checkbox"/> El sitio quirúrgico <input type="checkbox"/> El procedimiento <input type="checkbox"/> Su consentimiento
Señalización del sitio quirúrgico correcto	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	No Procede
Pulsioxímetro, ECG, PNI y aspiración colocados y funcionando	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Presenta el paciente alergias conocidas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Presenta el paciente vía aérea difícil o riesgo de aspiración	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Sí y además hay recursos <input type="checkbox"/> No
Existe riesgo de hemorragia >500ml	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Sí y hay hemoderivados <input type="checkbox"/> No
Se ha completado el control de la seguridad en anestesia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

EN QUIROFANO ANTES DE TRASLADAR AL PACIENTE			
La enfermera confirma verbalmente con el resto del equipo:			
El procedimiento quirúrgico realizado	<input type="checkbox"/>		
Recuento de instrumental	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	No procede
Recuento de gasas y compresas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	No procede
Etiquetado de las muestras (que figure el nombre del paciente)	<input type="checkbox"/>		No procede
El anestesiista, el cirujano y las enfermeras revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente	<input type="checkbox"/>		
El anestesiista revisa si se dispone de lo preciso para su traslado adecuado	<input type="checkbox"/>		

Firma del Anestesiista
Firma de la Enfermera
Firma del Cirujano

**ANEXO 3:**

Estrategia de implementación de la LVSC del proyecto Comprueba.

**Proyecto 2009-0193**

- [Ficha](#)
- [Zona de comunicación](#)
- [Solicitud](#)
- [Autoevaluación](#)
- [Recomendaciones](#)
- [Informe de autoevaluación](#)
- [Finalizar autoevaluación](#)
- [Evaluación](#)

### Recomendaciones

Seleccionar...

- 1. Preparación**
  - Paso 1
    - [Constitución de un equipo de trabajo](#)
  - Paso 2
    - [Formación acerca de la Lista de Verificación](#)
- 2. Uso del Listado de verificación de Seguridad quirúrgica**
  - Paso 3
    - [Adopción o adaptación de la lista de verificación](#)
  - Paso 4
    - [Difusión de la lista de verificación](#)
- 3. Evaluación de los progresos**
  - Paso 5
    - [Seguimiento de los cambios y mejoras introducidas](#)
  - Paso 6
    - [Análisis de las mejoras alcanzadas y feed-back de resultados](#)
- 4. Trabajo en red**
  - Paso 7
    - [Compartir la experiencia](#)

Fuente: Documento guía para la implementación del listado de verificación de seguridad quirúrgica en hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) <sup>27</sup>.





FUNDACIÓN de  
la ENFERMERÍA  
de CANTABRIA

**Nuberos Científica**

[www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica](http://www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica)

MONOGRAFÍA



## Monografía sobre las emociones del parto

*“Esta monografía es el resultado del trabajo de fin de grado tutorizado, por la profesora Lourdes Sevilla Miguélez de la Escuela Universitaria de Enfermería Casa de Salud Valdecilla de la Universidad de Cantabria.*

*El trabajo que se presenta ha sido adaptado por la autora con el objetivo de cumplir las normas de publicación de la revista Nuberos Científica.*

*El trabajo en su origen se encuentra incluido en el Repositorio de la Universidad de Cantabria”*

**Autoras:**

**Rocío González Zubizarreta**

*Enfermera de Cuidados Intensivos Generales del H.U. Marqués de Valdecilla*

*Dirección para correspondencia:  
gzrocio@hotmail.com*

Recibido: Noviembre 2012

Aceptado: Diciembre 2012

**RESUMEN**

En este artículo se ofrece una amplia definición del concepto de parto pero no sólo parto como proceso fisiológico. Se debe entender el parto como “experiencia de parto”, siendo un proceso único, complejo y multidimensional, estrechamente relacionado con el nacimiento de un bebé sano, y el proceso físico y mental del parto que culmina con la adopción del rol de madre.

Durante el proceso de análisis, de los artículos revisados, se ha comprobado que las emociones que más frecuentemente aparecen son: el dolor, el miedo, el temor o el sentido del control. Y todas estas emociones serán utilizadas por la mujer como determinantes para la génesis de una experiencia de parto positiva o negativa. Una experiencia positiva está relacionada con altos niveles de confianza, afianzamiento en el desempeño del nuevo rol, una lactancia eficaz y servirá para definir las expectativas para futuros embarazos y partos. Mientras, una experiencia de parto negativa, puede inducir a la depresión postparto, al estrés postraumático, a posibles problemas de pareja o familiares y problemas con posteriores partos.

El objetivo de ésta monografía es conocer el concepto de experiencia de parto, conocer los sentimientos que se generan en la madre.

**Palabras clave:**

- Trabajo de parto.
- Experiencia de vida.
- Emociones.
- Dolor.
- Miedo.
- Control interno-externo.
- Matrona.

**ABSTRACT**

This article not only offers how the process of normal human childbirth is if not it also shows a wide definition of de concept of childbirth. It is necessary to understand the birth as “an experience childbird” because it is an unique, complex and multidimensional process, which is closely associated with the delivery of a healthy baby and the physical and mental process that ends up with taking on the roll of being mother.

During the review process it has been verified that the most frequent emotions which appear in the birth are: pain, fear, worry and the sense of control sense.

All these feelings will be used by the woman as determinants for the development of a positive or negative birth experience. A positive experience is related to:

- High-levels of confidence.
- Reinforcement the performance of the new role.
- An effective breastfeeding.

This will serve to define the expectations for future pregnancies and childbirths.

While, a negative experience can cause:

- Postpartum depression.
- Post-traumatic stress.
- Potential marital or relatives.
- Problems in later deliveries.

The aim of this monograph is to know the concept of experience childbirth and about the feelings mother's.

**Keywords:**

- Labor obstetric.
- Life change event.
- Emotions.
- Pain.
- Fear.
- Internal-external control.
- Practical, midwife.

**1.- INTRODUCCIÓN**

El concepto de parto normal tiene diferentes definiciones o interpretaciones a lo largo de la historia médica y enfermera.

Desde un punto de vista anatómico, el parto es la expulsión del feto de la cavidad uterina y la posterior salida de los anejos.

Según la Orgo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El feto nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el feto se encuentran en buenas condiciones.

Otra definición por parte de la psicología, considera al parto como el fenómeno en el que factores fisiológicos, sociales, culturales y psicológicos interaccionan con la historia personal y familiar de la mujer, es lo que se considera experiencia de parto<sup>2</sup>.

Y otra definición lo considera el proceso fisiológico único

con el que la mujer finalizo su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo.

Considerando ésta última definición, se comienza y enfoca este artículo.

En décadas anteriores el uso de métodos o protocolos destinados a iniciar, regular, acelerar o monitorizar el proceso del parto estaban en expansión. Se cambió la ubicación del parto, pasó del domicilio al hospital, se trató el dolor farmacológicamente, se dejó a la mujer sola y se consideró el parto como situación de alto riesgo con el único objetivo del buen desenlace para la madre y el hijo. Pero el ‘*toque humano*’ durante el proceso se relegó a favor de la medicalización del mismo.

Actualmente se intenta implantar un cambio de enfoque en la asistencia al parto, un cambio impulsado por múltiples facto-

res sociales, científicos e incluso económicos. Un tránsito del modelo médico-intervencionista a un modelo basado en la evidencia científica, en el término parto como proceso fisiológico, en la consideración de la mujer como protagonista y a considerar a la matrona como nexo de unión entre el sistema de salud y la parturienta/familia.

Este cambio denota la creciente preocupación por parte de los profesionales implicados, como por parte de los órganos gestores y de la propia sociedad con las altas tasas de episiotomías 54,24% en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) y un 39,8% en el Hospital Comarcal de Laredo, partos por cesárea 24,59% en el HUMV y un 28,05% en el de Laredo, analgesia epidural, en mujeres que así lo deseaban, un 100% en el HUMV y un 100% en Laredo<sup>3</sup>. Un sólo dato la OMS incluye a la cesárea como indicador de calidad asistencial, considerando un valor de no más de un 15% como aceptable<sup>1</sup>.

Todo esto lleva implícito grandes cambios tanto en los profesionales como en las instituciones como en la ciudadanía.

Por parte de los profesionales; el cambio se produce en el concepto de parto, considerando éste como un proceso fisiológico y no como una situación de riesgo potencial, no vinculando el intervencionismo con altos niveles de seguridad. Tienen que ceder el protagonismo a la mujer y a su familia, ayudando a ésta a conseguir el mayor grado de autonomía posible. Desterrar el uso de prácticas habituales como son el rasurado del periné, uso de enemas, amniorrexis, administración innecesaria de oxitocina o uso indiscriminado de episiotomías.

Por parte de la mujer y del resto de la ciudadanía; sensibilizar a la mujer y a su pareja de sus derechos con respecto a todo el proceso del parto. Convertirse en sujeto activo de sus cuidados, tomando decisiones y haciendo uso de su autonomía y participación. Dotar a la mujer y pareja de una información comprensible, adecuada, veraz, respetuosa en la cual pueda sustentar sus propias decisiones.

En estos momentos en Cantabria existe un plan de atención al parto denominado Estrategia para la atención al parto normal puesto en marcha a partir del 2008.

Con este plan Cantabria quiere responder a las nuevas demandas que la sociedad está planteando, sirviendo como guía de actuación a los profesionales involucrados en la atención al parto para iniciar el cambio hacia un modelo asistencial respetuoso con la mujer, la familia, el recién nacido y los profesionales.

En esta línea, el Hospital Comarcal de Laredo, cuenta desde 2007 con el certificado de Hospital Amigo del Niño por haber implantado una serie de medidas que promueven la lactancia y el respeto al parto.

Por otro lado el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla se encuentra en estos momentos inmerso en la obtención de esta acreditación por parte de UNICEF. Para ello, viene desarrollando una política de cambios en su servicio de maternidad, introduciendo medidas que favorezcan el vínculo madre-hijo. La principal es el contacto piel con piel que se mantiene 1-2 horas después del parto y que en el caso de cesárea lo realiza el padre. Y otras medidas como mantener a la madre y al recién nacido juntos en la misma habitación, habilitar una sala de lactancia donde se puedan resolver dudas sobre la misma. Todo ello implica cambios en las infraestructuras, cambios en las prácticas profesionales y en su formación.

## 2.- EMOCIONES EN EL PARTO

El parto es un proceso fisiológico universal influenciado por factores psicológicos, emocionales y sociales. Esto es lo que define el concepto de "experiencia en el parto"<sup>2</sup>.

La experiencia de parto es única, compleja y multidimensional, estrechamente relacionada con el nacimiento de un bebé sano, y el proceso físico y mental del parto que culmina con la adopción del rol de madre. Éste evento es una importante experiencia de vida, la cual marcará a la madre a lo largo de su vida<sup>4,5,6</sup>.

Una experiencia positiva está relacionada con niveles altos de confianza, lo que fortalece el vínculo madre-hijo, afianza el desempeño del nuevo rol, favorece el éxito de una lactancia eficaz y mantenida y define las expectativas ante posibles próximos partos e incluso modifica las relaciones entre la pareja<sup>6,7</sup>.

Por otro lado la experiencia de parto puede ser catalogada como negativa por la parturienta, y puede inducir a la depresión postparto, al estrés postraumático, a posibles problemas de pareja o familiares, a posibles problemas con posteriores embarazos y partos, llegando incluso a que las mujeres con experiencias negativas después de un parto vaginal, prefieran una cesárea en su próximo parto<sup>4,5,8</sup>.

Por lo tanto, los términos que definen el concepto de experiencia de parto son:

- Individual. Es algo único y especial para cada mujer. Viene determinado por factores sociales, culturales, morales y también por las expectativas y anteriores experiencias.
- Complejo. Es un complejo multidimensional, la parte física definida por el proceso de parto y la parte psicológica relacionada con conceptos de control, sentimientos de apoyo y confianza, el dolor y el miedo. Además de multidimensional es complejo en sí mismo, ya que a lo largo del parto aparecen sentimientos encontrados variando a lo largo del proceso.
- Proceso. Indica algo dinámico, que evoluciona. Comienza con la primera contracción y finaliza con el nacimiento de una nueva persona y la adquisición de un nuevo rol, el de madre.
- Experiencia de vida. El parto es una experiencia en sí misma, es descrito como un momento maravillosamente doloroso, un punto de inflexión en la vida de cada mujer. Es un momento crítico y reflexivo, un cambio de identidad, una responsabilidad, una nueva persona. La mujer puede sentir que es el mejor momento de su vida y salir fortalecida o sentirse derrotada, decepcionada y humillada.

Toda mujer desarrolla sus propias expectativas de parto, el dolor que cada mujer espera sentir le puede provocar ansiedad o miedo. Puede aparecer miedo a no ser capaz, a sufrir, a la aparición de complicaciones en el parto o también relacionadas con el bebé, pero en muchos casos estos sentimientos pueden ser positivos como la alegría, la confianza, la fuerza y la satisfacción<sup>9</sup>.

La experiencia de parto es un proceso en el que aparecen sentimientos encontrados que varían a lo largo del mismo y que en las siguientes 24 horas al parto se modifican según hayan sido los resultados, principalmente si el bebé está sano.

Los principales sentimientos que afloran y que van a determinar el sentido que cada mujer va a dar a su experiencia son: el dolor, el miedo, el temor y el sentido de control.

### 1.1. Dolor

Durante el siglo pasado, se ha intentado agrupar todos los procesos y sentimientos que genera el dolor en la persona en una definición, pero cada asociación o autor, ha dado su versión y es que el dolor tiene ese punto subjetivo que complica su definición y personaliza su aparición. Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, dolor es *'aquella sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior y exterior'*.

En la antigüedad clásica, se definía el dolor *'como una alteración en el equilibrio entre los diferentes humores que constituían el organismo'*.

La definición más aceptada es la de la Asociación Mundial para el estudio del Dolor que dice que *'el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular, real o potencial descrita en términos de dicho daño'*.

Pero todas estas definiciones no son útiles para hablar del dolor de parto. El dolor de parto es una experiencia individual, subjetiva, difícil de medir, un proceso complejo y multidimensional<sup>10,11</sup>. Aunque algunas características son comunes con otros tipos de dolores, sería un riesgo comparar este dolor con otros derivados de enfermedades o de origen traumático<sup>12</sup>.

El parto supone una de las experiencias más dolorosas para la mujer y este dolor acompaña al proceso fisiológico y universal del parto<sup>11,12</sup>. Es un dolor que se ve afectado o modificado por varios factores físicos, sensoriales, afectivos o culturales y de ahí su carácter único<sup>10</sup>.

La edad, la paridad, trastornos de la menstruación, las experiencias anteriores, el miedo, la ira, los sentimientos negativos hacia el embarazo, las expectativas, la información y la preparación son variables que influyen en la percepción del dolor<sup>10</sup>. También se modifica por factores físicos, estando relacionado el grado de dolor con la intensidad y duración de las contracciones uterinas, con la dilatación del cérvix, con la posición del feto, con el descenso de la presentación, con el nivel de distensión del periné, con el propio proceso de nacimiento y posterior alumbramiento además, de las prácticas habituales como son la venopunción, los sondajes, los tactos vaginales o la administración de Oxitocina<sup>13</sup>.

Términos como: ardor, calambres, agudo, punzante, caliente, fuerte, palpitante, agotador e intenso son usados por las propias parturientas para describir este dolor<sup>12</sup>.

Además de la dimensión física, el dolor en el parto tiene también una dimensión emocional, es un dolor que se le considera sentimiento. Es un indicativo de que comienza el parto y el desarrollo del rol maternal<sup>6,10</sup>. Este dolor forma parte de la evolución del parto ya que se pasa de un estado completamente conocido como es el embarazo, donde la mujer desempeña un rol determinado, a un estado complicado, lleno de incertidumbre pero al mismo tiempo lleno de esperanza, de alegría y de expectativas.

En el artículo *'Dolor, temor y ansiedad durante el parto, como diagnósticos de Enfermería'*, los autores sostienen que el dolor es el sentimiento que más destaca en la parturientas (97,3%)<sup>14</sup>. Es un sentimiento que entra dentro de las expectativas de la mujer embarazada<sup>11,12</sup> y su presencia determina la aparición de otras emociones como son el miedo, la ansiedad y la angustia<sup>15</sup>. Pero también en muchos casos, sentimientos positivos como la confianza, el control y el crecimiento personal.

Este tipo de dolor es valorado como una oportunidad para el crecimiento personal, una oportunidad de hacerse las fuertes,

de poner en marcha estrategias para hacer frente a situaciones estresantes; pero el dolor es uno de los determinantes para concluir o dar sentido a la experiencia de parto positiva o negativamente. Es determinante pero no en su naturaleza sino en las posibilidades de paliarlo o eliminarlo, en la forma de tratarlo<sup>10,12</sup>.

Como ocurre en la definición existen múltiples y diversos tratamientos, unos basados en evidencias científicas, otros en la cultura popular y otros sólo pueden ser explicados desde un punto de vista mágico o místico. Los tratamientos se pueden agrupar en farmacológicos y no farmacológicos.

#### • Tratamientos farmacológicos.

Son métodos cuyo uso está muy extendido, sobre todo en Países Occidentales. Sus efectos han sido ampliamente estudiados y su principal beneficio, y por lo que son muy populares, es el alivio prácticamente en su totalidad del dolor. Ejemplo de éstos tratamientos son el uso de opiáceos (como la petidina, principalmente) o el uso de agentes anestésicos<sup>11</sup>. Pero la técnica de este grupo más extendida y más demandada es la anestesia loco-regional.

#### • Tratamientos no farmacológicos.

Éste tipo de tratamientos están ligados especialmente a la enfermería y es una tarea importante de la matrona ayudar a la gestante a hacer frente al dolor. Éstos tratamientos no se centran en el periodo de parto sino que se inician ya desde el embarazo con la preparación parto<sup>10,11</sup>.

Existen multitud de maneras para prepararse ante la llegada del parto, una es en la que la propia gestante busca información en revistas, libros e Internet<sup>9</sup>. Otra muy utilizada es preguntar a otras mujeres que ya han pasado por la experiencia, amigas y/o familiares. Pero también están dentro de éstas técnicas de formación, las clases de educación maternal que se imparten en centros de salud u hospitales, dónde una matrona explica en qué consiste el proceso, qué opciones de tratamiento existen y dónde las gestantes y sus parejas reconducen el hilo de las clases con sus dudas y argumentos.

Ambas formas de recabar información son igualmente válidas y adecuadas para la gestante, siempre que consiga información veraz que le ayude a alcanzar niveles más altos de autoestima, control y confianza. Y sean capaces de desarrollar expectativas realistas sobre la experiencia que van a vivir durante el parto.

### 1.2. Miedo

Como se ha tratado con anterioridad, la experiencia de parto es percibida por la mujer como un punto de inflexión y el embarazo como evento que pone a prueba la autoestima y la identidad como mujer<sup>16</sup>.

Paradójicamente en estos tiempos donde los cuidados o los servicios de maternidad, en los Países Desarrollados, son tan seguros, el miedo es un sentimiento que aparece descrito como ansiedad en un 43% y como temor en un 39,1%<sup>14,17</sup>.

El miedo es definido como un sentimiento que tiene tres componentes: uno objetivo, mediado por el sistema nervioso simpático con manifestaciones físicas como el aumento de frecuencia cardíaca, de la tensión arterial, de la contracción muscular, la miosis. Otro subjetivo que es la propia vivencia de la situación por parte de la persona y el último que es la necesidad imperiosa de escapar de la situación que genera este senti-



miento<sup>18</sup>.

El miedo al parto está relacionado con depresión, vulnerabilidad, falta de apoyo social, falta de confianza en el equipo de salud y una experiencia de parto previa negativa. Además el miedo puede aumentar el riesgo de la aparición de complicaciones durante el parto y acabar con un parto instrumentalizado<sup>15,16,17,19</sup>.

A la embarazada este sentimiento le supone una prueba de su identidad como mujer, ella quiere culminar con éxito el proceso de parto pero se siente expuesta y sobrepasada por sus propias expectativas y las de los demás, se siente sola, atrapada en su embarazo que sabe que sólo puede acabar en un parto, siente que nadie la apoya, que nadie la comprende, que los demás consideran la capacidad de parir innata en toda mujer y esto supone para ella sentimientos de debilidad, de inferioridad y de ser peor madre a los ojos de los demás. La madre quiere tener al bebé pero sabe que esto, irremediablemente, pasa por un parto y es entonces cuando desea parar el tiempo. Se siente amenazada como si un peligro la acechase ya que el parto se puede desencadenar en cualquier momento<sup>16,20</sup>.

Este miedo puede utilizarse también de forma positiva y útil como fuente de fuerza, de ser capaz de tener un parto normal, de ser una buena experiencia. Para ello intenta centrarse en los sentimientos que le genera el bebe para olvidarse del temor que padece ante la llegada del parto<sup>16</sup>.

Existen diferentes causas que provocan el sentimiento de miedo:

• **Miedo al desconocimiento y conocimiento.**

La mujer durante su embarazo crea una serie de expectativas, algunas de ellas realistas y otras no tanto, y según las expectativas que tenga, determinará su plan de parto y acompañarán al desarrollo de todo el proceso. Estas expectativas no son más que un intento de dar significado a un proceso desconocido para la mujer, un intento de disminuir la sensación de miedo y ansiedad para enfrentarse a una situación que le genera sentimientos encontrados de alegría, tristeza, dolor, miedo al inicio y necesidad de que acabe. Éste miedo se considera hasta cierto grado realista, normal y natural respecto al parto, al igual que ocurría con el sentimiento de dolor. Disminuirlo sigue siendo uno de los pilares básicos para la realización de las clases de educación maternal<sup>15,20</sup>.

Pero al igual que desconocido, este proceso puede ser conocido y reconocido y esto ocurre en mujeres multíparas. En estos casos el miedo viene precedido por experiencias de parto anteriores traumáticas y negativas. Muchos estudios<sup>16,17,18</sup> se han centrado en conocer los factores que determinan que una experiencia acabe siendo percibida como traumática por la mujer. Estas variables son la falta de conocimiento, el dolor en la primera etapa del parto, sentimientos de incapacidad, debilidad, pérdida de control, expectativas poco realistas, intervencionismos e interacción con el equipo de profesionales.

• **Miedo generado por la información.**

Hoy en día la gran fuente de información llega de la mano de Internet. Existe en las embarazadas una necesidad de buscar información en la red para conocer cómo se desarrolla el feto, cómo es un parto, los síntomas que perciben en cada fase del embarazo y del parto. Internet se ha convertido en una fuente de información equiparable a la informa-

ción que proviene del profesional. El principal problema de esta fuente de información es que muchas veces la información encontrada es errónea, ambigua y difícil de interpretar, por lo que lo que se consigue generar más miedos y dudas<sup>20</sup>.

Otra fuente de información que puede generar miedo son las terribles historias sobre parto que la gente ante una embarazada se empeña en relatar<sup>19,20</sup>.

• **Miedo al parto como proceso**

Los tipos de miedo que aparecen durante el proceso del parto son el miedo a perder el control, a sentirse sola, a sufrir daños en el bebe o en ella misma y al dolor<sup>19</sup>. Pero también se tiene miedo a otras situaciones tales como no saber cuándo ir al hospital, a dar a luz de camino o a no reconocer las señales del cuerpo de inicio del parto<sup>18</sup>.

Un miedo que está presente desde el embarazo y esta relacionado con los comportamientos, opciones de tratamiento y/o rutinas que la mujer establece durante el parto es el miedo a que el bebe sufra lesiones durante el parto<sup>18</sup>.

• **Miedo al dolor.**

El miedo al dolor es un miedo inherente al parto, realmente la mujer tiene temor a que el dolor sea mayor que el de sus expectativas y que el dolor supere sus capacidades de manejo de la situación y sus estrategias para hacerle frente<sup>19</sup>.

Para muchos profesionales sanitarios, según su experiencia laboral, éste miedo hará que la mujer reclame más métodos de alivio para el dolor, principalmente farmacológicos y sobre todos los posibles destaca la epidural<sup>15,20</sup>.

El miedo al dolor es considerado por las matronas como lógico, normal y natural y su tratamiento consiste en dar a la parturienta opciones de técnicas de alivio tanto farmacológicas como no farmacológicas.

• **Miedo a la maternidad.**

En ocasiones éste miedo parece estar focalizado en el proceso del parto pero cuando se profundiza en los sentimientos de la mujer aparece que realmente el miedo es a la maternidad, a no ser una buena madre, a no saber atender al bebe, a no saber dar una lactancia materna efectiva. Todas estas dudas e incertidumbres no son más que miedo a lo desconocido y poco a poco serán resueltas gracias a la información de la que dispone la mujer y sobretodo al apoyo emocional de pareja, familia y profesionales<sup>20</sup>.

• **Miedo al servicio de maternidad y profesionales.**

Como se ha comentado previamente uno de los factores que determinan que una experiencia de parto sea considerada negativa, es la actitud de los profesionales que intervienen durante el parto. Se debe tener en cuenta que la maternidad como ambiente no deja de ser un sitio desconocido para la mujer. Además es un habitáculo diseñado para el uso del personal sanitario donde la comodidad de las embarazadas se ha relegado a favor del aparataje necesario en las intervenciones y donde la sobriedad y frialdad suelen ser la nota común.

Con más peso que lo anteriormente expuesto, existe un miedo a la interacción con el personal sanitario que se debe

principalmente a años en los que un modelo biomédico dirigía los cuidados, donde el profesional era el protagonista, el encargado de tomar las decisiones y la parturienta era considerada tan sólo un cuerpo donde sentimientos y necesidades eran obviados al tratar con protocolos y tratamientos herméticos y estáticos<sup>16,19</sup>.

Pero ahora es el momento de hacer autocrítica y cambiar esta percepción. En un intento de mejora continua en la práctica médica y en la satisfacción de los pacientes, se considera necesario que la parturienta se sienta apoyada y estimulada por los profesionales, que se sienta informada y participe en la toma de decisiones y todo ello supondrá un aumento en la autoestima, confianza, sentido del control y por lo tanto se convertirá en una vivencia positiva para la mujer embarazada, porque como apoyan algunas matronas una experiencia de parto positiva acaba siendo el mejor tratamiento para el miedo a dar a luz<sup>20</sup>.

### 1.3. Control.

Son numerosos los estudios<sup>4,21</sup> que confirman el control como un claro determinante en el sentido que da la mujer a su vivencia de parto, influye tanto negativo como positivamente. El control abarca o se relaciona con los conocimientos, las estrategias para hacer frente a la situación, la toma de decisiones, el comportamiento de la mujer y del equipo<sup>11,12</sup>. Entendiendo como control la capacidad de abordar, enfrentar, controlar nuestro comportamiento y nuestro cuerpo (esto se denomina control interno) como el controlar lo que están haciendo contigo (control externo) relacionado con la toma de decisiones<sup>21</sup>.

La mujer sabe que el parto viene acompañado de dolor, es una de las expectativas que más frecuentemente aparece en la mujer, pero también sabe que si es capaz de mantener el control, será capaz de manejarlo, no se sentirá desbordada y conseguirá niveles más altos de confianza en su habilidad para parir. Por lo tanto, dolor y control van ligados, el dolor determina el control, puede perder el control o aumentarlo y a su vez el control determina el nivel de percepción de dolor; traduciéndose todo esto en la necesidad, de más o menos, tratamientos de dolor<sup>10,11,21</sup>.

El sentimiento de control es una estrategia más para hacer frente al parto, es una estrategia que se puede entrenar para que la mujer aumente los niveles de control y en esta preparación tiene un papel fundamental la matrona. La matrona durante las fases de preparto y parto tiene medios para mejorar y hacer consciente a la mujer de su sentido de control<sup>11</sup>.

Durante el preparto, en las numerosas consultas y en las clases de educación, la matrona facilitará a la mujer información con la que crear sus expectativas realistas y alcanzables. Le enseñará estrategias para afrontar el parto como pueden ser técnicas de relajación, de respiración o posibles posturas du-

rante la fase de dilatación. También le indicará las opciones que existen y que puede reclamar durante el parto. Debe conseguir que la mujer se implique en sus cuidados, que sea parte activa en los mismos, que se considere protagonista de su parto<sup>11</sup>.

Todas estas estrategias y acciones, y principalmente la toma de decisiones, conseguirá que la mujer presente en el parto niveles más altos de control, sabrá como enfrentarse a lo que le espera y todo ello mejorará la confianza, la autoestima y el control ante situaciones que en un principio son catalogadas como estresantes alcanzando una experiencia positiva de parto<sup>11,22</sup>.

Durante el parto, la matrona es fuente principal y fundamental de estímulo de apoyo emocional y el profesional más accesible del equipo y por lo tanto una fuente importante de información. De ella depende además de la estrecha vigilancia del parto como proceso fisiológico, la incorporación de la mujer a sus cuidados, lo que supone fomentar el sentido de control. Deberá conocer, consultar y respetar las decisiones que la parturienta elija, muchas de ellas vendrán recogidas en el plan de parto desarrollado previamente, y por lo tanto la matrona deberá de buscar alternativas que respeten las opciones que la mujer haya elegido<sup>4,9,11,22</sup>.

Pero al igual que la matrona, el acompañante tendrá un papel importante en el sentido de control de la mujer durante el parto. Por este motivo, es de vital importancia elegir a conciencia quien va a ser la persona que esté ahí en ese momento. El acompañante puede con técnicas de masajes, estímulo de la respiración o simplemente coger la mano o estar con ella, transmitir a la mujer que todo esta bien, apoyará la confianza en ella misma y se convertirá en una fuente de apoyo y comprensión que conseguirá niveles elevados de control traducido en sentimientos positivos hacia el parto<sup>23</sup>.

Por lo tanto, el control es un sentimiento que acompaña a la mujer en situaciones de estrés como supone el parto, la mujer puede perderlo e irremediamente se sentirá atrapada por la situación y no podrá manejarla o por el contrario, puede entrenarlo y conseguir niveles altos de control lo que le ayudará a generar una experiencia de parto positiva y determinará futuros posibles embarazos y partos<sup>11</sup>.

Todas estas emociones o sentimientos deben ser respetados, atendidos y conocidos por los profesionales que atienden al parto<sup>22</sup>. El parto no sólo es un proceso fisiológico por el que un feto sale de la cavidad uterina a través del canal del parto, es una nueva vida, es un proceso complejo donde lo físico se mezcla con las experiencias de vida de la parturienta, con los factores culturales, emocionales, familiares y todo eso hace que cada parto sea un momento especial y único. Por este motivo es muy complicado poder tratar objetivamente y desde una distancia profesional el tema de las emociones en el parto.

## 3.- BIBLIOGRAFÍA

- 1- Care in normal Birth: A practical guide. World Health Organization (1996) WHO, Maternal Health and Safe Motherhood Programme, Division of Family Health, Geneva
- 2- Enfermería y apoyo emocional: La perspectiva de la parturienta. Lima da Motta, Cibele Cunha, Ojeda Ocampo Moré, Carmen Leontina. Rve Psicología 2006 sin fecha; 15(1):57-73.
- 3- Estrategia para la atención del parto normal. Consejería de Sanidad Gobierno de Cantabria (2008). Dirección General de Salud Pública. S.C.S.
- 4- Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. Larkin P, Begley CM, Devane D. Midwifery 2009 apr; 25(2):E49-E59
- 5- How do obstetric variables influence the dimensions of the birth experience as assessed by Salmon's item list (SIL-Ger)? Stadlmayr W, Schneider H,

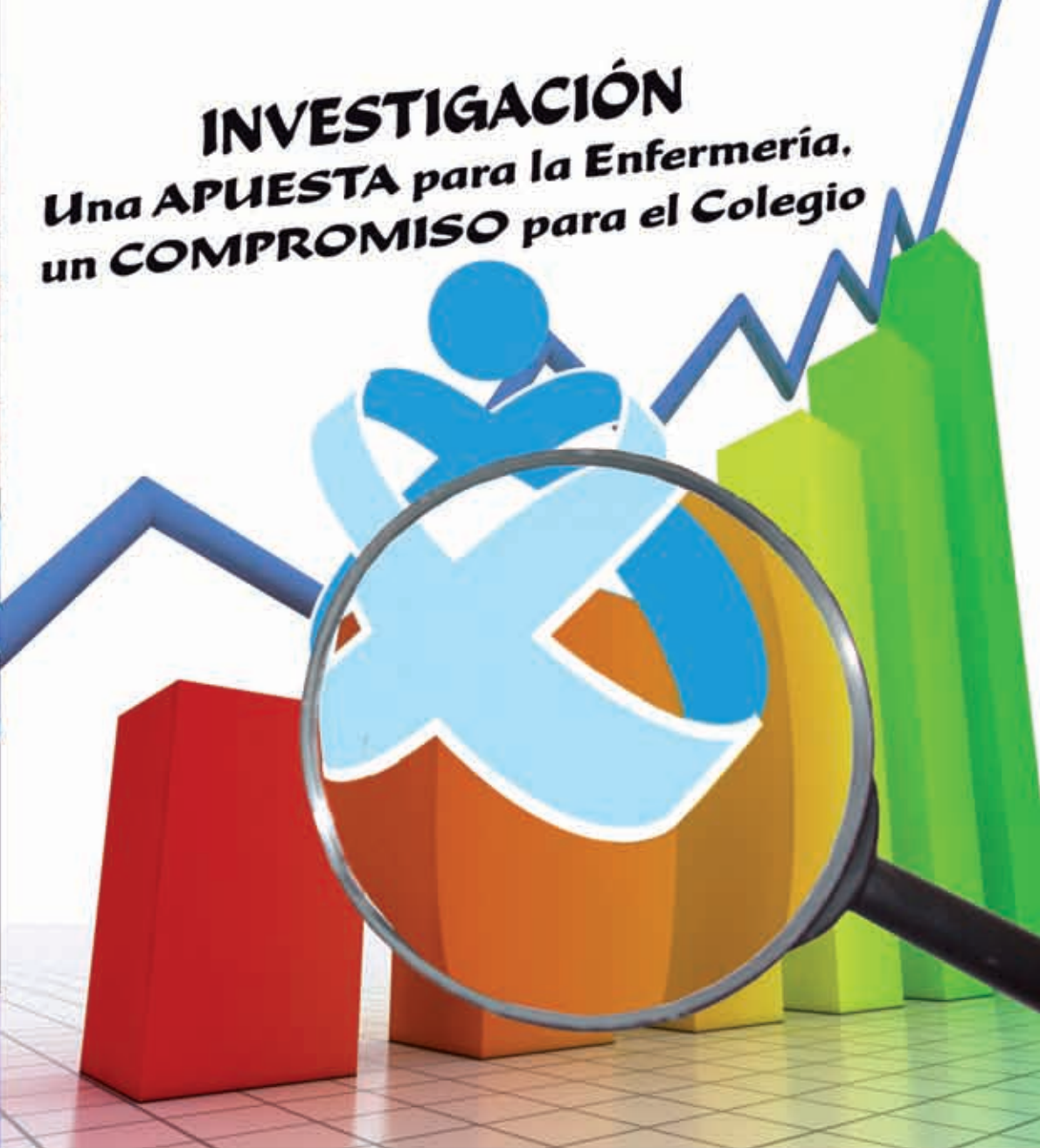
- Amsler F, Burgin D, Bitzer J. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology* 2004 jul 15; 115(1):43-50.
- 6- Releasing and relieving encounters: Experiences of pregnancy and childbirth. Lundgren I. *Scand J Caring Sci* 2004; 18(4):368-375.
- 7- Factors related to childbirth satisfaction. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. *Nursing* 2004 octubre; 46(2):212-219.
- 8- The negative birth experience of prolonged labour: a case-referent study *Journal of clinical nursing*. Nystedt A, Hogberg U, Lundman B. 2004 septiembre; 14:579-586.
- 9- Women's expectations and experiences of childbirth. Gibbins J, Thomson AM. *Midwifery* 2001 12; 17(4):302-313
- 10- Women's experience of pain during childbirth. Lundgren I, Dahlberg K. *Midwifery* 1998 octubre; 14:105-110.
- 11- Satisfaction in childbirth and perceptions of personal control in pain relief during labour. McCrea BH, Wright ME. *J Adv Nurs* 1999 apr; 29(4):877-884.
- 12- The pain of childbirth: Perceptions of culturally diverse women. Callister C, Khalaf I, Semenic S, Kartchner R, Vehviläinen-Julkunen K. *Pain Management Nursing* 2003; 4(4):145-154
- 13- Perceptions of labour pain by mothers and their attending midwives. Baker A, Ferguson SA, Roach GD, Dawson D. *J Adv Nurs* 2001; 35(2):171-179.
- 14- Dolor, temor y ansiedad durante el parto, como Diagnósticos de Enfermería. Sánchez Perruca MI, Fernández y Fernández M, Benito de la Iglesia N, Castaños Ruiz MJ, García López L, López Hernández P. *Metas* 2002 enero 2002; 41:31-38.
- 15- Fear during labour. Alehagen S, Wijma K, Wijma B. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80(4):315-320.
- 16- Women's lived experience of fear of childbirth. Nilsson C, Lundgren I. *Midwifery* 2009; 25(2):e1-e9.
- 17- Previous Birth Experience in Women with Intense Fear of Childbirth. Nilsson C, Bondas T, Lundgren I. *Jognn-Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing* 2010 may-jun; 39(3):298-309.
- 18- Fears associated with pregnancy and childbirth-experiences of women who have recently given birth. Melender HL, Lauri S. *Midwifery* 1999 15 January 1999; 15:177-182.
- 19- Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. Sercekus P, Okumus H. *Midwifery* 2007 17 February 2007; 25:155-162.
- 20- Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. Salomonsson B, Wijma K. *Midwife* 2008 aug; 26:327-337.
- 21- Feeling in control during labor: concepts, correlates and consequences. Green J, Baston H. *Birth* 2003 diciembre; 30(4):235-242.
- 22- Women's satisfaction with decision-making related to augmentation of labour. Blix-Lindström S, Christensson K, Johansson E. *Midwifery* 2004 3; 20(1):104-112.
- 23- Fathers' experiences of childbirth. Vehviläinen-Julkunen K, Liukkonen A. *Midwifery* 1998 3; 14(1):10-17.
- 24- Parents' needs to talk about their experiences of childbirth. Olin RM, Faxelid E. *Scand J Caring Sci* 2003 jun; 17(2):153-159.
- 25- A place for the partner? Expectations and experiences of support during childbirth. Somers-Smith MJ. *Midwifery* 1999 jun; 15(2):101-108.
- 26- Paternidad y servicios de salud. Estudio Cualitativo de las experiencias y expectativas de los hombres hacia la atención sanitaria del embarazo, parto y postparto de sus parejas. Maroto Navarro G, Castaño López E, García Calvente, María del Mar, Hidalgo Ruzzante N, Mareo Rodríguez I. *Rev Esp Salud Pública* 2009 mar-abr.; 83(2):267-278
- 27- Women's perception of intrapartal care in relation to WHO recommendations. Sandin-Bojoe A, Larsson BW, Hall-Lord M. *J Clin Nurs* 2008 nov; 17(22):2993-3003.
- 28- Midwives' experience of the encounter with women and their pain during childbirth. Lundgren I, Dahlberg K. *Midwifery* 2002 6; 18(2):155-164.
- 29- Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth. Berg M, Lundgren I, Hermansson E, Wahlbergs V. *Midwifery* 1996 diciembre; 12:11-15.
-





# INVESTIGACIÓN

Una **APUESTA** para la Enfermería,  
un **COMPROMISO** para el Colegio



## AULA DE INVESTIGACION EN CUIDADOS

**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.





# Consentimiento informado y práctica profesional

## CORRECCIÓN DE ERROR

Se adjunta el capítulo de bibliografía correspondiente al trabajo de investigación 'Consentimiento informado y práctica profesional' que se publicó de forma errónea en la revista NUBEROS CIENTÍFICA nº 7

## Autoras:

**Ester González Fernández**  
**Raquel Pardo Vitorero**  
**Ángela Lombera Torre**

*Enfermeras del H.U. Marqués de Valdecilla*

Dirección para correspondencia:  
[estergonzalezfernandez@hotmail.es](mailto:estergonzalezfernandez@hotmail.es)

Recibido: Agosto 2012  
Aceptado: Agosto 2012

## 8.- BIBLIOGRAFÍA

1. Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002, 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 274, ( Noviembre 15, 2002).
2. Collazo E. Consentimiento informado en la práctica médica. Fundamentos bioéticos y aspectos prácticos. Cir Esp. 2002; 71(6): 319 - 24.
3. Gasull M, Cabrera E, Välimäki M, Leino-Kilpid H, Lemonidou C, Scott AP, et al. Autonomía y consentimiento informado en unidades quirúrgicas. Percepciones de pacientes y enfermeras en España. Enferm Clin. 2001; 11(6): 247 - 55.
4. Pantoja Zarza L. El consentimiento informado: ¿sólo un requisito legal?. Rev Esp Reumatol. 2004; 31(8): 475 - 8.
5. Nightingale F. Notas sobre enfermería. Barcelona: Masson-Salvat, 1990.
6. Simón P, Júdez J. Consentimiento informado. Med Clin (Barc). 2001; 117(3): 99 -106.
7. Arce García MC. Problemas éticos en cuidados paliativos. Aten Primaria. 2006; 38 (Suppl 2): 79 - 84.
8. Simón P. El Consentimiento Informado. Madrid: Triacastela; 2000.
9. Constitución española 1978. Boletín Oficial del Estado, nº 311, ( Diciembre 29, 1978).
10. General de Sanidad. Ley 14/1986, 25 de Abril. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (Abril 29, 1986).
11. Código Deontológico de la Enfermería Española. Resoluciones 32/1989 y 2/1998.
12. González Jurado, MA. La deontología de las corporaciones sanitarias. Cuad. Bioét. XVI, 2005/2ª; 221 - 229
13. Burgos Moreno M, Paravic Klijn T. Enfermería como profesión. Revista Cubana de Enfermería. 2009; 25 (1-2).
14. Wouter K. G. Leclercq, Bram J. Keulers, Marc R. M. Scheltinga, Paul H. M. Spauwen, Gert-Jan van der Wilt. A Review of Surgical Informed Consent: Past, Present, and Future. A Quest to Help Patients Make Better Decisions. World J Surg. 2010; 34(7): 1406 -1415.
15. Feld AD. Informed consent: not just for procedures anymore. Am J Gastroenterol. 2004; 99 (6): 977 - 80.
16. Bandrés F, Caballero M, Delgado S, González M, Herreros B, Pinto P, et al. El consentimiento informado. Comité de Bioética y Derecho Sanitario de ASISA-LAVINIA.
17. Basadre P, Nayas S, Lafuente N, Bandrés C, García F. Consentimiento informado. Comunicación eficaz y decisión autónoma. Rev Rol Enf. 2008; 31(6): 419 - 424.
18. Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, Oviedo el 4 de abril de 1997. Boletín Oficial del Estado, nº 251, ( Octubre 20, 1999).
19. Barrio IM, Simón P. ¿Quién puede decidir por mí? Una revisión de la legislación española vigente sobre las decisiones de representación y las instrucciones previas. Rev Calidad Asistencial. 2004; 19(7): 460 - 72.
20. Simón P, Barrio IM. ¿quién decidirá por mí?, Ética de las decisiones clínicas en pacientes incapaces. Madrid: Triacastela; 2004
21. O'Neil O. Some limits of informed consent. J Med Ethics. 2003; 29: 4 - 7.
22. Simón Lorda P, Rodríguez Salvador JJ, Martínez Maroto A, López Pisa RM, Júdez Gutiérrez J. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones. Med Clin (Barc). 2001; 117(11): 419 -426.
23. Simón Lorda P, Tamayo Velázquez MI, González Rubio MJ, Ruiz Díaz MP, Moreno González J, Rodríguez González MC. Conocimientos y actitudes del personal de enfermería acerca de las voluntades anticipadas en dos áreas sanitarias de Andalucía. Enferm Clin. 2008; 18(1): 11 - 17.
24. Toro Flores R, los derechos de la persona al final de la vida, a la luz de la nueva legislación. Rev Rol Enf. 2011; 34(12): 800 - 806.
25. Barrio IM, Simon P. criterios éticos para las decisiones sanitarias al final de la vida de personas.



# PREMIO de INVESTIGACIÓN del COLEGIO de ENFERMERIA de CANTABRIA

C/ Cervantes, 10 - 5ª planta  
39001 SANTANDER (Cantabria)  
Tel. 942 31 97 20  
colegio@enfermeriacantabria.com  
www.enfermeriacantabria.com

El Colegio de Enfermería de Cantabria, convoca la 11ª edición del Premio de Investigación en Enfermería con el fin de fomentar entre los profesionales colegiados en Cantabria el interés por la investigación en cualquiera de las áreas del conocimiento de la disciplina enfermera

- 1.- Podrán concurrir a este Premio todos los enfermeros que estén colegiados en el Colegio de Enfermería de Cantabria, y que estén al día en sus obligaciones colegiales. Tanto los autores como colaboradores deberán ser enfermeros.
- 2.- Los premios se concederán a proyectos de investigación, que sean inéditos y se ajusten a las bases de la convocatoria. El Premio tendrá la consideración de beca para la realización del proyecto y será asesorado y supervisado por la Asesoría de Investigación del Colegio.
- 3.- Se dispondrá de una dotación económica para el primer premio de 4000 euros y de 2000 euros para el accésit. Se repartirán en 3 pagos en función de la cronología del proyecto. Entregando el 50 % como primer pago y los restantes en otros dos pagos del 25% cada uno. Todos sujetos a retención fiscal.
- 4.- Según decisión del Jurado los premios se asignarán a un solo proyecto a ser repartidos entre varios de los presentados al Premio y en las cuantías y proporciones que se estimen.
- 5.- Los proyectos que concurren a este Premio deberán ser presentados dentro de los plazos establecidos. La fecha límite es el día 30 de abril de 2013, inclusive.
- 6.- Los proyectos no tendrán limitación de espacio, deberán estar impresos a espacio sencillo, tamaño de fuente 12, por una sola cara y formato DIN-A4, evitando diferentes tamaños y tipos de letras, subrayados, espacios, etc.
- 7.- Se entregará un original en papel y en soporte informático haciéndose constar en su etiqueta el título del trabajo o proyecto.
- 8.- Los proyectos se entregarán en sobre cerrado, personalmente o por correo certificado, en la Secretaría del Colegio de Enfermería de Cantabria (C/ Cervantes nº 10, 5ª - 39001 Santander). En el exterior, no deberá constar el nombre del autor/es ni cualquier otro dato que pueda identificarlos. En sobre aparte y cerrado, se incluirán los datos personales de los autores, lugar de trabajo, persona y dirección de contacto.
- 9.- Tras la entrega, los proyectos se registrarán con una clave.
- 10.- Los proyectos que se envíen por correo no deberán llevar remite, ni datos que permitan la identificación del autor/es del proyecto.
- 11.- El plazo de recepción de proyectos finalizará el día 30 de abril de 2013, siendo aceptados como dentro de plazo los que estén certificados ese mismo día.
- 12.- Los premios se fallarán por un Jurado, cuyos compo-

nentes deberán estar colegiados y al día en sus obligaciones colegiales, compuesto por:

- *Presidenta del Colegio de Enfermería de Cantabria o persona en quien delegue.*
- *Un miembro de la Junta de Gobierno del Colegio de Enfermería de Cantabria.*
- *Un miembro del Departamento de Formación e Investigación del Colegio de Enfermería de Cantabria.*
- *Un representante de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Cantabria.*
- *Un representante del Servicio Cantábrego de Salud.*
- *Un representante de instituciones del ámbito sanitario-social privado.*
- *Actuará como secretario, sin voz ni voto, un administrativo del equipo de administrativos del Colegio de Enfermería de Cantabria.*

- 13.- Los miembros que integran este Jurado Calificador no podrán presentar proyectos a este Premio, ni como autores, ni como colaboradores.
- 14.- El fallo del Jurado, que será inapelable, se hará público durante la celebración del Día Internacional de la Enfermería en Cantabria.
- 15.- Todos los autores que figuren en los proyectos, una vez fallados los premios, recibirán una certificación de los mismos que podrán utilizar en sus currículos.
- 16.- Los premios se podrán declarar desiertos si el Jurado calificador considera que los proyectos presentados no tienen la calidad científica suficiente para merecerlos.
- 17.- Los proyectos premiados quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Cantabria y los autores solicitarán autorización por escrito a este Colegio para su publicación en otros medios, con la obligación de mencionar que ha sido premiado en la edición correspondiente del Premio de Investigación del Colegio de Enfermería de Cantabria.
- 18.- En el sobre, junto con los proyectos, se presentarán un documento a modo de declaración jurada, comprometiéndose, en caso de resultar premiado, a devolver solidariamente su importe si transcurre el plazo señalado sin haberlo entregado terminado con arreglo al proyecto.
- 19.- El colegio de Enfermería de Cantabria se compromete a publicar los proyectos premiados, en los medios propios de que dispone o en cualquier otro medio de comunicación profesional que estime oportuno, haciendo siempre referencia a sus autor/es.
- 20.- Presentación de proyectos. Requisitos:

Los proyectos se presentarán en formato de memoria de proyecto de investigación y se organizarán en los siguientes apartados:

1. Título
  2. Resumen, 200 palabras en español y en inglés. Palabras clave en español y en inglés.
  3. Introducción, antecedentes, estado actual del tema y marco conceptual. Interés científico e implicaciones del estudio para la práctica clínica, o la utilidad de los resultados para la comunidad científica, para la profesión o para la sociedad en su conjunto.
  4. Bibliografía.
  5. Hipótesis, si la requiere.
  6. Objetivos.
  7. Metodología, incluirá limitaciones del estudio.
  8. Plan de trabajo, distribuido en etapas concretas y duración total del proyecto.
  9. Experiencia del equipo investigador.
  10. Medios disponibles y necesarios para la realización del proyecto
  11. Dictamen del Comité de Bioética o de Ensayos Clínicos del centro u hospital correspondiente, o, en su caso, justificación de haber presentado el proyecto a dicho Comité.
  12. Anexos:  
Con independencia de la finalización del proyecto, el investigador principal del mismo deberá enviar al Colegio, a los 6 meses y sucesivamente con esta periodicidad, un informe memoria de la evolución del mismo.  
Los proyectos de investigación de carácter cualitativo deberán incluir los mismos formatos con la metodología propia de la investigación cualitativa
- 21.- Los proyectos premiados serán presentados en los actos que se celebren con motivo del Día Internacional de la Enfermería en Cantabria del año correspondiente.
  - 22.- El hecho de la presentación de los trabajos implica la aceptación de las normas que se establecen en las bases redactadas anteriormente.



COLEGIO de ENFERMERIA  
de CANTABRIA





# Uso de plasma autólogo rico en plaquetas para la cicatrización de úlceras crónicas

### Autoras:

**M<sup>a</sup> Concepción Peña Revuelta<sup>(\*)</sup>**

*Diplomada en Enfermería. Servicio de Hospitalización a Domicilio*

**Soledad González Barrera**

*Diplomada en Enfermería. Servicio de Hospitalización a Domicilio*

**Carolina Carrera Benito**

*Diplomada en Enfermería. Servicio de Hospitalización a Domicilio*

**M<sup>a</sup> Ángeles González Romero**

*Diplomada en Enfermería. Servicio de Hospitalización a Domicilio*

**María Cruz Santibáñez**

*Diplomada en Enfermería. Centro Salud Dávila*

**Soledad Soto Guati**

*Diplomada en Enfermería. Servicio de Hospitalización a Domicilio*

<sup>(\*)</sup>Dirección para correspondencia:  
conchivillacarriedo@hotmail.com

Recibido: Septiembre 2012

Aceptado: Noviembre 2012

**RESUMEN**

La cicatrización y reparación de una úlcera crónica varicosa, en un paciente en el que otras terapias habían fracasado ha sido el reto que nos ha llevado a la utilización del Plasma Autólogo Rico en Plaquetas debido a que contiene factores de crecimiento proteicos en los gránulos alfa de los trombocitos que poseen una fuerte influencia sobre los fenómenos reparativos de las heridas. Se ha comprobado que el procedimiento usado es eficiente y seguro.

**Palabras clave:**

- Úlcera.
- Plasma rico en plaquetas.
- Factores de crecimiento.
- Coágulo.
- Cicatrización.
- Eficiencia.

**ABSTRACT**

Our aim was to repair and heal a chronic venous leg ulcer in a patient in whom other previous treatments had demonstrated to be ineffective. In order to achieve this objective, we have used autologous platelet-rich plasma because both it contains high concentrations of proteic growth factors in the thrombocyte-alpha granules and there is generalized consensus about such granules possess a marked favourable influence on wound healing phenomena. We have found safe and effective the therapeutic approach we have carried out in our patient.

**Keywords:**

- Skin ulcer.
- Platelet-rich plasma.
- Growth factors.
- Blood clot.
- Healing.
- Effectiveness.

**1.- INTRODUCCIÓN.**

Las plaquetas o trombocitos son los elementos celulares más pequeños (2-4  $\mu\text{m}$ ) de la sangre: carecen de núcleo; tienen una membrana plasmática y un citoplasma donde se encuentran, entre otros, los gránulos  $\alpha$ ; tienen vida media de 7-12 días; su recuento en sangre periférica es 135.000 a 400.000/ $\mu\text{L}$  y entre sus funciones principales destacan la hemostasia, inflamación y cicatrización de heridas.

El Plasma Rico en Plaquetas<sup>1</sup> (PRP) se define como una porción del plasma propio con una concentración plaquetaria superior a la basal obtenida mediante centrifugación. Esta fracción plasmática contiene un mayor volumen de plaquetas y por tanto de los factores de crecimiento proteicos responsables de la coagulación (producidos en los gránulos  $\alpha$ ). (Tabla 1)

Todo este tipo de actuaciones tienen efectos en la clínica, que de modo general se pueden establecer en: incremento de los procesos de reparación tisular de tejidos blandos y óseos; disminución de las tasas de infección postoperatoria; del dolor y de las pérdidas hemáticas.

Estos factores poseen una fuerte influencia sobre los fenómenos reparativos de las heridas. Las plaquetas comienzan a secretar activamente estas sustancias 10 minutos después de la formación del coágulo, liberándose más del 95% de los factores de crecimiento presintetizados en el lapso de 1 hora. Tras esta liberación proteica masiva, de forma más lenta los trombocitos siguen sintetizando y secretando proteínas entre 5 y 10 días más. Cuando la influencia de las plaquetas comienza a remitir, los macrófagos que han llegado al foco merced al crecimiento vascular asumen la regulación de la reparación tisular mediante la secreción de sus propios factores.

El PRP se ha utilizado en diversos campos como<sup>2</sup>: en cirugía oral como relleno de alveolos post-extracción e implantes odontológicos; en oftalmología favoreciendo la cicatrización de úlceras corneales; en traumatología en lesiones musculares,

tendinosas, cartilaginosas, reconstrucciones del ligamento cruzado anterior y prótesis articulares; en dermatología como tratamiento de úlceras crónicas, úlceras vasculares, de pie diabético, postraumáticas y radiopáticas.

**2.- OBJETIVO**

El propósito del estudio ha sido comprobar la utilidad del PRP para la cicatrización y reparación de una úlcera crónica varicosa, en un paciente en el que otras terapias habían fracasado.

**3.- MÉTODO Y CASO CLÍNICO**

La paciente seleccionada, mujer de 58 años, presentaba una úlcera crónica (más de seis meses de evolución) con las siguientes características: no estar infectada, no presentar esfacelos ni tejidos necróticos. Otro requisito para la selección fue la ausencia de antecedentes patológicos de hemopatías y tratamientos que afecten la funcionalidad plaquetaria.

En cuanto a la obtención del PRP, en primer lugar se informó detalladamente a la paciente del procedimiento a seguir, obteniendo su consentimiento por escrito. Se realizó la extracción sanguínea después de realizar la solicitud específica por parte del facultativo responsable de la paciente. Se rellenó el formulario del Banco de Sangre y Tejidos de Cantabria (BSTC) donde se indican los datos del paciente, del médico, el motivo de su solicitud, el volumen de sangre a extraer en función de la extensión de la lesión y el día que se va a efectuar el procedimiento. Se remitieron las muestras al BSTC el día antes del procedimiento. En el BSTC se determinó la capacidad coagulante de plasma del paciente y se garantizó la seguridad microbiológica. Se centrifugaron los tubos en la centrífuga Hettich® en el programa nº 3: 10 minutos, 200g (1350 RPM), aceleración 9 y



freno 7. Se obtuvieron varios tubos perfectamente identificados, unos con PRP y otros con PPP (Plasma Pobre en Plaquetas, que es aquel con menor concentración trombocitaria). Para precipitar la coagulación del plasma se empleó cloruro cálcico al 10%. El BSTC adjuntó junto a las muestras información acerca del volumen de la sustancia activadora. Se añadió a cada tubo de plasma 0.1 ml de ClCa por mililitro de plasma. Se mantuvo de 5 a 10 minutos a una temperatura aproximada de 37 °C. De esta forma se obtuvo el coágulo de PRP y de PPP.

La paciente tiene como antecedentes: DM tipo 2, obesidad, HTA e insuficiencia venosa de miembros inferiores. Presentaba una úlcera crónica varicosa de unos 11 cm de diámetro mayor. Había sido tratada por su equipo de atención primaria con curas tradicionales (empleo de antisépticos, cremas antibióticas, apósitos diversos...) durante 3 años, sin éxito. Por lo que se dice usar PRP.

Se obtuvieron de 10 a 12 ml de PRP autólogo que tras su precipitación se aplicó sobre el lecho de la úlcera en las 3 horas siguientes a su preparación según el procedimiento arriba indicado. El PPP se utilizó en los bordes de la úlcera. Se realizó una cura oclusiva (apósito de hidrofibra). Pasados 7 días se destapó la úlcera. El procedimiento se repitió en tres ocasiones con un intervalo de 15 días o más. Se realizaron mediciones del diámetro de la úlcera, se tomaron fotografías y cultivos seriados de la lesión.

Se comprobó la progresión de la cicatrización y la reparación de la úlcera de manera objetiva (mediante la observación directa y de las imágenes fotográficas) y la valoración subjetiva de la paciente. Se valora la seguridad del procedimiento, la tolerancia y la ausencia de complicaciones.

#### 4.- RESULTADOS

Tras la aplicación del PRP sobre el lecho de la úlcera, se produjo una evolución favorable que comprobamos mediante las fotografías seriadas. La piel sana y el tejido de granulación en el lecho de la úlcera progresaron más rápidamente que con la pauta de cura anterior, disminuyendo casi un 50% del diámetro inicial a los 14 días de la primera aplicación. En la octava semana (habiéndose realizado una segunda aplicación) se aprecia una reparación en el centro de la lesión quedando cuatro pequeñas lesiones satélites con un diámetro máximo aproximado de un

centímetro. En la duodécima semana, presentaba una sola lesión con un diámetro de 1 cm. El resultado de los cultivos del exudado de la úlcera fue flora mixta. La satisfacción subjetiva de la paciente fue alta. No presentó dolor. Se retiró analgesia pautada previa al procedimiento.

#### 5.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El PRP se utiliza cada vez con más frecuencia para acelerar los procesos de regeneración tisular<sup>1</sup>. Las experiencias han sido a nivel hospitalario, sin embargo es escaso su uso a nivel ambulatorio. Esto puede ser debido al desconocimiento por parte de los profesionales y a la creencia de que el paciente pueda rehusar el tratamiento ya que implica su colaboración activa.

Conseguir la cicatrización de las úlceras cónicas puede resultar frustrante tanto para el paciente como para los profesionales sanitarios. Por un lado se realizan curas frecuentes y durante mucho tiempo, se utilizan diferentes materiales, fármacos y pruebas de laboratorio, generando un alto volumen de citas para consultas. Por otro lado las recomendaciones repetitivas del estilo de vida saludable para la recuperación de la continuidad de la piel llegan a sobrepasar la paciencia del profesional y del paciente. La utilización del Plasma Autólogo Rico en Plaquetas para la cicatrización y reparación de las úlceras crónicas resuelve en parte los problemas mencionados. Tras la primera aplicación se obtienen resultados satisfactorios plasmados en la disminución del tamaño de la lesión y del dolor experimentado por el paciente. La resolución de la úlcera, al menos en el caso estudiado fue de aproximadamente dos meses (llevaba tres años). Según la bibliografía consultada<sup>3</sup> permite incluso resolver úlceras cavitadas, profundas, muy extensas, de etiología arterial o venosa; además puede repetirse su aplicación ya que no se han registrado efectos nocivos<sup>4</sup>. El material básico utilizado parte de la autodonación<sup>5</sup> de sangre del paciente. Aunque es difícil cuantificar el gasto que supone este procedimiento, la brevedad de la cicatrización así como la satisfacción del paciente y los profesionales que lo tratan, hace que sea una elección eficiente y segura.

Como conclusión el empleo de Plasma Autólogo Rico en Plaquetas para la cicatrización de úlceras crónicas es un procedimiento eficiente, de sencillo manejo para el profesional e inoco para el paciente.

#### 6.- BIBLIOGRAFÍA

1. Montón Echeverría, J., Pérez Redondo, S., Gómez Bajo, G. J. Experiencia clínica en el empleo de factores de crecimiento autólogos obtenidos de plasma rico en plaquetas. *Cir.plást. iberolatinoam.* - Vol. 33 - Nº 3 Julio - Agosto - Septiembre 2007 / Pag. 155-162.
2. Dominijanni A., Cristofaro M.G., Brescia A., Giudice M., Platelet gel in oral and maxillofacial surgery: a single-centre experience. *Blood Transfus* 2012; 10: 200-4 DOI 10.2450/2012.0059-11.
3. Beca T, Hernández G, Morante S, Bascones A. Plasma rico en plaquetas. Una revisión bibliográfica. *Av Periodon Implantol.* 2007; 19, 1: 39-52.
4. Martínez JM, Cano J, Gonzalo JC, Campo J, Esparza GC, Seoane JM. ¿Existen riesgos al utilizar los concentrados de Plasma Rico en Plaquetas (PRP) de uso ambulatorio? *Medicina Oral* 2002; 7: 375-90.
5. Bernuzzi G., et al. Platelet gel in the treatment of cutaneous ulcers: the experience of the Immunohaematology and Transfusion Centre of Parma. *Blood Transfus* 2010; 8:237-47 DOI 10.2450/2009.0118-09.

TABLA 1.–

FACTORES DE CRECIMIENTO EN GRÁNULOS $\alpha$	FUNCIÓN
Derivado de las plaquetas (PDGF)	Quimiotáctico. Estimula a proliferación celular
Transformado tipo $\beta$ (TGF- $\beta$ )	Estimula la síntesis de la matriz extracelular. Inhibe la formación de los osteoclastos
Insulínico tipo I (IGF-I)	Estimula la formación de los osteoblastos. Quimiotáctico de las células endoteliales vasculares
Epidérmico (EGF)	Estimula la migración y división celular.
Endotelial vascular (VEGF)	Estimula la angiogénesis
Fibroblástico	Favorece la angiogénesis. Acción mitogénica y quimotáctica sobre las células endoteliales



FUNDACIÓN de  
la ENFERMERÍA  
de CANTABRIA

CASO CLÍNICO

**Nuberos Científica**

[www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica](http://www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica)



**Proceso de atención  
de enfermería:**

**Cicatrización por  
segunda intención  
de sinus pilonidal  
mediante cura  
húmeda con  
hidrofibra de  
hidrocolide  
ionizada con plata**

**Autor:**

**Avelino Saiz Sánchez**

*Diplomado en Enfermería. Experto  
Universitario en Atención, Cuidado y Cura de  
Úlceras Crónicas por la Universidad de  
Cantabria. Centro de Salud Dávila. Gerencia de  
Atención Primaria del SCS*

*Dirección para correspondencia:  
[asaiz2000@hotmail.com](mailto:asaiz2000@hotmail.com)*

Recibido: Diciembre 2012  
Aceptado: Enero 2013

## RESUMEN

El abordaje integral del paciente en la consulta de enfermería, es uno de los retos de los profesionales de enfermería de nuestro tiempo. La implementación de la terminología NANDA/NIC/NOC, en el trabajo cotidiano es una tarea ingente a desarrollar. El lenguaje debe representar las experiencias de las personas que cuidamos y tener una forma clínicamente útil que sea comprensible para todos los miembros del equipo de salud.

En el caso clínico que se presenta, la utilización del proceso de atención de enfermería, ayuda a la correcta realización de las actividades, tanto en el rol autónomo, como de colaboración, así como en la práctica clínica, estableciendo desde la valoración del paciente el tratamiento adecuado en la resolución de su problema de salud principal; el postoperatorio inmediato de una intervención de sinus pilonidal, que debe cerrar por segunda intención.

### Palabras clave:

- Sinus pilonidal.
- Cicatrización de heridas.
- Enfermería Clínica.
- Procesos de enfermería.

## ABSTRACT

Patient's comprehensive approach in nurse's consulting room is one of the nurse's challenges in our time. The implementation of terminology NANDA / NIC / NOC, is an enormous task to develop in daily work. The language must mean the people's experiences from whom we care and it must be also both understanding and useful for all members of the health team.

In the clinical case, that we present, shows how the use implementation of the nursing process helps the right fulfillment of the activities, both in autonomous and collaborative roles as well as in clinical practice. An adequate treatment is made from a patient's assessment in order to resolve the main health problem: which is the post-operative pilonidal sinus in which it must leave the wound to close by second intention.

### Keywords:

- Pilonidal sinus.
- Wound healing.
- Nursing research.
- Nursing process.

## 1.- INTRODUCCIÓN.

Hablamos de sinus pilonidal (seno pilonidal, quiste sacro) ante la existencia de un quiste o un seno que contiene pelo, situado en la línea media del área sacrococcígea. Es un proceso adquirido como consecuencia de la penetración de pelo en el tejido subcutáneo. Al sobreinfectarse se producen los síntomas de absceso: dolor, tumoración e inflamación.<sup>1</sup>

Por su estadio evolutivo, pueden ser:

- **Asintomático:** Presencia de uno o varios orificios puntiformes, situados en la línea media de la región sacrococcígea, por los que se pueden exteriorizar algunos pelos.
- **En fase aguda:** Cuando se presentan síntomas y signos de una inflamación aguda, en la línea media de la región sacrococcígea.
- **En fase crónica:** Cuando aparece uno o varios trayectos fistulosos, eliminando pus y pelos, en la región sacrococcígea.

Es un problema frecuente en personas de 18 a 30 años, entre las que tiene una incidencia muy variable según los estudios, desde un 0.7% hasta un 8,8%. Es más frecuente en varones que en mujeres en una proporción de 4:1. Se asocia a historia familiar, obesidad, conducción de vehículos, vida sedentaria, hipertricosis y foliculitis o forunculosis en alguna otra parte del cuerpo<sup>2</sup>. Mantener una buena higiene local y corregir factores de riesgo (bajar peso, evitar el sedentarismo y evitar los periodos largos de conducción) podría ser beneficioso.

El mejor tratamiento del absceso agudo es la incisión y el

drenaje bajo anestesia local.

En los casos crónicos está indicada la escisión en bloque del quiste, que nunca penetra en la aponeurosis sacra posterior. La cirugía debe realizarse en régimen de cirugía sin ingreso y si es posible con cierre primario de la herida, aunque esto siempre no es posible y a elección del cirujano.<sup>3</sup>

Las técnicas cerradas tienen ventajas sobre las técnicas abiertas dado el prolongado período de cicatrización e incapacidad laboral de estas últimas. Aún así, es frecuente que en la consulta de enfermería del centro de salud, tengamos pacientes con postoperatorio inmediato de sinus pilonidal, que se ha dejado abierto para cierre por segunda intención.

En relación con el apósito que utilizamos en la práctica clínica, podríamos definir que es el ideal si<sup>4,5</sup>:

- Mantiene la humedad sin macerar.
- Permite a la herida permanecer sin infección clínica.
- No desprende sustancias tóxicas, partículas o fibras.
- Mantiene la temperatura y pH ideal para permitir el proceso de cicatrización.
- No precisa de cambios frecuentes o innecesarios.
- Resulta indoloro, adaptándose a la vida profesional y social del paciente.
- Es fácil de aplicar y retirar.

En la atención ambulatoria adquiere una especial relevancia la consideración de aspectos individuales, sociales y familiares del paciente, debido a que la convalecencia de su proceso se realiza en régimen ambulatorio, lo que hace aún más necesario el autocuidado.



Proceso de atención de enfermería: cicatrización por segunda intención de sinus pilonidal, mediante cura húmeda con hidrofibra de hidrocolide ionizada con plata

## 2.- OBJETIVOS

El propósito de este trabajo fue la elaboración de un caso clínico, en el que un paciente acude a la consulta, con una herida abierta tras extirpación del sinus pilonidal. Siguiendo los patrones funcionales de Marjory Gordon y la terminología enfermera de las taxonomías NANDA, NIC, NOC, se identifican también los posibles problemas estructurales y las dificultades de su implantación.

Demostrar que la cura húmeda en este tipo de pacientes con cicatrización por segunda intención, acorta el tiempo de tratamiento y consigue unos resultados más óptimos. Así mismo, definir si la introducción de un apósito con iones de plata, favorecerá la disminución de la carga bacteriana, y controlará posibles infecciones secundarias.

## 3.- DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 24 años, diabético tipo I, insulino dependiente desde los 13 años, como único antecedente de interés, que en 2010, comienza con sintomatología de dolor e induración en la zona sacrococcígea. Esta, evoluciona en unos meses a una rotura espontánea del absceso, drenando contenido purulento y serohemático. Precisa de drenado por parte de cirugía en el servicio de urgencias, en dos ocasiones a lo largo de 2010.

Una vez valorado por el servicio de cirugía general, se incluye en la lista de espera para extirpación del seno.

Se realiza intervención quirúrgica, en enero de 2011, bajo anestesia general, decidiendo el cirujano en la intervención, que la herida cicatrice por segunda intención bajo régimen ambulatorio.

El paciente acude a la consulta de enfermería del centro de salud, por primera vez el día 24 de enero de 2011.

Se realiza valoración de enfermería, siguiendo los patrones funcionales de M. Gordon, mediante entrevista clínica y revisión de historia clínica del paciente.

Se obtienen varios diagnósticos de enfermería, entre los que destacamos los más relevantes:

- > 00004 RIESGO DE INFECCIÓN
- > 00146 ANSIEDAD

Estableciéndose el plan de cuidados según los criterios NANDA (2009), los criterios de resultados (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC).

## 4.- PLAN DE CUIDADOS

Riesgo de infección relacionado con alteraciones de las defensas primarias, destrucción tisular, enfermedades crónicas y procedimientos invasivos.

### DIAGNOSTICO NANDA 00004. RIESGO DE INFECCIÓN

#### Factores de Riesgo:

- Alteraciones de las defensas primarias; rotura de la piel.
- Destrucción tisular.
- Enfermedades crónicas: Diabetes Mellitus Tipo I (Insulino-

dependiente).

- Procedimientos invasivos: Cura diaria.

#### Resultados NOC:

- 1103 Curación de la Herida por segunda intención

Indicadores:

- 110301 Tejido de granulación. (Sustancial)
- 110303 Secreción purulenta. (Escasa)
- 110304 Secreción Serosa. (Escasa).
- 110306 Secreción Sanguinolenta. (Escasa).
- 110307 Eritema cutáneo circundante. (Escaso).
- 110308 Edema perilesional. (Escaso).
- 110311 Piel macerada. (Extensa).
- 110317 Olor de la herida. (Escaso).
- 110321 Formación de cicatriz. (Escaso).
- 110322 Inflamación de la herida. (Sustancial).

#### Intervenciones NIC y actividades relacionadas:

- 0840 Cambio de posición:

- 084018 Enseñar al paciente a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad.

- 1610 Baño:

- 161006 Ayudar con el cuidado perianal, si es preciso.
- 161003 Aplicar polvos secantes en los pliegues profundos de la piel.
- 161004 Aplicar ungüentos y crema hidratante en las zonas secas de la piel.

- 2120 Manejo de la Hiperglucemia:

- 212011 Fomentar el control de los niveles de glucosa en sangre.
- 212004 Anticiparse a aquellas situaciones en las que aumentarán las necesidades de insulina.

- 3590 Vigilancia de la piel:

- 359001 Comprobar la temperatura de la piel
- 359004 Instruir al miembro de la familia acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel.
- 359006 Observar si hay enrojecimiento, calor externo o drenaje de la piel o las membranas mucosas.
- 359014 Vigilar el color de la piel.

- 3660 Cuidados de las heridas:

- 366002 Administrar cuidados de la úlcera dérmica.
- 366005 Afeitar el vello que rodea la zona afectada.
- 366006 Anotar las características de cualquier drenaje producido.
- 366007 Anotar las características de la herida.
- 366008 Aplicar el ungüento adecuado a la piel y lesión.
- 366012 Colocar de manera que se evite presionar la herida.
- 366014 Comparar y registrar cualquier cambio que se produzca en la herida.
- 366015 Despegar apósitos y limpiar los restos de la herida.
- 366016 Enseñar al paciente y al miembro de la familia a curar la herida.
- 366019 Limpiar la zona afectada con solución salina a presión.

- 5602 Enseñanza: Proceso de enfermedad:
  - 560201 Animar al paciente a explorar opciones.
  - 560205 Describir el proceso de enfermedad
  - 560206 Describir las posibles complicaciones agudas y crónicas.
  - 560208 Discutir las opciones de terapia y tratamiento.
  - 560221 Reforzar la información suministrada por otros miembros del equipo.
- 5618 Enseñanza: Procedimiento/tratamiento:
  - 561801 Corregir expectativas irreales de la cirugía.
  - 561802 Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta inquietudes.
  - 561803 Dar tiempo al paciente para que practique y se prepare para los acontecimientos que sucederán.
  - 561804 Describir las actividades del tratamiento.
  - 561812 Explicar el procedimiento/tratamiento.
  - 561813 Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento.
- 6540 Control de Infecciones:
  - 654005 Asegurar una técnica adecuada para el cuidado de las heridas.
  - 654011 Enseñar al paciente y a la familia, a evitar infecciones.
  - 654012 Enseñar el lavado de manos al personal de cuidados.
  - 654020 Instruir al paciente en la técnica correcta del lavado de manos.
  - 654021 Instruir al paciente y familia acerca de los signos y síntomas de infección.
  - 654022 Lavarse las manos antes y después de cada actividad con el paciente.
  - 654033 Mantener técnica estéril.
  - 654035 Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos.
- 6550 Protección contra las infecciones:
  - 655004 Enseñar al paciente a la correcta toma del tratamiento antibiótico que se ha prescrito.
  - 655015 Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor externo o drenaje de la piel.
  - 655020 Observar los signos y síntomas de infección sistémica localizada.

Ansiedad relacionada con cambio en rol: estado de salud, los patrones de interacción, funciones del rol, entorno y situación, manifestado por temor.

## DIAGNOSTICO NANDA 00146. ANSIEDAD

### Características definitorias

- Temor

### Factores relacionados

- Cambio en: rol, estado de salud, los patrones de interacción, funciones del rol y entorno.

### Resultados NOC

- 1211 Nivel de ansiedad
- Indicadores:
- 121101 Desasosiego

- 121002 Impaciencia.
- 121103 Manos húmedas.
- 121104 Distrés.
- 121105 Inquietud.
- 121106 Tensión muscular.
- 121107 Tensión facial.
- 121108 Irritabilidad.
- 121109 Indecisión.
- 121111 Conducta problemática.
- 121112 Dificultad para la concentración.
- 121113 Dificultad para el aprendizaje.
- 121115 Ataque de pánico.
- 121116 Aprensión verbalizada.
- 121118 Preocupación exagerada por eventos vitales.
- 121119 Aumento de la presión sanguínea.
- 121120 Aumento de la velocidad del pulso.
- 121121 Aumento de la frecuencia respiratoria.
- 121129 Trastorno de los patrones del sueño.

### Intervenciones NIC / Actividades

- 5880 Técnicas de relajación:
  - 588001 Mantener contacto visual con el paciente.
  - 588006 Facilitar la expresión de ira por parte del paciente, de una manera constructiva.
  - 588007 Favorecer una respiración lenta y profunda.
  - 588019 Reafirmar al paciente en su seguridad personal.
  - 588020 Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.
  - 588021 Sentarse y hablar con el paciente.

### Resultados NOC

- 1300 Aceptación del estado de salud
- Indicadores:
- 130010 Superación de la situación de salud.
  - 130017 Se adapta al cambio del estado de salud.

### Intervenciones NIC y actividades relacionadas

- 5230 Aumentar el afrontamiento:
  - 523012 Ayudar al paciente a clarificar los conceptos equivocados.
  - 523030 Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.
  - 523034 Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente.
  - 523049 Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.

### ABORDAJE DE LA HERIDA QUIRÚRGICA: TECNICAS DE ENFERMERÍA

Se realiza además exploración física en la que encontramos herida abierta, en la zona sacrococcígea (pliegue interglúteo), con las siguientes características:

- Incisión en zona interglútea, de 6 cm de diámetro por 5 cm de profundidad, de forma cavitada ascendente. Tejido de granulación, con ligero sangrado al roce.
- Incisión en zona glútea izquierda, con 3 puntos de sutura que se une con la anterior.

Proceso de atención de enfermería: cicatrización por segunda intención de sinus pilonidal, mediante cura húmeda con hidrofibra de hidrocoloide ionizada con plata

El paciente no presenta signos ni síntomas de infección local. (Ilustración 1: inicio del tratamiento)



Al encontrarnos con un paciente diabético tipo I, insulino dependiente, y aun sin existir signos de infección local, decidimos utilizar apósitos con iones de plata porque el riesgo de padecerla y descompensar el proceso de base era alto.

Se establece pauta de curas diaria, debido al volumen profuso de exudado de la herida, así como la localización de la misma en la zona interglútea. Durante la semana se realiza en la consulta del equipo de atención primaria (EAP), y los fines de semana en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), quedando registrada la valoración, ejecución de la cura y evaluación en el aplicativo informático destinado para ello (OMI).

#### MATERIAL CURA

- Paño estéril fenestrado desechable.
- Guantes estériles.
- Tijeras de mayo rectas.
- Pinzas de disección.
- Povidona yodada.
- Gasas.
- Compresas de gasa.
- Hidrogel.
- Apósito de hidrofibra de hidrocoloide ionizado con plata.
- Apósito oclusivo.
- Suero salino fisiológico 0,9%.
- Rasuradora desechable.

Mediante técnica estéril se procede a la preparación del campo estéril, una vez que el paciente se sitúa en decúbito prono en la camilla de la consulta. Se procede a la limpieza de la herida por arrastre con suero salino fisiológico al 0.9 %. A continuación, se seca la herida con gasas estériles, usando pinzas de disección. Se favorece el ligero sangrado al roce de la gasa. En la zona perilesional se aplica povidona yodada para evitar la contaminación de la herida. En la cavidad quirúrgica se aplica hidrogel, rellenado el 50 por ciento de la cavidad de la herida y apósito de hidrofibra de hidrocoloide con iones de plata, ocluyendo así la cavidad. La herida se tapona además con gasa es-

téril (pañó de vientre) y apósito adhesivo (Ilustración 2: semana 3 –previa cura y rasurado–).



Se instruye al paciente y a su familiar, en el cuidado de la herida quirúrgica, y se le pide que si a lo largo del día, rebosa el exudado, o se mancha por las deposiciones o cualquier otra causa, realice de nuevo la cura en su domicilio.

Durante el primer mes de curas, el paciente debe cambiar los apósitos en cinco ocasiones en su domicilio, a causa del manchado de las gasas externas, sin complicaciones, y acude al SUAP, en una ocasión durante la noche por sangrado abundante de la herida, que se soluciona de forma espontánea.

Una vez que el exudado va desapareciendo, se reduce la cantidad de apósito de hidrofibra de hidrocoloide con iones de plata, así como la frecuencia de las curas evitando levantar la cura de forma tan habitual como en las primeras semanas. De esta forma el paciente acude al centro de salud a días alternos a realizarse la cura (Ilustración 3: semana 8).



## 5.– RESULTADOS

El proceso de cicatrización termina el nueve de abril, dos meses y medio después de la primera consulta.

Durante este periodo, el paciente fue constante en el aprendizaje y mantenimiento del lecho ulceral limpio, así como en la higiene perianal.

Se mantuvo la herida limpia, libre de sobreinfecciones durante todo el periodo, consiguiendo una cicatrización rápida.

La cicatriz quedó plana, y sin signos de recidiva un año después.

## 6.– DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

La elección de apósito de hidrofibra de hidrocoloide con iones de planta, en un paciente con riesgo de padecer infección de la herida por su patología de base ha resultado eficaz, al no aparecer durante el proceso de cicatrización, signos ni síntomas de infección local y/o sistémica.

La cura húmeda ha demostrado su eficacia, en el tratamiento de heridas que cierran por segunda intención, aumentando la confortabilidad del paciente, disminuyendo el tiempo

de cicatrización y evitando la colonización de la misma, frente a otros métodos utilizados en el tratamiento del sinus pilonidal.

La valoración de enfermería siguiendo los patrones funcionales de M. Gordon, establecieron una serie de Diagnósticos de Enfermería que permitieron establecer criterios de resultados e intervenciones de enfermería que ayudaron al paciente a solucionar los problemas reales y potenciales de salud.

Las intervenciones de enfermería, ayudaron al paciente a disminuir el nivel de ansiedad, que la propia herida causaba en su aspecto y las relaciones con el entorno y a controlar los signos y síntomas de infección de la misma.

El proceso de atención de enfermería ha demostrado una vez más ser una herramienta eficaz en la solución de la disfuncionalidad de los patrones de vida del paciente.

## 7.– ASPECTOS ÉTICOS

Se ha pedido consentimiento verbal al paciente, sobre el estudio que se va a realizar, así como para la toma de fotografías.

Asimismo, se ha puesto en conocimiento del responsable del centro la puesta en marcha del estudio.

## 8.– BIBLIOGRAFÍA

1. Hull TL, Wu J. Pilonidal disease. *Surg Clin North Am.* 2002;82(6):1169-1185.
2. Velasco AL, Dunlap WW. Pilonidal disease and hidradenitis. *Surg Clin North Am.* 2009;89(3):689-701
3. Hidalgo Grau LA, Badía Pérez JM, Prats Maeso M, Gubern Nogués JM, Heredia Budó A. Tratamiento del sinus pilonidal en régimen de cirugía sin ingreso: resultados postoperatorios inmediatos. *Cir Esp.* 2000;68:44-66.
4. Grupo de Trabajo del GNAUPP. Manual de heridas Crónicas. Cuenca 2009
5. Grupo de trabajo de úlceras crónicas. Manual de prevención y cuidados locales de heridas crónicas. Servicio Cantabro de Salud. Enero 2011.
6. Ramiro Bolaños C. Cicatrización por segunda intención mediante cura húmeda de un sinus pilonidal intervenido quirúrgicamente. *Rev ENE Enferm.* 2009 abr. 3(1):25-31
7. Cosano Sojo C, Baños Martín P, Ferreiro Fernández C, Cabello Hidalgo C, Vélez Guzón C. Estudio de la efectividad de un tratamiento fisiológico con un apósito bioactivo con carga iónica en heridas postquirúrgicas de sinus pilonidal que cierran por segunda intención. *Sensus monografías (Supl Sensus Enfermería).* 2006 ene. 15:1-77
8. Celma Vicente M, Guirado Olmo C, Alcalá Peñas S, Marfil Ruiz R. Plan de cuidados estandarizado para el postoperatorio de cirugía perianal ambulatoria. *Metas Enferm.* 2005 jun. 8(5):65-71
9. Katime I, Katime O. Los materiales inteligentes de este milenio: los hidrogeles macromoleculares. Servicio editorial de la Universidad del País Vasco. Bilbao 2004
10. Alfaro LeFevre R. Aplicación del proceso de enfermería. 3ª Ed. Madrid: Mosby;1996.





# Experiencia comunitaria. Educación para la Salud (EpS) a grupos terapéuticos

*Se presenta una experiencia comunitaria realizada en el contexto de los convenios de colaboración entre el Colegio de Enfermería de Cantabria con diversas instituciones de la Comunidad Autónoma de Cantabria y, en este caso, con la Fundación Proyecto Hombre.*

*Dicha experiencia, bajo el título 'Educación para la Salud a grupos terapéuticos'. Será publicada en dos partes:*

*La primera, en este número 8 de Nuberos Científica contiene los temas de:*

*1. Autocuidados en hábitos de vida saludables y en una sexualidad responsable y saludable.*

*La segunda parte, será publicada en NC9 con los temas de:*

*2. Autocuidados y cuidados en sustancias psicoactivas y en primeros auxilios.*

*Los cuatro temas conforman el conjunto de las intervenciones de enfermería orientadas a la salud integral de las personas pertenecientes a los grupos terapéuticos (como población diana) de dicha Fundación.*





FUNDACIÓN de  
la ENFERMERÍA  
de CANTABRIA

ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

**Nuberos Científica**

[www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica](http://www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica)



# Educación para la Salud (EpS) sobre autocuidados en hábitos de vida saludable

**Autores:**

**Nuria Sánchez Avello<sup>(\*)</sup>**

*Diplomada en Enfermería.*

**M<sup>a</sup> Elena García Campo**

*Diplomada en Enfermería. Unidad de Medicina Interna de la Residencia Cantabria*

*(\*)Dirección para correspondencia:  
[nuria\\_atle@hotmail.com](mailto:nuria_atle@hotmail.com)*

Recibido: Octubre 2012  
Aceptado: Octubre 2012

**RESUMEN**

Se trata de una actividad de enfermería, concretamente de EpS sobre hábitos de vida saludables, en el contexto de un proyecto que surge como respuesta a la demanda realizada por la Fundación Proyecto Hombre. El conjunto de intervenciones se dirigieron a atender a grupos terapéuticos de dicha Fundación.

Los hábitos saludables son esenciales para la vida y, más si cabe, para la convivencia.

La metodología empleada y los contenidos fueron impartidos partiendo de métodos didácticos sencillos con el objetivo que fueran asimilados y pudieran aplicarse de inmediato. Los temas tratados se refieren a alimentación, higiene y ejercicio físico.

Los resultados demostraron que los conocimientos fueron asimilados y conductas aplicadas.

**Palabras clave:**

- Alimentación.
- Higiene.
- Ejercicio físico.
- Educación para la salud.
- Grupos terapéuticos

**ABSTRACT**

It is an health education nurse activity that it is about health living habits within the context of a project which appears in response to demand made by the "Fundación Proyecto Hombre".

A number of interventions were aimed at taking care of therapeutic groups of that Foundation.

Healthy habits are essential for life, even more for living together.

The methodology and the contents were given following a teaching and simple methods in order to be easily assimilated and they could immediately be implemented. Topics are related to food, hygiene and exercise.

The resulted showed that knowledge were assimilated and behaviours were applied.

**Keywords:**

- Food.
- Hygiene.
- Exercise.
- Health education practice.
- Psychotherapy groups.

**1.- INTRODUCCIÓN.**

Los hábitos saludables son esenciales para la vida y, más si cabe, para la convivencia. En este tema se ha incluido aspectos sobre: alimentación, higiene, y ejercicio físico y a modo de introducción se puede indicar son pilares básicos para el mantenimiento de una vida saludable.

Además, estas actividades forman parte de las actividades básicas de la vida diaria y como parte fundamental de ella se tendrá en cuenta una serie de actitudes, aptitudes y conocimientos que conducirán a asimilar unos hábitos saludables como parte de un nuevo estilo de vida.

Para el desarrollo del contenido es preciso comenzar desde los pilares más básicos del día a día que desde pequeños han sido inculcados. Quizá debido al estrés cotidiano o a la falta de tiempo o en su defecto, la propia organización de cada persona no permite llevar a cabo el autocuidado en detrimento de la propia persona y de su salud.

Dentro de lo que se ha comentado anteriormente resulta importante resaltar el autocuidado como fundamento de este proyecto. En principio, el cuidar como acción de supervivencia, es consustancial a todas las especies del reino animal; en relación a otros seres vivos, es que el primero tiene la capacidad de realizar las acciones conscientemente mientras que otras especies lo hacen instintivamente. Las personas hacen actividades de cuidados dirigidas a satisfacer sus necesidades de supervivencia: comer, beber, respirar, eliminar, descansar, moverse, protegerse, el cuidado personal y otras.

El déficit de autocuidado en tareas tan básicas como la higiene o el aspecto físico puede llevar a que las personas que observan emitan un juicio de valor poco apropiado a la realidad

del otro; además de abocar a un estado poco saludable con numerosas consecuencias para la persona desde un punto de vista holístico y de su salud.

En la bibliografía consultada<sup>1,2</sup> se han encontrado continuas menciones a un estilo de vida saludable con tan solo modificar aspectos tan básicos como la propia higiene, la alimentación, y el ejercicio físico, para poder proyectar un aspecto saludable que no acarree una mala primera impresión hacia los demás.

**2.- OBJETIVOS**

**Objetivo general:**

Fomentar los conocimientos, las actitudes y las habilidades precisos para asumir con satisfacción el manejo y control del autocuidado.

**Objetivos específicos:**

- Explicar los conceptos de un correcto autocuidado.
- Aprender a identificar los signos y síntomas de un manejo ineficaz del autocuidado.
- Enseñar higiene del cuerpo, buco dental y especialmente de las manos.
- Enseñar conceptos de nutrición y alimentación.
- Explicar la necesidad de ejercicio diario.

**3.- METODOLOGÍA**

La población a la que se dirige son grupos terapéuticos de la Institución Proyecto Hombre, aproximadamente unas 15 perso-

nas, entre los que se encuentran algunos de sus tutores y otras personas voluntarias de la institución.

La actividad se desarrolló durante los meses de marzo de 2012, en 2 sesiones de 90 minutos, en el salón multiusos que dispone la institución.

La metodología se basó en una parte teórica y una parte práctica en formato taller.

La parte teórica, se impartió de forma interactiva utilizando recursos informáticos y proyector. En cualquier momento los participantes podían expresar sus dudas e inquietudes de forma que a la vez que iban recibiendo la información también iban aclarando dudas y despejando falsos mitos a cerca de la alimentación, el ejercicio físico y la higiene.

Los contenidos en los que se dividió la parte teórica fueron:

- Conceptos de salud e higiene y la relación entre ambos.
- Hábitos higiénicos-dietéticos.
- Correcto lavado de manos.
- Ejercicio físico como actividad cotidiana.

La parte práctica o taller, además de hacer la jornada más atractiva, pretendía que el mismo grupo manejara y utilizara toda la información que habían recibido en esos 2 días para que se afianzaran de una forma interactiva y dinámica los conocimientos, aptitudes y habilidades.

Se hizo mayor insistencia en los diferentes pasos del lavado de manos, donde todos mostraron la forma correcta de hacerlo, tras la explicación práctica de las docentes.

La teoría de los contenidos dietéticos, se reforzó también con una parte práctica, donde se dividió a los participantes en 3 grupos para que diseñaran un menú saludable. Posteriormente, y a través de un juego, ilustraron una pirámide nutricional ayudándose de fichas que representaban alimentos.

La última parte de la teoría, que era la correspondiente al ejercicio físico se reforzó con diverso material informativo, donde se explicaba con claridad la posición corporal para realizar deporte. Se proporcionó una pequeña guía que recogía diferentes ejercicios para mejorar la musculatura de la espalda y un plan de entrenamiento para iniciar el ejercicio de forma continuada y sin riesgos en una persona adulta.

## 4.- RESULTADOS

Los asistentes variaron en los 2 días que impartimos el taller; fueron 8-9 personas más los 2 monitores del centro. Las sesiones se realizaron según lo previsto. Cabe destacar la disciplina demostrada en este caso, por la puntualidad de los asistentes.

Se explicaron los objetivos detallados, con una participación constante de todos los asistentes, realizando preguntas de los diversos temas y resolviendo dudas de su vida diaria.

El ambiente fue coloquial, ayudando positivamente la cercanía tanto de las docentes como de los propios asistentes, ya fuese por la forma de impartir el contenido, de manera sencilla y práctica, como por la edad próxima entre los asistentes y docentes que hizo que percibieran empatía.

El grupo de asistentes, se caracterizaba por tener experiencias en dinámicas grupales, por su destreza y habilidades a la hora de plantear observaciones y dudas.

Se debes resaltar la disposición de los asistentes a recono-

cer, aceptar y corregir errores respecto a sus propios hábitos, especialmente en cuidados buco-dentales y en lavado de manos.

Se logró, gracias a los talleres prácticos, discernir entre lo incorrecto y lo que "se debe realizar", demostrando de este modo errores de costumbre. Así también se tuvo en consideración sus propios gustos y necesidades.

Respecto al ejercicio como cuidado diario, 5 de los asistentes lo realizaban, como rutina diaria consecuencia de que lo tenían incluido dentro de su plan de rehabilitación.

No obstante se indicó de manera individualizada, lo que desde un punto de vista saludable correspondía a cada uno de los asistentes teniendo en cuenta su actividad deportiva diaria y sus condicionantes para la realización del ejercicio.

## 5.- DISCUSIÓN

En la intervención se ha encontrado algunos mitos arraigados como consecuencia del desconocimiento y de la desinformación existente. Se entiende que 'no todo vale' especialmente lo referido a los temas del cuidado y del autocuidado. Por esta razón, es preciso demostrar de manera práctica los errores para que la persona sea capaz de discernir entre lo incorrecto que forma parte de sus mitos y lo saludable.

Respecto a esto, se debe actuar con la prudencia y el tacto precisos, para corregir habilidades sin que la persona se sienta molesta.

Como es sabido los mitos se adquieren desde temprana edad en las personas y se van conformando a través de diversas fuentes de información que para el receptor son de prestigio, están arraigados y son de difícil modificación.

Existen diversos mitos en relación con los hábitos saludables. En la dinámica grupal se ha tenido que desmitificar con demostraciones prácticas. No se debe dar por hecho que en estos grupos, que además conviven, los autocuidados básicos se realizan saludablemente.

El logro del cambio, como resultado positivo se obtiene con la provisión de herramientas para la modificación de conductas.

## 6.- CONCLUSIONES

Para los docentes del proyecto, esta experiencia ha supuesto la adquisición de nuevos conocimientos, experiencia grupal y comunitaria y aprendizaje en dinámicas grupales.

Para los propios asistentes, con la intervención se ha logrado la modificación de conceptos y conductas sobre los temas tratados.

La intervención ha sido enriquecedora para docentes, asistentes y para las dos instituciones (Fundación Proyecto Hombre y Colegio de Enfermería de Cantabria) por diversas razones obvias y otras que se han puesto de manifiesto en los resultados y discusión de este manuscrito.

## 7.- ASPECTOS ÉTICOS

El manuscrito cumple con los requisitos éticos indicados en las normas de publicación de Nuberos Científica. Además, posee la



Proyecto de Educación para la Salud (EpS) sobre autocuidados en hábitos de vida saludables.

autorización de la Fundación Proyectos Hombre Cantabria para su publicación.

Las autoras del manuscrito manifiestan no tener conflictos de intereses.

---

## **8.- BIBLIOGRAFÍA**

1. Hernández M. Sastre A. Estructura y metabolismo de los carbohidratos En: Tratado de Nutrición. Madrid: Díaz Santos; 1999. p 84-88.
2. Martínez M. Sánchez A. Alimentación y salud pública En: Estilos de vida y salud pública. Pamplona. Díaz Santos; 2004. p. 181-206
3. Cuervo M. Ruiz A. Dieta Basal y dieta para control de peso En: Fundamentos Alimentación Hospitalaria. Madrid: Díaz Santos; 2008. P. 104-149
4. París M. Begoña. Gabela R. Delia. Profesionales de Enfermería en los colegios: una experiencia innovadora. Nuber Científ. 2012;1(7):70-75



FUNDACIÓN de  
la ENFERMERÍA  
de CANTABRIA

ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

**Nuberos Científica**

[www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica](http://www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica)



# Educación para la Salud (EpS) sobre autocuidados en una sexualidad responsable y saludable

**Autores:**

**Sara Díez Iglesias<sup>(\*)</sup>**

*Diplomada en Enfermería.*

**Ángela Lombera Torre**

*Diplomada en Enfermería.*

<sup>(\*)</sup>*Dirección para correspondencia:  
[saranaty@hotmail.com](mailto:saranaty@hotmail.com)*

Recibido: Noviembre 2012

Aceptado: Diciembre 2012

**RESUMEN**

La Educación para la Salud (EpS), desde la perspectiva, la Educación Sexual es un aspecto de gran importancia en la formación integral de las personas, más allá del conocimiento puramente biológico, psicológico y social; entendiendo la sexualidad como dimensión humana, fuente de salud, placer y afectividad<sup>1</sup>.

En este proyecto de educación para la salud se va a centrar en las conductas sexuales, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y su prevención (sexo seguro), el uso y funcionamiento de los diferentes métodos anticonceptivos y el aborto.

El Objetivo general es dotar a los usuarios de los conocimientos, habilidades y actitudes para tomar libremente decisiones sobre sexualidad, creando un espacio idóneo para debatir y dialogar sobre sexualidad, las relaciones interpersonales y la salud sexual.

Metodología: taller realizado en dos sesiones de hora y media cada uno por dos profesionales de enfermería.

Resultado: participaron 11 usuarios de la institución de Proyecto hombre, coincidiendo en la necesidad de recordar la importancia de la educación sexual.

**Palabras clave:**

- Educación sexual.
- Enfermera.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Anticoncepción.
- Grupos terapéuticos.

**ABSTRACT**

Sexual education from health education perspective, is a very important since the point of view of the comprehensive training of persons, beyond a purely biological, psychological knowledge. The sexuality is understood as an human dimension which is a source of health, pleasure and affectivity.

This health education project is going to focus on sexual behaviors, sexually transmitted infections and their prevention (safe sex), the use and the operation of different temporary methods of birth control and the abortion.

The main objective is to provide people with the knowledge, skills and attitudes in order to take free decisions regarding sexuality. An ideal space was established to discuss and debate the sexuality, relationships and sexual health.

Methodology: Two nurses made a workshop divided into two sessions of one hour and a half each.

Result: Eleven persons from "Proyecto Hombre" institution participated in the study at the same time there was the necessity of recalling the importance of sex education.

**Keywords:**

- Sex education.
- Nurse.
- Sexually transmitted diseases.
- Contraception.
- Psychotherapy groups.

**1.- INTRODUCCIÓN - JUSTIFICACIÓN**

Al referirse a la educación sexual se ha de tener una visión completa de la complejidad del ser sexuado, y partir de la consideración de que la sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo personal pleno depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas, como el deseo de contacto, de intimidad, la expresión emocional, la búsqueda del placer, la ternura y el amor. Asimismo, se ha de tener presente que la sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales, y que el desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social<sup>2</sup>.

La definición de Salud Sexual se enuncia por la OMS en el año 2002 como *"estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia"*<sup>3</sup>.

La Educación para la Salud (EpS) es un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo.

La EpS tiene la finalidad global de influir positivamente en el

bienestar físico y psíquico de la persona. Este propósito ha orientado los objetivos de prevención de la enfermedad primero y de capacitación y promoción de la salud después.

Desde esta perspectiva, la Educación Sexual es un aspecto de gran importancia en la formación integral de las personas, porque va más allá del conocimiento puramente biológico, psicológico y social; entendiendo la sexualidad como dimensión humana, fuente de salud, placer y afectividad<sup>3</sup>.

Este proyecto de educación para la salud se centra en las conductas sexuales, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y su prevención (sexo seguro), el uso y funcionamiento de los diferentes métodos anticonceptivos y el aborto.

Cuando se habla sobre los métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual, se ha de apelar a los conceptos de salud y corresponsabilidad y considerar, que el arma más importante es la prevención y el mejor método anticonceptivo es el preservativo, pues evita, a la vez, tanto el embarazo no deseado como las infecciones de trasmisión sexual incluido el VIH-SIDA<sup>4</sup>.

Aunque se debe informar de la totalidad, de los distintos tipos de anticonceptivos que existen y valorando las condiciones de la persona escoger el que más se adecue a sus hábitos sexuales.

Bajo la denominación de infecciones de transmisión sexual (ITS) se engloban un conjunto de patologías de etiología infecciosa que dan lugar a diversos cuadros clínicos y donde la transmisión sexual reviste un especial interés epidemiológico puesto que

se transmiten principalmente durante las relaciones sexuales<sup>3</sup>.

Desde la segunda mitad de los años noventa el número de estas infecciones se ha incrementado considerablemente. Estas infecciones todavía suponen una amenaza para la salud y el bienestar, a pesar de la creencia tan extendida entre la población, de que las ITS son algo del pasado en los países desarrollados.

## 2.- OBJETIVOS

### Objetivo general:

Dotar a los usuarios de los conocimientos, habilidades y actitudes para tomar libremente decisiones sobre sexualidad, creando un espacio idóneo para debatir y dialogar sobre sexualidad, las relaciones interpersonales y la salud sexual.

### Objetivos específicos:

- Enseñar los diversos métodos anticonceptivos, sus ventajas y desventajas.
- Proporcionar conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual y riesgos en las relaciones sexuales no protegidas, embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.
- Reconocer las situaciones de riesgo del comportamiento sexual. Promover el uso del preservativo.
- Informar sobre los recursos existentes en la Comunidad Autónoma de Cantabria, tales como de información y ayuda verbal en las personas e instituciones que tienen competencia para ello. Situación del aborto en la Comunidad Autónoma de Cantabria.

## 3.- METODOLOGÍA

El taller de educación para la salud (EpS) sobre autocuidados en una sexualidad responsable y saludable se orientó a los grupos terapéuticos de la Institución Proyecto Hombre, participando once personas, entre las cuales se encontraban dos tutoras.

El taller se desarrolló en el mes de marzo de 2012, en dos sesiones de 90 minutos, en el salón multiusos que dispone la institución, con los recursos informáticos y proyector necesarios para las exposiciones.

La metodología se basó en sesiones teórica-prácticas, con la participación activa de los asistentes. En la primera sesión se trató los temas de: vida sexual protegida; anticonceptivos y métodos barrera; mitos sobre el uso del preservativo. En la segunda sesión los temas a tratar fueron las distintas infecciones de transmisión sexual y su prevención, haciendo especial hincapié, por su importancia, en el VIH/SIDA.

Para finalizar el taller, se realizó el juego de las tarjetas. Este juego pretendía dar a conocer la facilidad de transmitir y contagiarse de las infecciones sexuales, para promover el conocimiento sobre las mismas y para promocionar el uso del preservativo, de un modo más dinámico y divertido.

Para reforzar los conocimientos aprendidos, al terminar cada sesión se hizo entrega de un tríptico (ANEXOS I y II) con la información más importante resumida y se suministró preservativos, a modo de muestra, para promover el sexo seguro.

Al finalizar los dos talleres se repartió un cuestionario (ANEXO III) de evolución de la actividad que fue rellenado por los asistentes.

## 4.- RESULTADOS

Se extrajeron a través del cuestionario de satisfacción y a través de la observación directa de las docentes. Fueron los siguientes:

- El total de usuarios fue de nueve. La edad comprendida entre los 26-35 años de ellos ocho varones y una mujer.
- Los asistentes, en su mayoría, consideran haber recibido información previa sobre el taller y sus objetivos. Refieren que el nivel de las exposiciones responde a sus expectativas.
- Han aprendido nuevos conocimientos actualizados y de su interés, se sienten satisfechos con la docencia impartida que le será de utilidad en el futuro.
- A través de la observación directa los docentes percibieron que los usuarios se mostraron educados, respetuosos y participativos en el debate de los talleres, con aportaciones de interés para todo el grupo.
- Se percibió, además, que los conocimientos previos de los que disponían, algunos veraces y otros erróneos que, evidentemente, se tuvieron que corregir, hacían referencia a sus vivencias personales y a otras cercanas a ellos.
- Desde el punto de vista de las docentes el taller se tradujo en una experiencia de salud comunitaria. En él se pudo desarrollar la dimensión docente de la enfermería profesional y desde ambas dimensiones se logró empatizar con los miembros del grupo.

## 5.- DISCUSIÓN

Es conocido por los profesionales, que las actividades de educación para la salud orientadas a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, resultan eficaces para que los ciudadanos posean un nivel óptimo de salud<sup>3</sup>.

Partiendo de la anterior afirmación, consideramos que este taller ha resultado enriquecedor para el grupo al que va dirigido así como para los profesionales.

Los conocimientos previos de los que el grupo disponían, podían ser debidos a vivencias personales en otros centros o personas cercanas a ellos.

Es aconsejable repetir los talleres con cierta periodicidad para reforzar conocimientos e intentar modificar conductas si fuera preciso.

## 6.- CONCLUSIONES

La aportación que la enfermería profesional puede ofrecer a grupos similares es de información, asesoramiento sobre autocuidados, en este caso, hacia una sexualidad responsable y saludable.

La singularidad de este proyecto es su orientación a un grupo específico de la población.

## 7.- ASPECTOS ÉTICOS

El manuscrito cumple con los requisitos éticos indicados en las normas de publicación de NC, posee la autorización de la Fundación Proyecto Hombre Cantabria para su publicación y las autoras del manuscrito manifiestan no tener conflictos de intereses.



8.- BIBLIOGRAFÍA

1. Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: 2006-2015: romper la cadena. OMS. ISBN 978 92 4 356347
2. Adelina Lena O, et al. Guía para la educación afectivo- sexual en la ESO "Ni ogros ni princesas" [en línea]. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Disponible en: [http://tematico.asturias.es/imujer/upload/documentos/guia\\_no\\_ogros\\_ni\\_princesas1069.pdf](http://tematico.asturias.es/imujer/upload/documentos/guia_no_ogros_ni_princesas1069.pdf) [Fecha de consulta: 28 Enero de 2012]
3. Borrel Martínez J.M, et al. Guía de buena práctica clínica en Infecciones de transmisión Sexual. Atención primaria de calidad. Madrid. Organización médica colegial de España. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. ISBN: 978-84-694-4798-7.
4. Las enfermedades de transmisión sexual. Salud IV. Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. Págs 17-21. Guía Métodos Anticonceptivos Sociedad Española de Contracepción.MSD.

ANEXO I.

**MITOS Y REALIDADES DEL USO DEL PRESERVATIVO**

**Mito 1: "Usar condón no es seguro"**  
**Falso:** El condón de látex ofrece una seguridad del 98% contra la infección del VIH y de 97% contra los embarazos si se utiliza de la manera correcta.

**Mito 2: "Los condones se rompen mucho"**  
**Falso:** Menos del 2% de condones se rompen cuando los usan correctamente.

**Mito 3: "Soy alérgico al látex de los condones"**  
**Falso:** Pueden usar los condones de polímeros.

**Mito 4: "No me pongo condón porque ninguno me queda"**  
**Falso:** Pueden usar condones por talla, desde la más pequeña hasta la más grande.

**Mito 5: "El mejor lugar para guardar un condón es el bolsillo"**  
**Falso:** Los preservativos deben de conservarse en lugar fresco y seco, no expuestos a condiciones extremas.

**Mito 6: "Con dos condones estoy más protegido"**  
**Falso:** La fricción entre el látex de ambos preservativos facilita que se rompan.

**PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD (EPS) SOBRE AUTOCUIDADOS EN UNA SEXUALIDAD**

**Métodos anticonceptivos**



**Colegio Oficial de Enfermería**

C/ Cervantes nº 10, 2º  
 39001 - Santander  
 Teléfonos: 942 319720 / 696433625  
 Fax: 942 22 46 31

Email: [info@colegioenfermeria.es](mailto:info@colegioenfermeria.es)

**PROYECTO HOMBRE**

Proyecto Hombre Cantabria  
 C/ Isabel la Católica, 8. 39007 SANTANDEER.  
 Tf: (942) 23 61 06. Fax: (942) 23 61 27.

Email: [phcantabria@proyecto.org](mailto:phcantabria@proyecto.org)




## PRESERVATIVO

**¿Qué es el preservativo?**

Es una funda generalmente de látex muy delgada que se coloca sobre el pene erecto antes de la penetración y se utiliza durante toda la relación sexual.

Además de evitar el embarazo, es el único método anticonceptivo, que ayuda a prevenir el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. Por eso debe usarse durante la penetración vaginal o anal, y durante las prácticas del sexo oral.

**¿Es eficaz el preservativo para evitar la transmisión del VIH?**

Sí. Los preservativos son una forma eficaz de protección frente al VIH y otras ITS siempre que se usen de forma correcta y sistemática en todas las relaciones sexuales con penetración (vaginal, anal u oral).

**¿Es efectivo el uso del preservativo?**

Sí, el preservativo es un 98% efectivo, siempre que se use correctamente.

**Uso correcto del preservativo**

- Abrir el preservativo con cuidado de no dañarlo con uñas, anillos y dientes.
- Comprobar hacia que lado hay que desarrollarlo.
- Colocar el preservativo sobre el pene en erección, antes de cualquier penetración vaginal, anal u oral.
- Presionar la punta del depósito del preservativo para expulsar el aire y dejar espacio para el semen. Desrollar el preservativo hasta cubrir completamente el pene.

**Uso durante la penetración**

- Usarlo durante toda la penetración. Se aconseja lubricar el preservativo con un poco de aceite para facilitar la penetración. Muchos ya vienen con el lubricante incorporado ( siempre lubricantes a base de agua).
- Después de eyacular, antes de que la erección disminuya, hay que retirar el pene sujetando el preservativo por la base.
- Comprobar que no se ha roto (llenándolo de agua o presionando el depósito), anudarlo y tirarlo a la basura, nunca al WC ni a la calle.

**Importante**

- Despreocuparse en farmacias, o en otros lugares que ofrecen garantía.
- Despreocuparse que estén en buen estado, la fecha de caducidad y que estén homologados por la autoridad sanitaria y con marcado CE.
- Preocuparse del color, la luz y la humedad excesiva (ya con los cambios y las garras de los coches, los cambios de temperatura los pueden dañar).
- Guardarlos en lugares frescos y secos.

ANEXO II.

<b>Prevención</b>	<b>¿Donde puedo acudir?</b>	<p><b>La información de hoy es el arma de prevención para mañana</b></p> <p>LO QUE DEBO SABER SOBRE ITS Y VIH/SIDA</p>  
<p><b>Consejos de Prevención</b></p>  <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usa <b>CONDÓN</b> cada vez tengas relaciones sexuales. Principal método de prevención.</li> <li>2. Si además de usar condón, uso lubricante, asegúrese de que este no sea hecho a base de aceite (vaselinas), pueden debilitar el material del condón. Se recomienda los hechos a base de agua o K-Y jelly.</li> <li>3. Lave el área genital con agua y jabón después de tener relaciones sexuales. Ayuda a eliminar parásitos y otros gérmenes.</li> <li>4. Orine después de tener sexo. Ayuda a eliminar gérmenes que han entrado al tracto urinario.</li> <li>5. Evite tener relaciones sexuales durante la menstruación, es un periodo susceptible para transmitir y contraer ITS.</li> </ol>	<p><b>LA CAGIGA</b> Centro de Orientación Familiar C/Vargas 57. 6ª Planta Santander 942202619</p> <p><b>CAVAS</b> Centro de asistencia a víctimas de agresiones sexuales Avda. Reina Victoria 33 Santander 942219500 (Atención las 24 horas) <a href="mailto:cavascon@teleline.es">cavascon@teleline.es</a></p> <p><b>Información sobre el SIDA</b> 900111000</p> <p><b>ACCAS</b> Asociación Cantabria Antisida C/ Ruiz Zorrilla 12 Santander 942313232 <a href="mailto:atapid@antacna.org">atapid@antacna.org</a></p> <p><b>Reporte Gratuito de Preservativos</b></p> <p><b>Consejo de la Juventud</b> Daoiz y Velarde 13, Entlo. Izda. 942221722</p> <p><b>La Cagiga</b> Vargas 57. 6ª Planta 942202619</p> <p><b>ACCASS</b> Ruiz Zorrilla 12. 942313232</p> <p><b>"Píldora del Día después"</b> Se entrega gratuitamente en todos los centros de salud en su horario habitual. Cuando estén cerrados, en fin de semana o festivo.</p>	

<b>ITS</b>	<b>VIH/SIDA</b>	<b>VIH/SIDA</b>																																
<p><b>¿Qué son las infecciones de transmisión sexual, ITS?</b></p>  <p>Son infecciones producidas principalmente por bacterias, virus, hongos y parásitos que tienen en común la transmisión por vía sexual, es decir son transmitidas de una persona a otra durante las relaciones sexuales vaginales, anales u orales.</p> <p><b>Las ITS más frecuentes son.</b></p> <table border="0"> <tr> <td>Sífilis</td> <td>Condilomas</td> </tr> <tr> <td>Gonorrea</td> <td>Ladillas</td> </tr> <tr> <td>Clamidia</td> <td>Herpes genital</td> </tr> <tr> <td>Cándida</td> <td>Trichomonas</td> </tr> </table> <p><b>¿Cómo saber si se tiene una ITS?</b></p> <p>Los síntomas más comunes son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Secreciones por la uretra (hombres)</li> <li>• Flujo vaginal amarillento (mujeres)</li> <li>• Escocer o ardor al orinar, así como orinar con más frecuencia.</li> <li>• Úlceras, granos, ronchas en la región genital, que pueden ser dolorosas o indoloras</li> <li>• Verrugas, ampollas, picazón o aparición de ganglios en la ingle</li> <li>• Dolor en bajo vientre</li> </ul>	Sífilis	Condilomas	Gonorrea	Ladillas	Clamidia	Herpes genital	Cándida	Trichomonas	<p><b>¿Qué es el VIH?</b> El Sida es una infección causada por el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) Ataca el sistema encargado de protegernos de las infecciones.</p> <p><b>¿Qué es el SIDA?</b> Es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Se da en el momento que la persona infectada con VIH presenta síntomas. El SIDA es la última etapa de la infección y no tiene curación. Con el Sida cualquier infección puede ser mortal si no se trata porque el cuerpo ya no es capaz de defenderse.</p> <p><b>¿Cómo se transmite?</b></p> <p><b>Sexo:</b> con penetración vaginal, anal u oral sin preservativo.</p> <p><b>Sangre:</b> al compartir jeringuillas, utensilios cortantes o que puedan mancharse con sangre.</p> <p><b>De madre a hijo:</b> durante el embarazo, parto o lactancia.</p>  	<p><b>Cómo NO se transmite el VIH</b></p> <table border="1"> <tr> <td style="background-color: red; color: white; text-align: center; font-weight: bold;">NO</td> <td></td> <td>Recepción</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Compartir una bebida</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="background-color: red; color: white; text-align: center; font-weight: bold;">NO</td> <td>Apriete de mano</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="background-color: red; color: white; text-align: center; font-weight: bold;">NO</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="background-color: red; color: white; text-align: center; font-weight: bold;">NO</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="background-color: red; color: white; text-align: center; font-weight: bold;">VIH</td> </tr> </table> <p><b>Cómo se detecta</b></p> <p>Con un <b>ANÁLISIS</b> de sangre.</p> <p>No hay <b>SÍNTOMAS</b> claros. La persona con VIH puede encontrarse bien y tener buen aspecto.</p> 	NO		Recepción				Compartir una bebida			NO	Apriete de mano				NO				NO					VIH
Sífilis	Condilomas																																	
Gonorrea	Ladillas																																	
Clamidia	Herpes genital																																	
Cándida	Trichomonas																																	
NO		Recepción																																
		Compartir una bebida																																
	NO	Apriete de mano																																
		NO																																
		NO																																
			VIH																															

**ANEXO III.**

CUESTIONARIO DE VALORACION DE LA ACTIVIDAD											
Nombre de la actividad:											
Entidad que la organiza:	COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA DE CANTABRIA										
Fecha de cumplimentación:											
<b>Solicitamos su colaboración para hacer una valoración del curso.</b>											
<b>EDAD</b>											
<input type="checkbox"/> hasta 25 años <input type="checkbox"/> de 26 a 35 años <input type="checkbox"/> de 36-45 años <input type="checkbox"/> Desde 46 años											
<b>SEXO</b>											
<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre											
<b>Le rogamos conteste sobre los siguientes aspectos relativos a la actividad que acaba de finalizar.</b>											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;"><b>1</b></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><b>2</b></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><b>3</b></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><b>4</b></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><b>5</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Muy en desacuerdo</td> <td style="text-align: center;">En desacuerdo</td> <td style="text-align: center;">Término medio</td> <td style="text-align: center;">De acuerdo</td> <td style="text-align: center;">Muy de acuerdo</td> </tr> </table>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Término medio	De acuerdo	Muy de acuerdo
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>							
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Término medio	De acuerdo	Muy de acuerdo							
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><b>1</b></td> <td style="text-align: center;"><b>2</b></td> <td style="text-align: center;"><b>3</b></td> <td style="text-align: center;"><b>4</b></td> <td style="text-align: center;"><b>5</b></td> </tr> </table>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>				
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>						
1. He recibido información sobre los objetivos generales del curso	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
2. El curso ha conseguido los objetivos propuestos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
3. Los contenidos del curso han correspondido a los que se esperaba cuando se inscribió	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
4. El nivel de conocimientos con que se han tratado los temas ha sido adecuado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
5. Considera que el curso le ha aportado nuevos conocimientos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
6. La metodología docente de este curso ha sido adecuada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
7. La documentación entregada ha sido útil y de actualidad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
8. El curso ha estado bien organizado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
9. Las condiciones de las aulas y el equipamiento han sido adecuados	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
10. El curso es de interés para su actividad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
11. Recomendaría la asistencia a este curso a sus compañeros/as.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
12. Está satisfecho de haber realizado este curso.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										

Sugerencias de posibles mejoras:

.....

.....

.....





FUNDACIÓN de  
la ENFERMERÍA  
de CANTABRIA

ENFERMERÍA HOSPITALARIA

**Nuberos Científica**

[www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica](http://www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica)



# Valoración del informe de enfermería al alta tras la hospitalización

## **Autores:**

**Elena Rivas Cilleros<sup>(\*)</sup>**

*Diplomadas en Enfermería. Medicina Interna.  
HUMV de Santander*

**Javier Velasco Montes**

*F.E.A. Medicina Interna.  
Hospital San Pedro de Logroño*

**José Carlos López Alonso**

*Fisioterapeuta.  
Hospital Santa Clotilde de Santander*

*(\*)Dirección para correspondencia:  
[elenarivascilleros@hotmail.es](mailto:elenarivascilleros@hotmail.es)*

Recibido: Diciembre 2012

Aceptado: Enero 2013



**RESUMEN**

El informe de alta de enfermería tras la hospitalización representa una oportunidad para continuar con el cuidado y atención dispensados al paciente durante la misma, pero no están claras las características idóneas de dicho informe ni el grado de satisfacción del profesional de enfermería tanto de Atención Primaria como Atención Especializada. Incluso es heterogénea la actitud del personal de enfermería hospitalaria con respecto al informe.

Los objetivos son determinar la satisfacción del personal de enfermería de Atención Primaria y Atención Especializada con dicho informe: relevancia para su trabajo, utilidad del mismo y establecer posibles puntos de mejora en aras de una mejor atención clínica.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, a través de cuestionario, realizado a enfermeras de Atención Especializada y Atención Primaria de Cantabria.

Se puede concluir que los profesionales consideran al actual informe poco útil para planificar los cuidados por no reflejar la información que consideran necesaria. Para mejorar esta situación, proponen poder disponer de más espacio y opciones para dar un enfoque más individualizado que consiga obtener una descripción más precisa de la situación del paciente no sólo en el momento del alta, sino también durante el ingreso.

**Palabras clave:**

- Enfermería de Atención Primaria.
- Enfermería de Atención Especializada.
- Alta Hospitalaria.
- Recogida de datos

**ABSTRACT**

Nursing report after hospitalization represents an opportunity to continue with the care and attention given to the patient during the same one, but there are clear neither the suitable characteristics of the above mentioned report nor the degree of satisfaction of the professional of primary care nursing. Even there is heterogeneous the attitude of the personnel of hospital nursing with regard to the report.

The objectives are to determine the satisfaction of hospital and primary care nursing staff specializing care with the above mentioned report: relevancy for his work, usefulness of the same one and to establish possible points of improvement in altars of a better clinical attention.

We performed a cross-sectional, descriptive study in nurses working in Specializing Care an Primary Care of Cantabria.

It is possible to conclude that the professionals consider that the current report is slightly useful to plan care for not reflecting the information that they consider to be necessary. To improve this situation, they propose to be able to have more space and options to give an approach more individualized that it manages to obtain a more precise description of the situation of the patient not only in the moment of the discharge, but also during the revenue.

**Keywords:**

- Primary Care Nursing.
- Hospital Care Nursing.
- Patient Discharge.
- Data collection.

**1.- INTRODUCCIÓN - JUSTIFICACIÓN**

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso de Atención Enfermería (PAE). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Su principal objetivo es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. La aplicación del PAE durante el periodo que permanece ingresado un paciente demanda una continuidad de cuidados que se detallan en el plan del alta.

Según L.J. Carpenito *"La planificación del alta es un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la administración de unos cuidados sanitarios y asistencia social antes y después de alta. Requiere una acción coordinada y de colaboración entre los profesionales de la salud dentro del centro y la comunidad en general"*. Se inicia durante la hospitalización del paciente y finaliza con la elaboración de un informe a todos los pacientes que al abandonar el hospital precisen cuidados enfermeros y sean transferidos a otros niveles asistenciales. Establece una vía de comunicación que contribuye a potenciar y clarificar el papel del profesional de enfermería en la población a la que atiende<sup>2</sup>. Según Marjory Gordon, la buena comunica-

ción aumenta la posibilidad de que el cuidado enfermero continúe sin interrupción<sup>3</sup>.

Los elementos clave para garantizar el cuidado continuado son difundir, conocer y asumir por parte de los profesionales la atención continuada, tener instrumentos que lo faciliten<sup>4</sup>, establecer un circuito o sistema de coordinación a lo largo de la asistencia, estableciendo los responsables o referentes del proceso en el nivel que se sitúe<sup>5</sup> y evaluar para poder mejorar<sup>6</sup>.

Así como el informe de alta médico es un documento obligatorio dentro de un marco legal, imprescindible para la continuidad asistencial del enfermo ya que asegura un correcto conocimiento de la patología y futuro tratamiento del paciente<sup>7</sup>, el informe de enfermería al alta recoge de forma resumida y estructurada las necesidades del paciente de manera que garantiza la continuidad de los cuidados enfermeros una vez que el paciente es dado de alta del hospital. Además, informa y orienta al paciente, cuidador y profesionales de otros niveles asistenciales como Atención Primaria (AP), hospitales geriátricos de apoyo de media y larga estancia, residencias de ancianos y centros de día.

Si se potenciara el informe de alta hospitalaria como vehículo de continuidad asistencial, nos acercaríamos aún más al objetivo de conseguir una atención integral de la población, y

esto podría repercutir en mejoras de aspectos como la calidad asistencial, el ahorro económico, la disminución de las listas de espera, un alivio en los servicios de urgencias y la reducción de ingresos-reingresos<sup>7</sup>, así como una disminución del tiempo hasta éstos últimos<sup>8</sup>.

El informe de enfermería al alta se comenzó a plantear en los hospitales españoles recientemente en el ámbito del antiguo INSALUD en el año 1989.

En el año 1991 aparece la Cartera de Servicios de INSALUD, como el catálogo de servicios que homogeniza la oferta de los equipos y que a lo largo de su desarrollo ha ido identificando normas mínimas y básicas de la intervención de cuidados de enfermería.

En el año 1999, el contrato de gestión de AP, determina la necesidad de definir planes de cuidados estandarizados para garantizar la utilización de los cuidados de enfermería en la práctica habitual.

Durante los años siguientes se inicia y consolida el proceso transferencial a las diferentes Comunidades Autónomas, reflejándose en diferentes Planes de Calidad la coordinación que ha de existir entre los diferentes niveles asistenciales y la utilidad del informe de enfermería al alta como garantía de la continuidad de los cuidados.

En Cantabria se comenzó a trabajar en esta área en 1998, dentro de los objetivos institucionales de las Comisiones Paritarias –Comisiones de Coordinación de Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE), creadas por la Dirección Territorial del Insalud de Cantabria–. Se evidenció la necesidad de crear una Subcomisión de Enfermería que coordinara los dos niveles asistenciales, ya que resultaba obvio que al finalizar la asistencia hospitalaria de un paciente, persistía la necesidad de cuidados enfermeros, los cuales tras una buena planificación podían quedar especificados en el Informe de Enfermería al Alta. Con este planteamiento se decidió crear un protocolo o guía de actuación profesional y diseñar la Hoja Informe de Enfermería al Alta.

En el Hospital Sierrallana prácticamente todos los registros de enfermería están informatizados gracias al programa GACE-LA (gestión asistencial de cuidados de enfermería línea abierta)<sup>9</sup>, siendo parte inseparable de la historia clínica. Al momento del alta, la enfermera cumplimenta el informe de enfermería al alta, un documento autónomo y oficial que incluye datos de filiación del paciente, fecha de alta, fecha de recepción en AP, procedimiento quirúrgico y tipo, fecha, procedimientos invasivos, alergias y vacunas, así como 10 ítems que corresponden a su vez a 10 necesidades (respiración, circulación, termorregulación, eliminación, movilización, alimentación, tratamiento farmacológico, seguridad, bienestar/confort, socio-sanitaria, piel-mucosa). Tras su realización, se imprimen 3 copias: una destinada al paciente, otra para su enfermera de AP y una tercera que se incluye en la historia clínica. Cabe comentar que es el propio paciente el encargado de hacer llegar a la enfermera de AP la copia que le corresponde.

Según la Evaluación del informe de enfermería al alta del año 2007 realizado por el Servicio de Medicina Preventiva, Calidad y Gestión de Riesgos Clínicos del Hospital Sierrallana, el indicador global de cumplimentación (porcentaje de informes de enfermería al alta con el 75% de los ítems cumplimentados) el valor obtenido fue de 89,6%, lo que indica una tendencia posi-

tiva tanto para los datos clínicos como administrativos destacando por otra parte el alto grado de cumplimentación de estos últimos.

Sin embargo, se observó un descenso en el indicador global cobertura (porcentaje de pacientes con informe de enfermería al alta) situándose en 89,7% siendo la cifra más baja desde el año 2003.

Por tanto, según estos resultados, en la práctica diaria este informe se cumplimenta cada vez mejor pero no se realiza en todas las ocasiones, desconociendo los motivos.

Estudios similares al que proponemos, de diferentes áreas geográficas españolas, demuestran que tanto las enfermeras de AP como las de AE coinciden en la importancia y necesidad de la elaboración de un informe de enfermería al alta y de una adecuada forma de envío hacia el Centro de Salud<sup>10</sup>. La valoración en general del informe suele ser positiva considerando siempre revisiones y actualizaciones periódicas para adecuarlo a su función, así como la unificación y estandarización de las recomendaciones al alta<sup>11,12</sup>. El fax se reconoce como vía válida para la tramitación del informe<sup>13,14,15</sup>.

A nivel internacional, diferentes investigaciones determinan la necesidad del uso de plantillas estructuradas y estandarizadas que ayudan a mejorar el formato y el contenido de la información de los informes de enfermería al alta siendo el modelo electrónico el más funcional<sup>16,17</sup>, incluso proponen instrumentos de auditoría, como el Cat-Ch-Ing EPI, para determinar la fiabilidad y validez de estos informes<sup>18</sup>. Otros demuestran cómo un programa de alta hospitalaria reduce el número de reingresos en pacientes ancianos con insuficiencia cardiaca crónica<sup>19</sup>. También existen trabajos acerca de la necesidad de un enfoque individualizado en la gestión de los cuidados de enfermería al alta teniendo en cuenta determinadas variables como la edad del paciente, el género, el procedimiento quirúrgico, la familia o comunidad más inmediata y el apoyo a largo plazo<sup>20</sup>.

Otras investigaciones evidencian la satisfacción del personal de enfermería en cuanto a su utilidad para mejorar la comunicación entre enfermeras de diferentes niveles asistenciales, pero detectan fallos de comunicación entre los diferentes miembros del equipo sanitario que ha atendido al paciente durante su ingreso<sup>21</sup>.

Centros como el Hospital Universitario Puerta de Hierro de Madrid, pusieron de manifiesto la necesidad de una revisión detallada de los criterios establecidos para la realización del informe en pacientes que ingresan repetidamente con problemas similares o que viven con familiares que ya tienen información necesaria para realizar los cuidados que les proporcionan habitualmente en su domicilio<sup>2</sup>. De la misma forma, el Servicio Vasco de Salud, establece qué pacientes son susceptibles de recibir el informe de enfermería al alta por precisar de continuidad de cuidados a partir de 28 indicaciones de enfermería<sup>22</sup>.

Todo esto puede llevar a plantearse que quizás sería útil identificar para posteriormente establecer de manera protocolarizada, una serie de indicaciones, derivadas de alteraciones de necesidades, para someter a los pacientes a continuidad de cuidados desde el ámbito asistencial especializado al primario. Para ello sería interesante conocer aquellas situaciones que las enfermeras, tanto de primaria como especializada, consideran relevantes en la planificación del alta.

### 1.- OBJETIVOS

**Objetivo principal:**

Evaluar si el contenido del informe de enfermería al alta es útil para el seguimiento y control del paciente, que ha sido hospitalizado, para las enfermeras a AP.

**Objetivos específicos:**

Conocer la valoración de las enfermeras de AP de las áreas III y IV y del Hospital Sierrallana, pertenecientes al Servicio Cántabro de Salud, acerca de la estructura, contenido, utilidad e indicaciones de dicho informe.

Concretar puntos de mejora del informe de enfermería al alta identificados por los profesionales de enfermería.

- *Dependientes:* satisfacción con el informe de enfermería al alta.

Para recoger estas variables se entregó en sus puestos de trabajo a las enfermeras que cumplían los criterios de inclusión un cuestionario (ANEXO) con 12 preguntas (9 cerradas y 3 abiertas) y un espacio para comentarios o sugerencias. Allí mismo se habilitó un lugar para depositar el cuestionario una vez cumplimentado pasando a recogerlo en el plazo de 15 días.

### 3.- METODOLOGÍA

Estudio transversal y descriptivo realizado mediante la recogida de datos a partir de los cuestionarios cumplimentados por profesionales de enfermería de AE del Hospital Sierrallana y de AP de los áreas III y IV del Servicio Cántabro de Salud durante el mes de febrero de 2010. Se eligió este mes puesto que la plantilla de enfermería es la habitual (sin personal eventual, que podría ser fuente de sesgos).

Dichos cuestionarios fueron adaptados a partir de los descritos en otros trabajos previos<sup>23</sup> para recoger mejor las características particulares del medio (Cantabria).

Se entendió que, al ser un cuestionario anónimo y voluntario, sin ningún control en la cumplimentación, equivalía al consentimiento en la participación.

**SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN:**

**Sujetos del estudio**

*Criterios de inclusión:* enfermeras de AE.que ejercen su actividad asistencial en el Hospital Sierrallana, responsables de la emisión del informe de enfermería al alta y sus supervisoras (99 enfermeras).

Estas enfermeras pertenecen a los servicios de Cirugía General, Digestivo y Ginecología (planta 1A), Neumología, Otorrinolaringología y Urología (planta 1B), Cardiología, Oftalmología, Reumatología, Traumatología y Ortopedia (planta 1C), Unidad de Corta Estancia y Hospital de Día Quirúrgico (planta 2C), Medicina Interna (plantas 3A y 3C); y enfermeras de AP Áreas III y IV del S.C.S, destinatarias de dicho informe y sus supervisoras (111 enfermeras).

*Criterios de exclusión:* enfermeras que trabajan en servicios que no cursen ingreso y/o alta hospitalaria.

**TAMAÑO MUESTRAL:** plantilla de enfermeras que cumplan los criterios de inclusión y que se encuentren en situación de alta laboral en el mes de febrero de 2010 (210 enfermeras y supervisoras).

**RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN:**

*Variables:*

- *Independientes:* edad, sexo, años de ejercicio profesional, ámbito de trabajo AE (unidad), AP (rural o urbana).

**ANÁLISIS DE DATOS:**

Se realizó una codificación de las variables que se recogió en una hoja de cálculo Excel. El tratamiento estadístico se realizó con el programa SPSS.

Se realizó una descripción para el total de la muestra empleando para las variables cualitativas los porcentajes con su intervalo de confianza del 95% y para las cuantitativas la media aritmética, la mediana, la desviación estándar y los intervalos intercuartílicos según el tipo de variables.

También se realizó una descripción de los resultados por subgrupos en función de las variables independientes: edad, sexo, años de ejercicio profesional y área de trabajo.

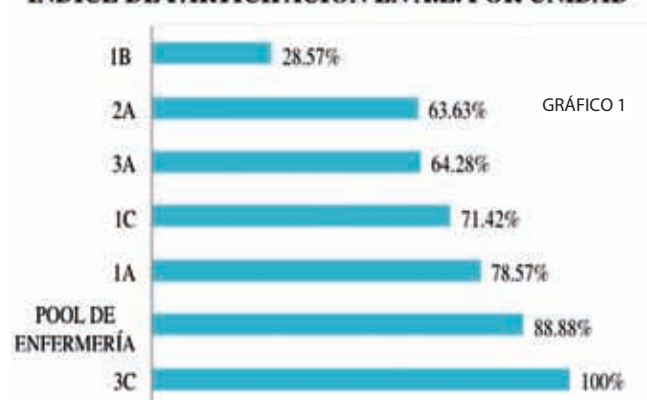
### 4.- RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 131 cuestionarios (porcentaje de respuesta del 62,38%). El 85,8% de los encuestados son mujeres, frente al 14,2% de hombres. La edad media de la muestra fue 40,38 años (desviación estándar (DE)=10,1). La franja de edad más frecuente es la comprendida entre los 30 y 39 años (37,2%), por el contrario el grupo de edad más escaso es el de mayores de 60 años (2,5%). La media de años de ejercicio profesional de 17,53 años (DE=9,9). El grupo más abundante es el que tiene de 6 a 10 años de experiencia laboral (25,6%). En el polo opuesto están los que tienen entre 36 y 40 años de antigüedad (4%).

El cuanto al ámbito de trabajo, el 54,2% de los enfermeros que contestaron la encuesta pertenece a AE y el 45,8% a AP, de estos, el 28,8% trabajan en zonas rurales y el 71,2% en urbanas.

El índice de participación es superior en AE con un 71,71%

**ÍNDICE DE PARTICIPACIÓN EN A.E. POR UNIDAD**



frente al 53,15% de AP.

En AE los profesionales que más contestaron a la encuesta fueron los enfermeros de una de las unidades de Medicina Interna (100%), seguido de los integrantes del Pool de Enfermería (corretornos, staff, volantes...) (88,88%). Se registró una menor participación por parte de los enfermeros de las Unidades Neumología, Otorrinolaringología y Urología (28,57%), seguida del Hospital de Día Quirúrgico (63,63%). (Gráfico 1)

Por su parte, en AP, los enfermeros de ámbito rural participaron en un 56,75% mientras que los que ejercen su profesión en zonas urbanas lo hicieron en un 45,94%.

### ÍNDICE DE PARTICIPACIÓN EN A.P. POR Z.B.S.

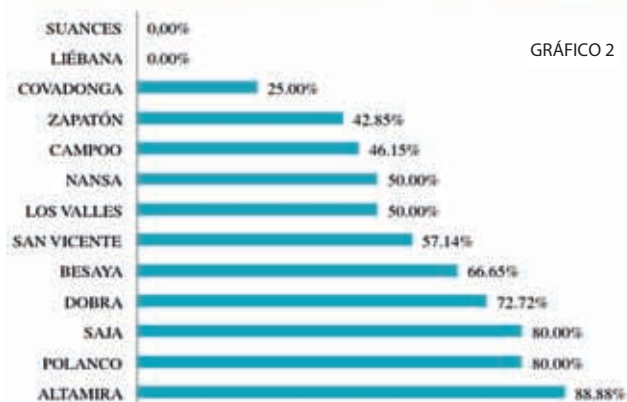


GRÁFICO 2

De los enfermeros encuestados, el 30,8% considera que el informe de enfermería al alta garantiza siempre o casi siempre la continuidad de cuidados desde el hospital hasta el Centro de Salud, el 33,1% responde que a veces y el 36,1% que pocas veces o nunca. (Gráfico 3)

### PREGUNTA 1: ¿CONSIDERAS QUE EL INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA GARANTIZA LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE A.E. Y A. P.?



GRÁFICO 3

El 17,7% estima que el informe siempre o casi siempre es útil para planificar los cuidados. El 31,5% piensa que lo es a veces y el 50,7% que pocas veces o nunca. (Gráfico 4)

Referente a la pregunta acerca de los contenidos del actual informe de enfermería al alta, el 16,2% manifiesta que reflejan siempre o casi siempre toda la información que consideran necesaria para una mejor planificación de cuidados al alta, el

### PREGUNTA 2: ¿EL ACTUAL MODELO DE INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA TE RESULTA ÚTIL PARA PLANIFICAR LOS CUIDADOS?

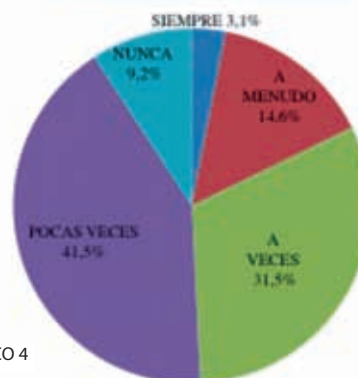


GRÁFICO 4

34,6% opina que a veces y el 49,2% que pocas veces o nunca. (Gráfico 5)

### PREGUNTA 3: ¿REFLEJA TODA LA INFORMACIÓN QUE CONSIDERAS NECESARIA PARA ATENDER AL PACIENTE?

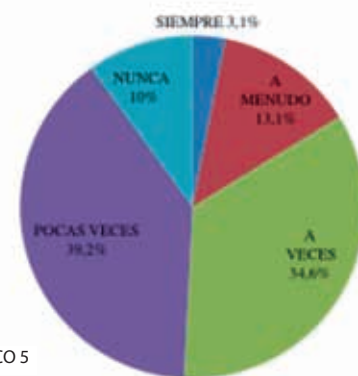


GRÁFICO 5

El 82,99% de los encuestados incluiría un apartado para el diagnóstico médico, dato que no cuenta con un espacio específico en el formato actual del informe. (Gráfico 6)

### PREGUNTA 4: ¿INCLUIRÍAS EN EL INFORME UN ESPACIO PARA EL DIAGNÓSTICO MÉDICO?

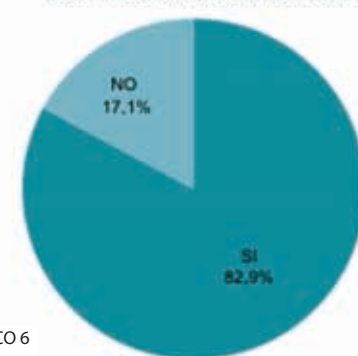


GRÁFICO 6

El 47,7% cree que es necesario realizar un informe a todo paciente que se va de alta del hospital. El 51,9% que opinan que no es necesario, el 95,6% considera necesario establecer una serie de pautas que determinen la realización o no del in-



forme. (Gráficos 7 y 8)

**PREGUNTA 5: ¿CONSIDERAS NECESARIA LA REALIZACIÓN DE UN INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA DE TODO PACIENTE PACIENTE QUE HA PRECISADO INGRESO HOSPITALARIO?**

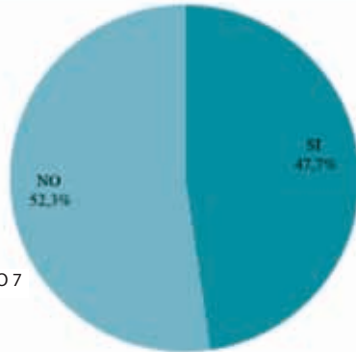


GRÁFICO 7

**PREGUNTA 6: EN CASO CONTESTACIÓN NEGATIVA EN LA PREGUNTA 5, ¿CONSIDERARÍAS OPORTUNO ESTABLECER UNA SERIE DE INDICACIONES O CUIDADOS DE ENFERMERÍA QUE DETERMINARAN LA REALIZACIÓN DEL INFORME?**

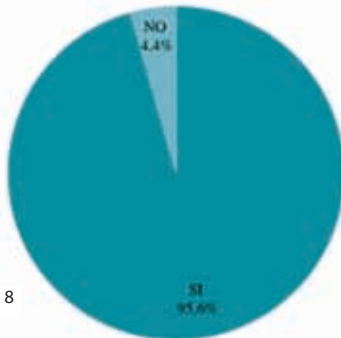


GRÁFICO 8

Referente a la pregunta acerca de incluir nuevos apartados, el 47,1% lo cree adecuado, siendo característica más solicitada un espacio abierto y más amplio para recomendaciones de enfermería, descripción de cuidados y medidas higiénico-dietéticas (30,9%). Un 25,45% añadiría un espacio en el que poder describir la situación del paciente desde su llegada al hospital

hasta su marcha que incluyera fecha de ingreso y alta hospitalaria, diagnósticos médicos al ingreso y al alta y evolución durante la estancia hospitalaria incluyendo historia de curas. El 14,54% demanda un formato más amplio en general, sin límite de espacio, siendo la sección de curas en la que más se echa de menos el poder incluir textos más extensos e individualizados.

(Gráfico 9)

En cuanto a eliminar algún apartado del informe, 25% de los encuestados responden afirmativamente. En este caso, la respuesta más frecuente apunta a suprimir aquellos ítems referidos a necesidades no alteradas al momento del alta, de manera que el informe sólo reflejara aquellas que requieren continuidad de cuidados una vez abandonado el hospital. (Gráfico 10)

**PREGUNTA 10: APARTADOS A EXCLUIR**

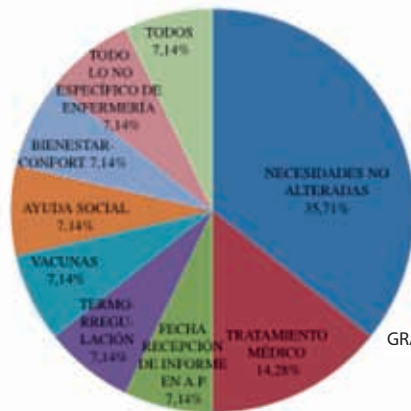


GRÁFICO 10

De las enfermeras de AE, a las que iba dirigida específicamente una de las preguntas, el 82,6% afirman realizar y entregar siempre el informe de alta. El 17,4% restante, que no lo realiza y/o entrega, justifica su conducta explicando que no todos los pacientes lo precisan debido a su situación al alta, bien por no requerir cuidados o por ser estos ya conocidos por el paciente o su cuidador, al tratarse de enfermos crónicos. La totalidad de enfermeras que dan esta contestación trabajan en Medicina Interna y en el Pool de Enfermería. (Gráfico 11)

**PREGUNTA 8: APARTADOS A INCLUIR**

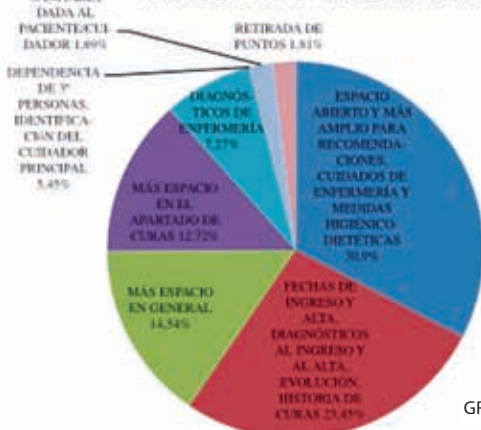


GRÁFICO 9

**PREGUNTA 11: ¿REALIZAS Y ENTREGAS SIEMPRE EL INFORME? (ENFERMERAS A.E.)**



GRÁFICO 11

Si comparamos las respuestas obtenidas entre las enfermeras de AP y las de AE, encontramos resultados estadísticamente significativos en la pregunta 4 (¿Incluirías en el informe un apartado para el diagnóstico médico?) con una  $p=0,006$  y en la pregunta 9 (¿Eliminarías algún apartado del informe?) con una  $p=0,041$ . En ambos casos, son las enfermeras de AP las que optan en mayor medida por respuestas positivas, con un 93% para la pregunta 4, frente al 74,6% de AE y un 35,6% para la pregunta 9, frente al 18,6% de AE. La pregunta 7 (¿Incluirías algún apartado en el informe?) se encuentra en el límite de la significación estadística con una  $p=0,07$ . En esta ocasión también son las enfermeras de AP, con un 55,9% las que más se decantan por la contestación afirmativa, mientras que las de AE los hacen en un 40,6%.

## 5.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos, se puede concluir que las percepciones en cuanto al informe de enfermería al alta por parte de las enfermeras tanto de AP como de AE son muy variadas.

Prácticamente la misma proporción de enfermeras considera tanto que el informe garantiza la continuidad de cuidados siempre o casi siempre como que lo hace pocas veces o nunca. Los resultados en cuanto a la utilidad del informe que perciben las enfermeras para la planificación de cuidados son más rotundos pues algo más de la mitad piensa que pocas veces o nunca les resulta útil. La explicación la podemos encontrar al conocer que casi la mitad de las enfermeras considera que el informe pocas veces o nunca refleja toda la información necesaria para la correcta atención del paciente una vez dado de alta.

Curiosamente, la mayoría incluiría un apartado para detallar el diagnóstico médico quizás para poder obtener datos específicos para el cuidado, sin embargo, sólo un pequeño grupo de enfermeras de AP, probablemente por una preferencia por conocer las necesidades derivadas de las respuestas humanas del paciente y familia para planificar cuidados específicos por medio del PAE, incluiría los diagnósticos enfermeros.

En general, la mayoría de las respuestas obtenidas tanto de las enfermeras de hospital como las de AP, reclaman un informe de enfermería con una estructura diferente. Como modificación principal proponen un diseño con espacios abiertos y amplios en los que poder incluir anotaciones referentes al paciente que permitan aportar y recibir información más individualizada y específica del enfermo, así como recomendaciones y consejos higiénico-dietéticos para este. Además, otras sugerencias apuntan a la posibilidad de realizar una breve historia del paso del enfermo por el hospital que abarque las fechas de

ingreso y alta, los diagnósticos en los dos momentos, la evolución durante la estancia hospitalaria y un resumen de las curas realizadas si es oportuno.

Especial atención merece el hecho de que algo más de la mitad de las enfermeras encuestadas opinen que no es necesario realizar un informe de alta de todo paciente ingresado (sin diferencias significativas entre AP y AE y que sólo una minoría de las enfermeras de hospital (todas ellas de la unidad de Medicina Interna y del Pool de Enfermería) reconozca no hacerlo ni entregarlo siempre, confirmando así, los datos obtenidos en las evaluaciones previas realizadas por el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Sierrallana. Futuras investigaciones podrán determinar los motivos de esta discrepancia en la manera de pensar y actuar.

El estudio actual revela que los argumentos de los que reconocen no hacer y/o entregar siempre el informe son comunes: por una parte la ausencia cuidados de enfermería en el momento del alta y por otra, la certeza de que estos ya son conocidos por el paciente o su cuidador habitual cuando se trata de enfermos crónicos. Además, algunas enfermeras de AE, tanto de las que realizan el informe, como de las que no lo hacen, manifiestan que el informe no es útil para sus compañeras de AP.

También se puede afirmar que casi todas las enfermeras que opinan que no es necesario realizar un informe de todo paciente dado de alta piensan que se podría establecer una serie de indicaciones de enfermería, concretamente las que requieren continuidad de cuidados, y que consensuadas desde AP y AE, determinarían la conveniencia o no de emitir el informe de alta.

Finalmente, podemos decir que los profesionales que elaboran y reciben el informe de enfermería al alta, tienen opiniones muy variadas, pero coinciden en considerar al actual informe poco útil para planificar los cuidados por no reflejar la información que consideran necesaria. Para mejorar esta situación, proponen poder disponer de más espacio y opciones para dar un enfoque más individualizado que consiga obtener una descripción más precisa de la situación del paciente no sólo en el momento del alta, sino también durante el ingreso.

La utilidad de dicho informe para el paciente y la familia, es un tema que también debe preocupar pero que deberá posponerse para futuros trabajos de investigación.

## 6.- AGRADECIMIENTO

El presente estudio fue realizado bajo la supervisión de Pedro Muñoz Cacho.

## 8.- BIBLIOGRAFÍA

1. Carpenito L.J. Diagnóstico de Enfermería. 3ª ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 2003.
2. Caamaño C, Sainz A, Martínez JR, Alonso M, Carro J. Evolución y valoración de la calidad del informe de enfermería al alta. Rev Calidad Asistencial 2004;19:396-401.
3. Gordon M. Diagnósticos enfermeros, proceso y aplicación. 3ª ed. Barcelona: Mosby Doyma, 1993.
4. Camacho Ojeda A, Llanes Montero E, García Requena C, Romero Corchero M. Informe de enfermería al alta. El resumen de la historia hecho realidad. Revista Rol de Enfermería 1998; 235:17-20.

5. Grande Gascón ML, Hernández Padilla M. Cómo entienden las enfermeras el alta de enfermería. *Enferm Clin* 1996;6:119-121.
  6. Custey Male MA, Martínez Marcos M, De Francisco Casado VA, Ferrer Arnedo C. Monitorización del circuito de informes de enfermería al alta atención especializada - atención primaria. *Rev Admon Sanitaria* 1997;193-207.
  7. Buxade Martí I, Canals Innamorati J, Montero Alcaraz JC, Pérez Galindo J, Bolibar Ribas E. El informe de alta hospitalaria en atención primaria (I). Análisis de su utilidad. *Aten Primaria* 2000;26:383-388.
  8. Cano Aran A, Martín Arribas MC, Martínez Piédrola M, García Talles C, Hernández Pascual M, Roldán Hernández A. Eficacia de la planificación del alta de enfermería para disminuir los reingresos en mayores de 65 años. *Aten Primaria* 2008;40:291-295.
  9. Carreras Viñas M, Blasco Rob M, Rodríguez Herce C, Ube Pérez J, Gómez Cano MO. Coordinación entre atención primaria y atención hospitalaria en la Zona de Salud de La Rioja Baja. *Nursing* 2003;21:43-50
  10. Ubé Pérez JM, Urzanqui Rodríguez M, Rodríguez Herce C, Blasco Ros M, Ascarza Rubio S, Musitu Pérez V. Evaluación de la relevancia del informe de enfermería al alta hospitalaria por el usuario interno y externo. *Nure Investigación* 2006;24
  11. Sierra Talamante C, Sayas Chuliá V, Famoso Poveda MJ, Muñoz Izquierdo A, Peiró Andrés A, Garrogós Hernández E, Almela Zamorano M. Continuidad de cuidados: alta de enfermería. *Enferm Cardiología* 2007;41:35-40.
  12. Merino Ruiz M, Sebastián Viana T, Gómez Días MC, Leo Del Castillo Y. Utilidad y dificultades para la realización del informe de enfermería al alta hospitalaria según las enfermeras del Hospital de Fuenlabrada *Enferm Clin* 2008;18:77-83.
  13. Tordable Ramírez AM, Sainz Peces EM, Alonso Babarro A, Sánchez Del Corral Usaola F, Cano González JM. Evaluación de un informe de enfermería al alta. Resultados de una encuesta desde Atención Primaria. *Centro de Salud* 2003; 423-428.
  14. Ramos Alfonso MRR, Bonillo Madrid J, Galdeano Rodríguez N, Beltrán Rodríguez MI, Polo Mañas MC, Sánchez Bujaldón M, Barberá Rives JM. Informe de enfermería al alta. Una experiencia en la práctica asistencial. *Rev ROL Enferm* 1999;22:143-148.
  15. Vallejo De La Gala MP. Informe conjunto de altas de enfermería. *Rev ROL Enferm* 2003;26:393-396.
  16. Know T, Lee J, Woo J, Lee D, Griffith S. A randomized controlled trial of a community nurse-supported hospital discharge programme in older patients with chronic heart failure. *J Clin Nurs* 2008;17:109-117.
  17. Helles R, Sorensen L, Lorensen M. Nurses' information management at patients' discharge from hospital to home care. *Int J Integr Care* 2005;5:1-14.
  18. Larson J, Björvell C, Billing E, Wredling R. Testing of an audit instrument for the nursing discharge note in the patient record. *Scand J Caring Sci* 2004;18:318-324.
  19. Helles R. Information handlin in the nursing discharge note. *J Clin Nurs* 2007;15:11-21.
  20. McMurray A, Johnson P, Wallis M, Patterson E, Griffiths S. General surgical patients' perspectives of the adequacy and appropriateness of discharge planning to facilitate health decision-making at home. *J Clin Nurs* 2007;16:1602-1609
  21. Watts R, Gardner H. Nurses' perception of discharge planning. *Nurs Health Sci* 2005;7:175-183.
  22. González-Llinares RM, Aramburu I, Ruiz de Ocenda MJ. Identificación y evaluación de la efectividad de la de la indicación de la continuidad de cuidados de enfermería entre niveles asistenciales del Servicio Vasco de Salud / Osakidetza. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17:232-236
  23. Sevilla Sierra V, Hernández Sampelayo Matos A, González Lluva C, Pérez Martínez T. Opinión de las enfermeras sobre el informe de recomendaciones alta de enfermería. *Metas Enferm* 2002;47:6-11.
-

## ANEXO.

<b>CUESTIONARIO</b>		
EDAD: .....	SEXO: .....	AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL: .....
UNIDAD/ZONA BÁSICA DE SALUD: .....		
<b>1- ¿Consideras que el Informe de Enfermería al Alta garantiza la continuidad de cuidados entre AE y AP?</b>		
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Nunca
<b>2- ¿El actual modelo de Informe de Enfermería al Alta te resulta útil para planificar los Cuidados?</b>		
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Nunca
<b>3- ¿Refleja toda la información que consideras necesaria para atender al paciente?</b>		
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Nunca
<b>4- ¿Incluirías en el informe un espacio para el diagnóstico médico?</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>5- ¿Consideras necesaria la realización de un Informe de Enfermería al Alta de todo paciente que ha precisado ingreso hospitalario?</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>6- En caso negativo: ¿Considerarías oportuno establecer una serie de indicaciones o cuidados de enfermería que determinaran la realización del informe?</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>7- ¿Incluirías algún apartado en el Informe?</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>8- En caso afirmativo, ¿Cuál?:</b> .....		
<b>9- ¿Eliminarías algún apartado del Informe?</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>10- En caso afirmativo, ¿Cuál?:</b> .....		
<b>11- ¿Realizas y entregas siempre el Informe de Enfermería al Alta?:</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
(sólo enfermeras AE)		
<b>12- En caso negativo, ¿por qué motivo?:</b> .....		
(sólo enfermeras AE)		
<b>COMENTARIOS O SUGERENCIAS:</b> .....		



# Guía del proceso enfermero en nutrición parenteral

**Coordinadora:** Magdalena Jiménez Sanz

La Nutrición Parenteral (NP) es un tratamiento complejo y especializado cuyo uso conlleva importantes riesgos. Por ello, es imprescindible la existencia de unos protocolos que disminuyan la variabilidad en la práctica y mejoren la calidad así como de un equipo interdisciplinar que posea conocimientos expertos.

El profesional de enfermería ocupa una posición destacada ya que proporciona un enfoque integral en el cuidado de aquellas personas que no pueden cubrir sus requerimientos nutricionales a través de la vía oral o enteral. Cuidar a un paciente en tratamiento con NP no se limita a la administración correcta de dicha alimentación. Se trata de un proceso enfermero científico, sistemático y continuo que debe centrarse en la persona, buscar la satisfacción de sus necesidades y fomentar su autonomía.

Recientemente se ha publicado la "Guía del proceso enfermero en nutrición parenteral". Las autoras forman parte de un grupo multicéntrico (FINECUN) que pertenece a la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral y cuyo objetivo es fundamentar las intervenciones enfermeras en los cuidados nutricionales. La coordinación del trabajo ha sido efectuada por Magdalena Jiménez Sanz, enfermera con una larga trayectoria en la Unidad de Nutrición y Dietética del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

El texto se estructura en dieciséis apartados en los que se abordan distintos aspectos de los cinco pasos del proceso enfermero: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. En primer lugar, se aportan diversas herramientas para realizar la valoración focalizada nutricional como medidas antropométricas, requerimientos energéticos, valoración global subjetiva del estado nutricional, examen físico, etc., así como una valoración holística en base a los doce dominios de la Taxonomía NANDA II. A partir del modelo bifocal de Carpenito, se identifican las complicaciones potenciales y los diagnósticos de enfermería más frecuentes tanto en el ámbito hospitalario como en el domiciliario. Y, por último, se proponen las intervenciones pertinentes que incluyen el nivel de evidencia según las guías de práctica clínica.

En la parte final del libro, se adjunta una serie de anexos en los que se detallan los procedimientos que, con más frecuencia, se relacionan con la técnica de administración de la NP como la higiene de manos, el acceso venoso central de inserción periférica, el cambio de sistema de infusión y bolsa de NP, etc.

Es reseñable la defensa del método enfermero y del uso de un lenguaje común que categorice los cuidados de una forma estándar. Por una parte, el empleo habitual de la taxonomía NANDA/NOC/NIC permite registrar los planes de cuidados en los sistemas informáticos y así, homogeneizar los registros, mejorar la comunicación entre los profesionales del equipo interdisciplinar y visibilizar las intervenciones enfermeras.

Por otra, la utilización del método enfermero supone numerosas ventajas para el paciente y los profesionales. Primero, permite trabajar de forma sistematizada, ordenada y rigurosa para impartir unos cuidados integrales, continuos y adaptados a la persona. Segundo, conlleva la optimización de los recursos y la consecución de objetivos de la manera más eficiente. Tercero, ayuda a tomar decisiones fundamentadas en un ámbito cada día más complejo y a que el individuo participe activamente en las mismas.

La NP ha trascendido las fronteras hospitalarias y se ha establecido con normalidad en el entorno domiciliario, por lo que el libro recoge una esclarecedora sección al respecto. Incide en la importancia del programa educativo del paciente/familia y de la coordinación entre Atención Especializada y Atención Primaria a través de un registro que garantice la continuidad entre los distintos niveles asistenciales.

En resumen, este libro puede resultar una útil guía de consulta en la elaboración de planes de cuidados para pacientes que precisan NP en el hospital o en el domicilio. Aunque su estructura no es demasiado didáctica y la exposición de las complicaciones de la NP es escueta, representa una apuesta firme y sin ambages por el método enfermero científico y por la integración de la mayor evidencia disponible en la práctica cotidiana.



**Patricia López Calderón**  
Diplomada en Enfermería.  
Licenciada en Antropología.



## 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: Soc. Española Radiología Intervencionista en Enfermería

Información: <http://www.serie.es/slider/275-x-congreso-nacional-en-palma-de-mallorca>

## XXV CONGRESO NEUMOSUR-ENFERMERÍA 'EPOC 25 AÑOS DESPUÉS'

Badajoz, del 14 al 16 de Marzo de 2013

Organización: Asoc. Enfermería en Neumología y Cirugía Torácica del Sur

Información: <http://www.neumosurenfermeria.org>

## XXX CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL '30 AÑOS DE EXPERIENCIA PARA MIRAR AL FUTURO'

Sevilla, del 20 a 22 de Marzo de 2013

Organización: Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental

Información: <http://www.anesm.net/>

## V JORNADAS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS 'UNIENDO ESFUERZOS. TEJIENDO REDES'

Barcelona, 11 y 12 de Abril de 2013

Organización: Asoc. Española de Enfermería en Cuidados Paliativos

Información: <http://www.aecpal2013.com/programa.html>

## XXV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS 'LAS MANOS QUE TE CUIDAN'

Barcelona, 11 y 12 de Abril de 2013

Organización: Soc. Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias

Información: <http://www.enfermeriadeurgencias.com>

## XII REUNIÓN ANUAL DE LA SECCIÓN DE ELECTROFISIOLOGÍA Y ARRITMIAS DE LA SEC 'ARRITMIAS 2013'

Santander, del 17 al 19 de abril de 2013

Organización: Sociedad Española de Cardiología

Información: <http://www.secardiologia.es/>

## XII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

Toledo, del 24 al 26 de Abril de 2013

Organización: Asoc. Enfermería en Traumatología y Ortopedia

Información: <http://aeeto.com/congreso-2013/>

## XX CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA 'DETECTAR LA FRAGILIDAD Y ACTUAR EN LA CRONICIDAD'

Valladolid, 25 y 26 de Abril de 2013

Organización: Soc. Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica

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

## 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>

## VIII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS 'DESDE EL CUIDADO HACIA LA EXCELENCIA'

Tenerife, del 8 al 10 de Mayo de 2013

Más información: <http://www.congresodeostomias2013.com/>

## VIII CONGRESO DE LA FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE ENFERMERÍA COMUNITARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA 'CAMINAR Y ANDAR CON LA COMUNIDAD'

Palma (Mallorca), del 8 al 10 de Mayo de 2013

Organización: Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria.

Información: <http://www.congresofaecap2013.es/>

## XIV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA 'CÁNCER, AMPLIANDO EL HORIZONTE DE LOS CUIDADOS'

Zaragoza, del 8 al 11 de Mayo de 2013

Organización: Sociedad Española de Enfermería Oncológica

Información: <http://www.seeo.org/>

## XXXVII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN NEUROCIENCIAS 'NEUROCIENCIAS, MUCHO MÁS POR CONOCER'

Oviedo, del 15 a 17 de Mayo de 2013

Organización: Asociación Española de Enfermería en Neurociencias

Información: <http://www.aeen.es/images/oviedo2013/presentacion.htm>

## 29 JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA EN TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Santiago de Compostela, del 22 al 24 de Mayo de 2013

Organización: Asoc. Jornadas Enfermería en Cirugía Ortopédica y

Traumatológica y Xerencia Xestión Integradas de Santiago de Compostela

Información: <http://www.29enfermeriatraumatologia.com/>

## XXV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA VASCULAR Y HERIDAS 'CALIDAD DE VIDA, NUESTRO MÁXIMO OBJETIVO'

Girona, 30 y 31 de Mayo de 2013

Organización: Asociación Española de Enfermería Vascul y Heridas

Información: <http://www.aeev.net/congreso.php>



## 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:

- Normas generales de publicación.
  - Trabajos o estudios científico técnicos.
  - Trabajos o estudios de investigación de carácter cualitativo.
  - Proyectos de investigación científica.
- Ilustraciones.
  - Tablas y gráficos.
  - Fotografías.
- Referencias bibliográficas.
- Normas éticas.
- 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 al Revista.

En la **segunda página** se incluirá el RESUMEN/ABSTRACT y en 200 palabras (español/inglés) que, de forma resumida, esboce:

- Justificación.
- Propósito del estudio (objetivo).
- Metodología.
- Resultados relevantes.
- Conclusiones importantes.
- 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 cortas), 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:

- Título
- Introducción-Justificación.
- Objetivos: general y específicos.
- Metodología (material y métodos).
- Resultados.
- Discusión-Conclusiones. Aportación del trabajo a la comunidad científica o a la sociedad.
- Bibliografía.
- Anexos.

Los **trabajos de investigación** de carácter cualitativo deben contener además:

- Introducción-Justificación de estudio cualitativo. Marco teórico.
- Metodología propia de análisis cualitativo.

Los **proyectos de investigación científica** deben contener los siguientes capítulos:

- Título.
- Introducción, antecedentes y estado actual del tema. Marco teórico.
- Hipótesis. Objetivos.
- Metodología.
- Aspectos éticos.
- Utilidad de los resultados, en relación a la comunidad científica y a la sociedad.
- Plan de trabajo.
- Experiencia del equipo investigador.
- Medios disponibles y necesarios.
- Bibliografía.
- Relación de anexos.

Las **monografías** deben cumplir las siguientes normas de publicación:

- Resumen. Abstract
- Palabras clave
- Introducción-Justificación. Análisis de la situación y/o estado actual del tema. Marco teórico.
- Objetivo.
- Metodología búsquedas bibliográficas
- Análisis de resultados.
- Discusión
- Conclusiones
- Agradecimientos
- Bibliografía

### 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](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](mailto:colegio@enfermeriacantabria.com)

- Carta de presentación.
- Certificado de autoría.
- Texto del manuscrito.
- Archivo con las ilustraciones.
- Archivo con las fotografías, si se precisa.



## DEJA QUE BANESTO CUIDE DE TI

Queremos conocer tus necesidades para presentarte las soluciones que mejor se adapten a las mismas. Si perteneces al Colegio de Enfermería de Cantabria, podrás acceder a los mejores productos para rentabilizar tus ahorros y ayudarte a optimizar tus recursos al máximo.

### OFERTA ESPECIAL

Banesto te ofrece la posibilidad de llevarte una tarjeta prepago cargada con 1.000 € al domiciliar tu nómina y 3 recibos adicionales (\*)

- ▶ Domicilia tu nómina y 3 recibos y llévate una tarjeta prepago cargada con 1.000€. (1)
- ▶ Para pagar tu curso de Grado o lo que tú quieras.
- ▶ Consulta compromiso de permanencia y resto de condiciones de la campaña en tu oficina de Banesto más cercana.
- ▶ Y si tu nómina está entre 1.000 y 2.100 € netos/mes podrás acceder a una tarjeta prepago cargada con 500€ en similares condiciones. (2)



COLEGIO  
DE ENFERMERÍA  
DE CANTABRIA

Infórmese del resto de comisiones, gastos aplicables y condiciones completas en su Oficina,  
y en 902 30 71 30 o en [www.banesto.es](http://www.banesto.es)

Condiciones de la Campaña:

(1)(2) Tarjeta prepago cargada con 1.000€ para domiciliaciones de nómina superiores a 2.100€ netos mensuales, gastos fiscales por cuenta del cliente (21%); tarjeta prepago cargada con 500€ para nóminas entre 1.000 y 2.100€ netos/mes, gastos fiscales por cuenta del cliente 21% (105€). Los mismos se cargarán en su cuenta previamente a la emisión de la tarjeta prepago que corresponda. Curso incluido en el Proyecto Gradua2 de la Organización Colegial de Enfermería.