

Nuberos Científica



INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Utilización del esfigmomanómetro de talla grande por parte de los profesionales de enfermería de Atención Primaria de Cantabria.

Enara Sainz Navedo, Marta Dehesa Fontecilla, Mónica Domínguez Santamaría, Marina Lecua Martínez, Sara López Fernández

Resultados del Protocolo de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cérvix en la Zona Básica de Salud de Laredo.

Marina Amparán Ruiz, María Paz Zulueta

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

Arrate Astigarraga Suárez, M^a Carmen Aristín Ortega, Ester Fernández Rivera, Beatriz García Aja

Necesidad percibida de formación sanitaria de los profesores de Educación Primaria.

Nuria Alonso Peña, Mónica Campo Briz

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Vivencias de jóvenes maltratadas por sus parejas en la Comunidad de Cantabria.

Leticia Ochoa Cires, Noemi Salabi Camarero, Graciela Soria Ruiz

ENFERMERÍA COMUNITARIA

Incontinencia urinaria en mujeres. Una experiencia en la comunidad.

María Gómez Herranz

ENFERMERÍA HOSPITALARIA

Caso clínico: Diabetes Mellitus tipo 2.

Soraya Álvarez Andrés

Plan de cuidados estandarizado durante la fase de dilatación del parto normal.

Marta López Mirones, Marta González Maestro, Ana Rosa Alconero Camarero, M^a Teresa Gil Urquiza, Casandra García González, Alicia Alonso Salcines

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La influencia de las fases lunares en el inicio de parto espontáneo.

Eva Díez Paz, Ana Casteleiro Vallina, Ana Alejo Holgado, Belén Barroso Lazuén

MONOGRAFÍA

La importancia del apego en la etapa infantil.

Cristina Lantarón Izaguirre

CARTAS AL DIRECTOR

COMENTARIO DE LIBRO

AGENDA



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

Nuberos Científica

VOL. 2 NÚM. 13

JULIO-OCTUBRE 2014

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 E IMPRESIÓN:

ARTES GRÁFICAS J. MARTÍNEZ S. L.

Pol. Ind. de Guarnizo, parcela 4, naves 1 y 2
39611 GUARNIZO (Cantabria)
T. 942 35 60 65 - F. 942 35 60 66
www.imprentajmartinez.com

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 la FECAN (Fundación de Enfermería de Cantabria) y se publica con periodicidad cuatrimestral.

La **FECAN** es la fundación del Colegio de Enfermería de Cantabria. Tiene entre sus fines el desarrollo profesional y científico de la profesión Enfermera, el propiciar la mejora de la calidad asistencial, el fomentar la calidad de vida en salud de los ciudadanos y el promover la participación de la sociedad en el cuidado de la salud.

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

DIRECCIÓN:

Pilar Elena Sinobas

Directora del Aula de Investigación en Cuidados
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. (La
Rioja-España)

CONSEJO DE REDACCIÓN:

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)

Cristina Dimoni PhD, MSc

Head Nurse. Cardiothoracic Surgery Dpt.
University General Hospital of Thessaloniki AHEPA

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)

Manuel Herrero Montes

Diplomado en Enfermería. Formación en Investigación.
Unidad de Hemodiálisis del H.U. Marques 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)

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)

María Cruz Santamaría Martínez

Diplomada en Enfermería. Palvelokoti Jokiranti Osasto Paju.
Pori (Suomi-Finlandia)

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.

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

- 6** UTILIZACIÓN DEL ESFIGMOMANÓMETRO DE TALLA GRANDE POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CANTABRIA.

Enara Sainz Navedo, Marta Dehesa Fontecilla, Mónica Domínguez Santamaría, Marina Lecua Martínez, Sara López Fernández

- 12** RESULTADOS DEL PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE LAREDO.

Marina Amparán Ruiz, María Paz Zulueta

- 17** ESTUDIO SOBRE LA UTILIZACIÓN DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN UNA POBLACIÓN GERIÁTRICA.

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

- 25** NECESIDAD PERCIBIDA DE FORMACIÓN SANITARIA DE LOS PROFESORES DE EDUCACIÓN PRIMARIA.

Nuria Alonso Peña, Mónica Campo Briz

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

- 32** VIVENCIAS DE JÓVENES MALTRATADAS POR SUS PAREJAS EN LA COMUNIDAD DE CANTABRIA.

Leticia Ochoa Cires, Noemi Salabi Camarero, Graciela Soria Ruiz

ENFERMERÍA COMUNITARIA

- 38** INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES. UNA EXPERIENCIA EN LA COMUNIDAD.

María Gómez Herranz

ENFERMERÍA HOSPITALARIA

- 44** CASO CLÍNICO: DIABETES MELLITUS TIPO 2.

Soraya Álvarez Andrés

- 50** PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DURANTE LA FASE DE DILATACIÓN DEL PARTO NORMAL.

Marta López Mirones, Marta González Maestro, Ana Rosa Alconero Camarero, M^a Teresa Gil Urquiza, Casandra García González, Alicia Alonso Salcines

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

- 58** LA INFLUENCIA DE LAS FASES LUNARES EN EL INICIO DE PARTO ESPONTÁNEO.

Eva Díez Paz, Ana Casteleiro Vallina, Ana Alejo Holgado, Belén Barroso Lazuén

MONOGRAFÍA

- 63** LA IMPORTANCIA DEL APEGO EN LA ETAPA INFANTIL.

Cristina Lantarón Izaguirre

- 69** CARTAS AL DIRECTOR

- 70** COMENTARIO DE LIBRO

- 71** AGENDA

CALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA. REFLEXIONES.

Para elaborar este texto he consultado un documento básico desde el que poder iniciar la reflexión: el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua. Define 'calidad' como la *"propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que le permiten apreciar como igual, mejor o peor que las restantes de su especie"*.

Por otro lado, quiero citar una frase de un sociólogo y escritor británico del S. XIX, John Ruskin, que se ajusta a lo que pretendo transmitir: *"La calidad nunca es un accidente; siempre es el resultado de un esfuerzo de la inteligencia"*.

Tomando como base ambas definiciones, intentaré trasladarlas al fin último de esta nuestra revista Nuberos Científica, la calidad científico técnica, y por consiguiente a la investigación en Enfermería.

En teoría, la investigación es una de las competencias propias de la profesión Enfermera (Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias). De hecho, disponemos de formación al respecto y ya con anterioridad a esta Ley los enfermeros realizábamos investigaciones.

Sin embargo, esto no se traduce en la práctica. La investigación nos resulta un trabajo muy duro. Nadie cuestiona en la actualidad que la asistencia (otra de nuestras competencias propias) debe ir unida a la investigación, de tal modo que el trabajar en la asistencia no nos exime de realizar investigación. Si a ello añadimos que esta última debe ser de calidad, el tema se magnifica.

En mi opinión, existen algunas cualidades para la investigación de las que, en general, nuestro colectivo carece. Podrían ser las siguientes: hábito de trabajo duro y exigente, vocación, concentración, dedicación, esfuerzo, tenacidad, constancia, capacidad para el trabajo en soledad, meditación, lectura, pensar con espíritu crítico y con pensamiento lógico, consultar con otros investigadores, preguntar, revisar y, seguramente, muchas otras.

Además, en nuestras investigaciones debemos ser rigurosos. Rigurosos en cuanto a la metodología propia investigadora, a las consultas bibliográficas realizadas y a los resultados obtenidos, y teniendo muy claro que los resultados del esfuerzo investigador siempre deben aportar novedades a la clínica asistencial, a la sociedad, a la profesión... Pero, además, estas aportaciones deben ser relevantes; de no ser así, no se tratará de una investigación.

Por otro lado, la redacción literaria de los trabajos científicos resultado de las investigaciones debe ser seria y rigurosa. No podemos redactar un texto científico tal como tenemos costumbre de hablar o dialogar. Los textos científicos disponen de su propio lenguaje. El estilo de este lenguaje se adquiere leyendo y leyendo trabajos y publicaciones científicas.

Otro aspecto importante es el referido a la ética de la propia investigación. Existen leyes al respecto que protegen a las personas objeto de las investigaciones (Ley de Protección de datos de Carácter Personal y la propia Ética de la Investigación). Además, se deben obtener las respectivas autorizaciones de todas las instituciones implicadas.

La prudencia y la modestia del investigador con la extrapolación de sus resultados es otro de los factores que se debe tener presente.

Y, finalmente, debemos ser capaces de aplicar en la práctica clínica los resultados de las investigaciones, bien sean propias o de otros investigadores.

Cuidando estos aspectos lograremos trabajos científicos con, como dice Ruskin, una calidad que será *"el resultado de un esfuerzo de la inteligencia"*. Y haremos que la calidad de la investigación sea, como dice la RAE, *"una propiedad inherente"* a nuestra revista científica. Ese ha sido siempre, desde su mismo nacimiento, el fin último de Nuberos Científica.

Pilar Elena Sinobas. Directora.

RESUMEN DE CONTENIDOS

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Utilización del esfigmomanómetro de talla grande por parte de los profesionales de enfermería de Atención Primaria de Cantabria.- Se analiza la disponibilidad y la utilización del esfigmomanómetro de talla grande en las consultas de enfermería de Atención Primaria en Cantabria encontrándose que se cuenta con el material necesario, aunque existe una infrutilización del mismo debido, principalmente, a deficiencias en el conocimiento en cuanto a la necesidad de su utilización.

Resultados del Protocolo de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cérvix en la Zona Básica de Salud de Laredo.- Estudio descriptivo que analiza los resultados obtenidos en las pruebas de citologías vaginales realizadas durante los años 2010 y 2011 en una zona básica de salud, ofreciendo interesantes conclusiones en relación con las patologías obtenidas en dicho estudio y el actual programa de prevención e intervención, identificando un posible área de mejora en el ámbito de la prevención primaria de salud dirigido, específicamente a la salud de la mujer.

Estudio sobre la utilización de la contención mecánica en una población geriátrica.- Trabajo que expone la situación de las contenciones mecánicas en un centro geriátrico de Santander con población con un alto nivel de dependencia. El estudio pone de manifiesto que más de la mitad de los residentes tiene pautada algún tipo de sujeción, siendo las barras laterales la contención más frecuente.

Necesidad percibida de formación sanitaria de los profesores de Educación Primaria.- Este artículo recoge los resultados del proyecto de investigación premiado con un accésit en la XI edición del Premio de Investigación del Colegio de Enfermería. En él se pone de manifiesto las necesidades de formación en relación a diferentes problemas de salud de los escolares y la capacidad de actuación de los profesores de Educación Primaria frente a distintas situaciones sanitarias. Se concluye la necesidad de un programa de formación en salud dirigido a profesores y la incorporación de la figura de la enfermera escolar en los centros educativos.

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Vivencias de jóvenes maltratadas por sus parejas en la comunidad de Cantabria.- Se trata de un proyecto de investigación de corte cualitativo. Pretende conocer en profundidad las vivencias de las mujeres jóvenes que han sido víctimas de maltrato con sus parejas. De este modo se puede actualizar los conocimientos de los profesionales sobre el tema dando a conocer las diversas situaciones en que se encuentran las mujeres que sufren maltrato. Sus vivencias, su sentir y el vivir cotidiano.

ENFERMERÍA COMUNITARIA

Incontinencia Urinaria en Mujeres: Una Experiencia en la Comunidad.- La autora relata la experiencia en la comunidad

en el tema de la incontinencia urinaria a través de la Educación para la Salud (EpS) como herramienta formativa. Lo realiza en tres entornos diferentes en los que se puede observar desiguales resultados.

Concluye con ideas tales como que la Enfermería aboga por un modelo de cuidados centrado en la salud, es imprescindible realizar proyectos de EpS promoviendo una vida saludable y ello es competencia de la Enfermería.

ENFERMERÍA HOSPITALARIA

Caso clínico: plan de cuidados individualizado para un paciente diabético hospitalizado.- Se describe un caso clínico abordado desde el lenguaje estandarizado de enfermería Nanda-Noc-Nic, sirve para evaluar la calidad de los servicios que se prestan, mejoran la comunicación entre los profesionales de la salud, y ayudar a que el trabajo de la enfermera se haga más visible. Aborda diagnósticos enfermeros y su tratamiento, describe las complicaciones potenciales.

Plan de Cuidados estandarizado en la fase de dilatación del parto normal (series -3-).- Se trata de un plan de cuidados estandarizado para un parto normal en su fase de dilatación. Comprende también los problemas de colaboración con sus potenciales actividades y posibles tratamientos. Concluye indicando la importancia de los planes de cuidados en cuanto que aportan un sistema para planificar y ejecutar adecuadamente los cuidados, en este caso, a las mujeres en el período de la dilatación; ofrece además un marco legal y justificando; la idoneidad para los cuidados brindados con excelencia y los recursos materiales y humanos necesarios.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La influencia de las fases lunares en el inicio de parto espontáneo.- Se trata de una revisión bibliográfica que estudia la relación entre las distintas fases lunares y el inicio del parto. Se pretende justificar si es preciso reforzar este servicio para no disminuir la calidad asistencial durante estos periodos de tiempo.

MONOGRAFÍA

La importancia del apego en la etapa infantil.- Este trabajo analiza el tipo de relación que se establece, incluso antes del nacimiento, entre madre/cuidador habitual-hijo, que determinará las bases de las futuras relaciones afectivas a lo largo de su vida. Tiene como objetivo describir cómo se forma el vínculo madre-hijo desde su gestación, parto, durante los primeros meses de vida y a lo largo de toda la etapa infantil. Describen los mecanismos y variables que influyen en la construcción del apego, así como los beneficios del método canguro o contacto piel con piel y plantea la importancia del papel de la enfermería como promotora del vínculo afectivo madre-hijo.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica



Utilización del esfigmomanómetro de talla grande por parte de los profesionales de enfermería de Atención Primaria de Cantabria

Autores:

Enara Sainz Navedo

*Diplomada en Enfermería. Eventual GAP.
Cantabria. España.*

Marta Dehesa Fontecilla

*Graduada en Enfermería. SUAP Cotoño II.
Cantabria. España.*

Mónica Domínguez Santamaría

*Graduada en Enfermería. SUAP Puentenansa.
Cantabria. España.*

Marina Lecue Martínez

*Graduada en Enfermería. CS Alto Asón.
Cantabria. España.*

Sara López Fernández

*Diplomada en Enfermería. CS Alto Asón.
Cantabria. España.*

*Dirección para correspondencia:
enarasainz@hotmail.com*

Recibido: 29 marzo de 2014

Aceptado: 12 de agosto de 2014

Trabajo premiado como proyecto con el Premio de Investigación del Colegio de Enfermería de Cantabria, año 2012.

RESUMEN

La prevalencia de obesidad en los usuarios de Atención Primaria, ha aumentado en los últimos años. La toma de la tensión arterial a estas personas es errónea si se utiliza el manguito de talla estándar, provocando errores diagnósticos y de tratamiento.

El objetivo principal es valorar la utilización del esfigmomanómetro apropiado en la medición de la tensión arterial en la población obesa adulta por parte de los profesionales de enfermería de Atención Primaria de Cantabria.

Se realiza a través de un estudio observacional, trasversal y multicéntrico, mediante una encuesta anónima al personal de enfermería en la que se valora la disponibilidad del material, los conocimientos y la actitud.

Los resultados revelan que el 85% de las enfermeras dispone de manguito de talla grande en el centro y tan solo el 36,6 % comunicó tenerlo para los domicilios. La encuesta revela carencias en cuanto a los conocimientos y actitudes respecto al tema de estudio; por ejemplo, sólo el 54,5 % usa el manguito de talla grande cuando es necesario.

Como conclusión se considera que es necesaria una formación continuada que nos ayude a mejorar el nivel de conocimientos y motivación.

Palabras clave:

- Obesidad
- Hipertensión
- Esfigmomanómetros
- Enfermería
- Atención Primaria de Salud

ABSTRACT

Nowadays, the obesity prevalence has increased in the users of Primary Health Care. Taking their blood pressure is incorrect weather we use standard sized blood pressure cuffs. Consequently, it provokes serious errors in both diagnosis and treatment.

The main goal is to assess the use of a properly sphygmomanometer in order to measure blood pressure on obese adults from nursing professionals in Cantabria Primary Health Care.

An observational, cross sectional and multicentric study has been carried out through a nursing staff anonymous survey, which evaluates the availability of the material, the knowledge and the attitude.

The results show that 85% of nurses have larger cuffs in their centers and only 36.6% of nurses reported to have them to people's home. The survey shows lack of knowledge and attitude regarding this topic: for example, only 54.5% of nurses use a larger cuffs when it is necessary.

In conclusion, continuous training program is required to help us to improve our knowledge and motivation.

Keywords:

- Obesity
- Hypertension
- Sphygmomanometers
- Nursing
- Primary Health Care

INTRODUCCIÓN-JUSTIFICACIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular por lo que se refiere a su prevalencia, estimada en los últimos años en un 35% en España^{1,2} y un 29% en Cantabria³.

Otro factor importante corresponde al sobrepeso y la obesidad, existiendo en la población una tendencia creciente del índice de masa corporal (IMC)⁴, en concreto, en Cantabria, 6 de cada 10 adultos tienen un IMC por encima de 27.

Conocida es la relación directa entre obesidad e HTA, siendo la primera un importante riesgo de la segunda^{5,6}.

La medida de la tensión arterial (TA), en la consulta o domicilio, es la técnica recomendada para el diagnóstico y seguimiento del paciente hipertenso⁷, pero hay estudios que ponen de manifiesto que el conocimiento teórico de ella por los profesionales sanitarios es pobre^{8,9}.

Está sobradamente demostrado, por múltiples investigaciones, que el uso del manguito incorrecto produce modificaciones en la tensión¹⁰, sobre todo, si tomamos la tensión en un brazo con un manguito de talla menor al que le corresponde se sabe que resultan valores más altos de los reales^{11,12}.

El papel de la enfermería es fundamental en el control y diagnóstico de la HTA¹³, por ello se considera de suma impor-

tancia que los profesionales estén bien preparados en cuanto a conocimientos y recursos, habiéndose demostrado que la técnica de la toma de TA realizada en población obesa no suele ser la correcta^{14,15}.

Si se tiene en cuenta la prevalencia antes mencionada, que demuestra un aumento en la proporción de población obesa en las consultas, y la incorrecta toma de TA por parte de los profesionales sanitarios, lleva a plantearse hacer hincapié en la importancia de una correcta toma de TA en dicha población de riesgo, para evitar sesgos en el diagnóstico y posteriores tratamientos farmacológicos no apropiados, que disminuyan la bioseguridad del paciente y aumenten el gasto farmacéutico, siendo éste ya bastante alto¹⁶.

Por ello, el objetivo de este estudio es valorar la utilización del esfigmomanómetro adecuado al perímetro braquial en la medición de la TA en la población obesa adulta por parte de las enfermeras de Atención Primaria (AP) de Cantabria.

Mediante una encuesta, que se realizó a profesionales de enfermería de Cantabria, se quiere conocer si se utiliza, y en caso contrario cuáles son las razones: si por no saber en qué momento cambiar de talla¹³ (tabla 1), o no saber que ante la duda hay que usar el manguito más grande⁸; o si se trata de falta de ma-

terial (no tener a mano ni cinta métrica ni manguito grande)¹³, o por falta de actitud, ya que puede ocurrir que por costumbre, rutina o falta de tiempo no se preste atención en la realización de la técnica.

Tabla 1¹³: * Tamaño de las cámaras para los manguitos de los esfigmomanómetros de uso más frecuente.

Talla	Perímetro del brazo (cm)	Dimensiones de la cámara (Alto x Ancho en cm)
Adulto (talla pequeña)	22-26	12x22
Adulto (talla estándar)	27-34	16x30
Adulto (talla grande; obesos)	35-44	16x36
Adulto (talla muslo)	45-52	36x42

* La mayoría de los manguitos comercializados en España no alcanzan las medidas indicadas en esta tabla. La anchura de la cámara debe cubrir el 80% del perímetro del brazo. La longitud de la funda será la suficiente para envolver el brazo y cerrarse con facilidad.

Tomado de: Vinyoles E. Las dificultades de medir la presión arterial en el paciente obeso. Hipertension [Internet] 2006; 23(2):54-6.

OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS

General

Valorar la utilización del esfigmomanómetro adecuado al perímetro braquial en la medición de la TA en la población obesa adulta por las enfermeras de AP de Cantabria.

Específicos

Conocer la disponibilidad del manguito de talla adecuada y cinta métrica necesaria para la medida de la TA en un adulto obeso por parte de la enfermería.

Valorar el conocimiento mínimo necesario por parte de las enfermeras para saber cuándo deben elegir el manguito talla grande.

Valorar la puesta en práctica de la utilización del manguito de talla grande en la población adulta obesa por parte de la enfermera.

Comparar si las enfermeras de los centros docentes disponen de mayor grado de conocimientos, actitud y material que los no docentes.

METODOLOGÍA (MATERIAL Y MÉTODOS)

Se trata de un estudio observacional, transversal, multicéntrico.

Se abarcó toda la población a estudio, siendo esta de 333 personas, todas las enfermeras que trabajan en AP, con lo que no fue preciso realizar muestreo. Se excluyeron aquellas que realizaban su labor asistencial en las consultas de pediatría, por tratarse de un estudio de población adulta, y en el servicio de urgencias de AP, por aportar uniformidad a la muestra de estudio. Fueron incluidas aquellas que realizan de manera paralela su trabajo en la consulta de adultos y en la de pediatría. No se hace distinción alguna en si éstas disponen de plaza en propiedad o están de manera eventual en dicha consulta.

En este estudio, se han utilizado variables nominales principalmente, y como variable cuantitativa, el tiempo trabajado. Se mide por un lado la presencia del manguito talla grande en el lugar de trabajo y secundariamente los conocimientos y actitudes de los diferentes profesionales de enfermería de AP de Cantabria. Posteriormente se compararon los resultados entre centros docentes y no docentes.

Para la obtención de los datos se diseñó una encuesta (ANEXO 1) que consta de cuatro partes. La primera donde se recogen dos variables, los años de experiencia profesional y si pertenece o no a un centro docente, con las que se valoró uno de los objetivos específicos. La segunda parte está compuesta por cuatro preguntas de respuesta múltiple, del tipo sí, no, no sabe / no contesta, en referencia a otra variable como es el material disponible en el lugar de trabajo. La tercera parte pretende medir la siguiente variable: conocimientos del profesional en relación al tema de estudio a través de cuatro preguntas de verdadero, falso o no sabe / no contesta. Y la última variable que se estudia, es la puesta en práctica del profesional, valorada a partir de tres preguntas con respuesta en escala tipo Likert.

El equipo investigador contacto con la dirección de enfermería de la Gerencia de AP para informales de los objetivos del estudio, así como para solicitar su ayuda en la recepción y envío de las encuestas.

La encuesta se envió de manera nominal por valija interna y fue devuelta por esta misma vía. En una carta adjunta se informó a los participantes del anonimato de los datos recogidos, así como del fin perseguido en el trabajo y que los plazos de devolución de la encuesta eran de 7 días como máximo. El equipo dejó un margen de 15 días más para la recepción de las mismas.

Con el fin de que el diseño y redacción de la encuesta se adapte al entorno de estudio se realizó un pilotaje previo a su redacción final, para controlar posibles sesgos de comprensión. Los participantes del pilotaje fueron escogidos aleatoriamente de los centros donde los miembros del equipo llevan a cabo su labor asistencial. Para controlar el sesgo que pudiera derivarse de que se respondiera con apoyo bibliográfico, las encuestas se recogieron con la mayor rapidez posible; aunque queda asumiendo este sesgo en la realización del estudio.

Tras el pilotaje, se procede a la corrección de algunos términos en los que habían surgido dudas y podían dar lugar a error de comprensión. De la misma manera se añade el ítem de no sabe/no contesta en la preguntas relacionadas con los conocimientos.

Los datos han sido analizados mediante el programa IBM SPSS Statistics 15.0. Las variables se expresaron mediante frecuencias absolutas y porcentaje, se utilizó la t de student o χ^2 según correspondiera. Para la representación gráfica de los mismos se utilizan diagramas de barras. Con respecto al análisis de datos sobre el apartado de los conocimientos el porcentaje de enfermeras que contestaron NS/NC fue incluido dentro del porcentaje de errores.

RESULTADOS

Se enviaron 333 encuestas, y el total de las recibidas, 196 (58,8%) fueron analizadas.

Del total de enfermeras encuestadas un 85,6% dice disponer de manguito de talla grande en el centro, mientras que el total

disminuye significativamente a 36,7% en la pregunta de si dispone de manguito de obeso para llevar al domicilio.

Los resultados referentes a los conocimientos sobre la medición correcta de la presión arterial a obesos se resumen en la TABLA 2.

Tabla 2. Conocimientos sobre la medición de la TA a obesos

	ACIERTO	ERROR
Si medimos la tensión con un manguito más pequeño que el correspondiente, la tensión tiende a dar valores más bajos de los reales.	52,2%	45,8%
Si un paciente viene con IMC mayor de 30 siempre requerirá un manguito de talla grande.	64,4%	35,6%
Si al medir el brazo tiene más de 35 cm de circunferencia hemos de poner un manguito de talla grande.	73,0%	27,0%
En caso de duda hay que usar el manguito más grande.	58,0%	42,0%

En relación a la actitud de las enfermeras (FIGURA 1), el 61,7% declaro no medir la circunferencia del brazo nunca, frente al 26,3% que lo hace en alguna ocasión. Mientras que el 55,1% manifiestan utilizar el manguito de talla grande siempre que es necesario. En relación al transporte a los domicilios del manguito de obesos un 39,8% dice no llevarlo nunca, frente al 38,6% que lo lleva siempre.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre las enfermeras de centros docentes y no docentes; ni referente al material del que disponen en el centro y la consulta, ni a los conocimientos que tienen, ni a las actitudes que presentan frente a la correcta toma de tensión arterial.

DISCUSIÓN - CONCLUSIONES

La toma de la tensión es una técnica muy habitual en el control de pacientes crónicos y para el diagnóstico de diferentes problemas de salud. Este estudio pretende determinar si es correcta la toma de TA en pacientes obesos por parte de las enfermeras de AP de Cantabria.

Se demuestra que las enfermeras disponen del material necesario, si no en su propia consulta, si en su centro de salud; disminuyendo este porcentaje cuando se habla de la disponibilidad de uso en los domicilios.

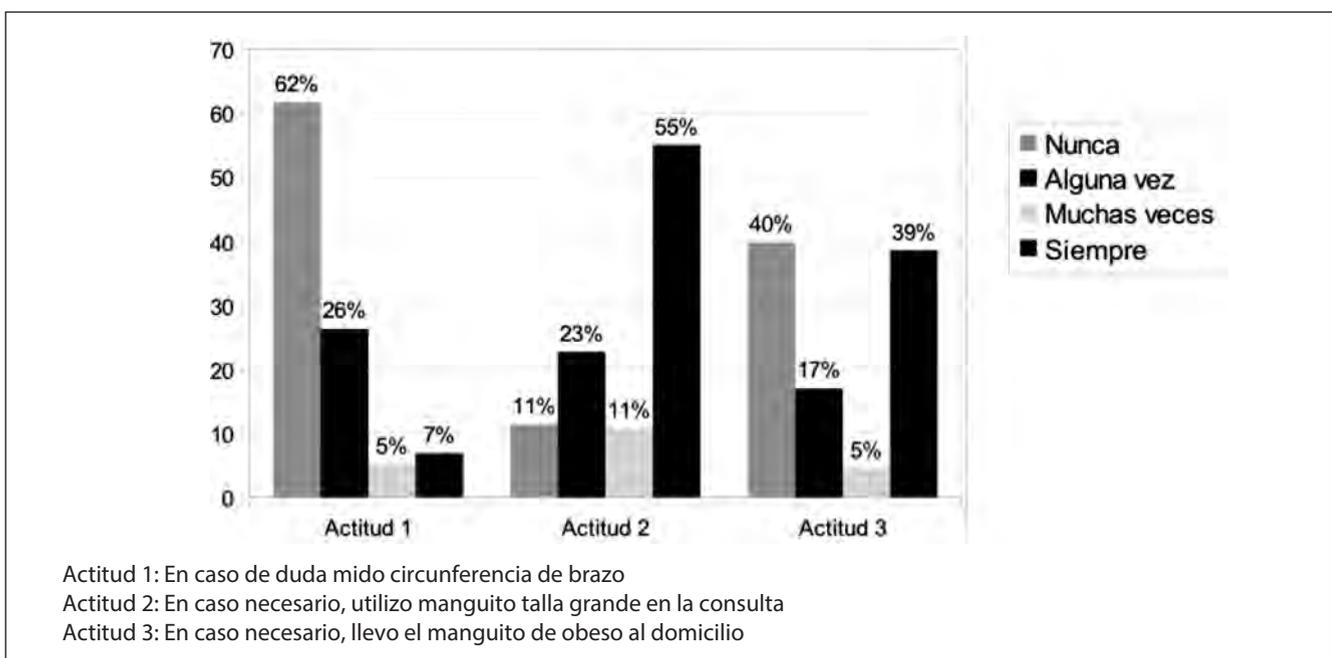
Existe literatura que indica el uso del manguito de talla grande en la población que así lo precise^{14,15}. Este estudio, pone de manifiesto que el personal de enfermería, en un elevado porcentaje, no considera oportuno el uso del mismo. Este resultado puede deberse al desconocimiento de que la técnica de TA, con un manguito de menor tamaño al necesario, determina valores de tensión mayores a los reales; derivándose de ello una mala praxis, que conlleva a la aplicación de tratamientos innecesarios y sus consecuencias iatrogénicas y económicas.

En vista de los resultados, sólo se puede valorar la actitud de aquellas enfermeras que tienen pleno conocimiento sobre la técnica; puesto que el desconocimiento de la necesidad implica el no planteamiento del uso. Este paradigma puede presentarse como un resultado en el análisis de los datos, siendo necesaria una revisión de este hecho para su posterior mejora.

Ha sido valorada la totalidad de la muestra en referencia a la actitud, cuando se debiera haber analizado únicamente la de aquel grupo con un mayor porcentaje en la parte referida a los conocimientos, para así poder valorar el uso real del manguito.

Los profesionales presentan mejores resultados en la parte que se valora la actitud, que en la que se valoran los conocimientos, indicándose que si se mejoran los conocimientos se mejora el uso adecuado del manguito. Por ello, se considera que sería preciso una formación continuada (cursos, sesiones, talleres,...)

Figura 1. Actitud de las enfermeras



y periódica, en la correcta técnica de toma de TA, para conseguir que el diagnóstico y seguimiento de éstos pacientes sea el adecuado.

Los resultados pueden estar influidos por la tasa de respuesta, que ha sido del 58,8%. La escasez de la participación puede ser interesante estudiarla con metodología cualitativa.

Por otro lado, la validez de los resultados está supeditada a la sinceridad de los participantes, pudiendo las respuestas de los individuos estar afectadas por lo que se espera de ellos como profesionales.

El resultado del estudio no se desmarca del de otras investigaciones, que ya determinaban el deficiente proceso de toma de TA por parte del personal sanitario.

Se abre una nueva línea de investigación sobre el tema tratado, ampliándose la población del estudio a todos los profesionales implicados en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la TA en la población obesa. También sería interesante analizar la variable de tiempo trabajado relacionándola con los conocimientos y la actitud.

Este estudio refleja:

La infrautilización del manguito de talla grande.

La disponibilidad del material necesario.

La falta de conocimientos y una actitud mejorable.

Como consecuencia de lo citado anteriormente, tenemos a un grupo poblacional erróneamente diagnosticado, recibiendo tratamientos innecesarios, con sus consiguientes efectos adversos y produciendo un aumento del gasto sanitario.

La importancia de un buen uso del manguito de talla grande, entre la población que así lo necesita, no sólo es fundamental como factor determinante de la salud de cada paciente, sino como elemento propiciador de una adecuada calidad de vida.

La escasa utilización de este manguito y la importancia derivada de su uso, hace pertinente una formación continuada y actualización de los conocimientos relativos a esta técnica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Pardell H, Abellán J, Muñoz J. Epidemiología de la hipertensión arterial en España. *Med Inter* [Internet] 1987. [acceso marzo de 2013]; 4465-70. Disponible en: http://www.revistanefrologia.com/revistas/ANTIGUO/1987_7_S1_5.pdf.
- 2.- Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid. [acceso en marzo 2013]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>.
- 3.- Vara-González L, Muñoz Cacho P, Sanz de Castro S. Prevalencia, detección, tratamiento y control de la hipertensión arterial en Cantabria en 2002. *Rev Esp Salud Publica* [Internet] 2007. [acceso marzo de 2013]; 81(2): 210-219. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272007000200011&lng=es.
- 4.- División Garrote JA, Alonso Moreno FJ, Prieto MA, Rama Martínez T, Dura, Beato Fernandez P. et al. Prevalencia de obesidad en hipertensos y su influencia en el grado de control de la presión arterial. *Hipertension* [Internet] 2011. [acceso marzo de 2013]; 28(3):91-8. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/hipertension--riesgo-vascular-67/prevalencia-obesidad-hipertensos-su-influencia-grado-control-90024028-originales-2011>.
- 5.- Aguilera-Zubizarreta E, Ugarte-Miota T, Muñoz Cacho P, Vara-González L, Sanz de Castro S. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en Cantabria. *Gac Sanit* [Internet] 2008. [acceso marzo de 2013]; 22(5): 461-464. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500011&lng=es
- 6.- Nguyen T, Lau DC. The obesity epidemic and its impact on hypertension. *Can J Cardiol* [Internet] 2012. [acceso marzo de 2013]; 28(3):326-33. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0828282X12000025>
- 7.- Castiñeira MC, González C, Ríos MT, Moliner JR, Crespo J, Domínguez M. ¿Sabemos tomar correctamente la presión arterial?. *Hipertens. riesgo vasc* [Internet] 2009. [acceso marzo de 2013]; 26(1), 7-13. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/67/67v26n01a13134040pdf001.pdf>
- 8.- González-López JJ, Gómez-Arnau Ramírez J, Torremocha García R, Albelda Esteban S, Alió del Barrio J et al. Conocimientos sobre los procedimientos correctos de medición de la presión arterial entre estudiantes universitarios de ciencias de la salud. *Rev Esp Cardiol* [Internet] 2009. [acceso marzo de 2013]; 62(5):568-71. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/conocimientos-sobre-los-procedimientos-correctos/articulo/13136003/>
- 9.- Rodríguez de Frutos J, Suárez Fernández C, Pardo Prieto L, Rodríguez Salvanés F. ¿Saben los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna y Cardiología del área 2 de Madrid medir correctamente la presión arterial?. *Hipertens. riesgo vasc* [Internet] 2004. [acceso marzo de 2013]; 21(3):108-113. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889183704714695>.
- 10.- Fernández L, Guerrero L, Segura J, Gorostidi M. Papel del personal de enfermería en el control de la hipertensión arterial y en la investigación cardiovascular. *Hipertension* [Internet] 2010. [acceso marzo de 2013]; 27(1) :41-52. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/hipertension--riesgo-vascular-67/papel-personal-enfermeria-control-hipertension-arterial-investigacion-90003252-aportaciones-proyecto-cardiorisc-optimizacion-manejo-paciente-hipertenso-2010>.
- 11.- Zdrojewski K, Kozicka-Kąkol K, Chwojnicki K, Szpakowski P, Konarski R, Wyrzykowski B. Arm circumference in adults in Poland as an important factor influencing the accuracy of blood pressure readings. *Blood Press Monit* [Internet] 2005. [acceso en Marzo 2013]; 10(2):73-77. Disponible en: http://journals.lww.com/bpmonitoring/Abstract/2005/04000/Arm_circumference_in_adults_in_Poland_as_an_4.aspx.
- 12.- Sicras-Mainar A, Navarro-Atieda R. Coste de la hipertensión arterial según grados de morbilidad en atención primaria. *Med Clin (Barc)* [Internet] 2009. [acceso Marzo de 2013]; 133(8):290-5. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/articulo/coste-hipertension-arterial-segun-gradoss-13140240>.
- 13.- Vinyoles E. Las dificultades de medir la presión arterial en el paciente obeso. *Hipertension* [Internet] 2006; 23(2):54-6. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/hipertension--riesgo-vascular-67/las-dificultades-medir-presion-arterial-paciente-obeso-13087395-revisiones-2006>.
- 14.- Pierin AM, Alavarce DC, Gusmao JL, Halpern A, Mion Jr D. Blood pressure measurement in obese patients: comparison between upper arm and forearm measurements. *Blood Press Monit* [Internet] 2004. [acceso marzo de 2013]; 9(3):101-105. Disponible en: http://journals.lww.com/bpmonitoring/Abstract/2004/06000/Blood_pressure_measurement_in_obese_patients_.1.aspx.
- 15.- Fonseca-Reyes S, Alba-García JG, Parra-Carrillo JZ, Paczka-Zapata JA. Effect of standard cuff on blood pressure readings in patients with obese arms. How frequent are arms of a 'large circumference'? *Blood Press Monit* [Internet] 2003. [acceso Marzo de 2013];8(3):101-6. Disponible en: <http://journals.lww.com/bpmonitoring/pages/articleviewer.aspx?year=2003&issue=06000&article=00002&type=abstract>.
- 16.- Meyer F, Meyer T, Klein R. Problemfälle bei der Blutdruckmessung in der HNO-Praxis: Patienten mit zu dickem Arm. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich.* [Internet] 2006. [acceso marzo de 2013]; 100(5):389-93. Disponible en: <https://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-2006-954445>.

ANEXO 1

Cuestionario para valorar la toma de la tensión por parte de la enfermera de AP en la población obesa y con ello se pretende realizar propuestas de mejora a la gerencia. En ella participarán enfermeros/as de consulta de adultos del GAP, con el objetivo de realizar un estudio descriptivo.

Por supuesto el cuestionario será anónimo. No incluye nombre ni datos que permitan identificarte por lo que te pedimos la máxima sinceridad para que este estudio tenga un resultado real y con los menores sesgos posibles. Aunque la encuesta se haya enviado de manera nominal, será devuelta de manera anónima a la gerencia para mantener la confidencialidad de los datos.

Enviar la encuesta cumplimentada por valija a secretaría de dirección de AP. antes de una semana.

DATOS GENERALES:

Tiempo trabajado: _____

Centro en el que trabajas actualmente (redondea)
 Centro docente (hay alumnos de enfermería de prácticas).
 Centro no docente

PON UNA "X" EN LA RESPUESTA QUE CONSIDERES CORRECTA

¿Dispone el centro de salud de manguito de talla grande para la toma de la TA?

SI	
NO	
NS/NC	

En la consulta ¿Dispones de manguito de talla grande para la toma de la TA?

SI	
NO	
NS/NC	

¿Y para los domicilios?

SI	
NO	
NS/NC	

¿Dispones de cinta métrica?

SI	
NO	
NS/NC	

RESPONDE VERDADERO/FALSO: (Señala con una "X" en la casilla correspondiente):

Si medimos la tensión con un manguito más pequeño que el correspondiente, la tensión tiende a dar valores más bajos de los reales.

VERDADERO	
FALSO	
NS/NC	

Si un paciente viene con IMC mayor de 30 siempre requerirá un manguito de talla grande.

VERDADERO	
FALSO	
NS/NC	

Si al medir el brazo tiene más de 35 cm de circunferencia hemos de poner un manguito de talla grande.

VERDADERO	
FALSO	
NS/NC	

En caso de duda hay que usar el manguito más grande.

VERDADERO	
FALSO	
NS/NC	

AHORA VALORAMOS LO QUE HABITUALMENTE HACES EN LA CONSULTA: (Señala con una "X" en la casilla correspondiente)

Cuando no tengo claro que manguito utilizar mido la circunferencia del brazo.

NUNCA	
ALGUNA VEZ	
MUCHAS VECES	
SIEMPRE	

En la consulta utilizo el manguito de talla grande cuando es necesario.

NUNCA	
ALGUNA VEZ	
MUCHAS VECES	
SIEMPRE	

Llevo al domicilio el manguito de talla grande cuando es necesario.

NUNCA	
ALGUNA VEZ	
MUCHAS VECES	
SIEMPRE	



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Resultados del Protocolo de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cérvix en la Zona Básica de Salud de Laredo. Cantabria

Autoras:

Marina Amparán Ruiz

Enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología. Centro de Salud Camargo Costa. Gerencia de Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. España.

María Paz Zulueta

Doctora en Ciencias de la Salud. Enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología. Departamento de Enfermería. Universidad de Cantabria. Cantabria. España.

*Dirección para correspondencia:
marina.amparan@scsalud.es*

Recibido: 4 de abril de 2014

Aceptado: 18 de agosto de 2014

RESUMEN

Antecedentes: La mortalidad y morbilidad del cáncer de cérvix puede ser reducida mediante el cribado por citología cervical.

Objetivo: Describir la patología cérvico-vaginal diagnosticada por citológica vaginal en la zona básica de salud de Laredo.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Se identificaron el total de mujeres con al menos una citología vaginal valorable (N=639), durante el periodo de estudio 2010-2011. Se estudiaron las alteraciones celulares, infecciosas e inflamatorias. Se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas empleando las frecuencias absolutas y los porcentajes. Se estimaron los Intervalos de Confianza (IC) al 95%.

Resultados: En el 8,45% de las citologías vaginales se detectaron alteraciones celulares, en el 10,64% alteraciones infecciosas, en el 2,66% alteraciones celulares e infecciosas y en el 0,32% alteraciones inflamatorias. En el 3,60% se informaron de lesiones LSIL o HSIL. En el 6,10% de las mujeres se detectó presencia de VPH (Virus del Papiloma Humano), de las cuales el 79,48% fueron cepas de alto riesgo.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren una alta prevalencia de alteraciones celulares comparado con otras comunidades autónomas en España. Se detectan cepas VPH de alto riesgo para el cáncer de cuello uterino. El 60% de ellas no están cubiertas por el actual programa de vacunación.

Palabras clave:

- Neoplasias del cuello uterino
- Cáncer de cuello uterino
- Cribado
- Infecciones por papillomavirus
- Frotis vaginal

ABSTRACT

Background: The morbidity and mortality of cervical cancer can be decreased by the role of cervical cytology screening.

Objective: To describe cervico-vaginal pathology diagnosed by cervical cytology in Laredo Primary Health Care.

Methods: It is a cross-sectional study. A total of 639 women were identified with at least a satisfactory vaginal cytology during the study period, which lasted from the beginning of 2010 to the end of 2011. Abnormal cells, vaginal or uterine infections and inflammatory changes were studied. A descriptive analysis was carried out of qualitative variables. We applied absolute frequencies and percentages and we estimated a 95% confidence interval (CI).

Results: 8,45% of pap smears showed cellular alterations, 10,64% infections, 2,66% abnormal cells and infectious disease process and 0,32% inflammatory changes.

In addition, 3,60% of smears showed Low-Grade squamous Intraepithelial Lesion (LGSIL) or High Grade squamous Intraepithelial Lesion (HGSIL). In 6,10% of women were detected HPV (Genital Human Papillomavirus), of which 79,48% were high-risk types of HPV.

Conclusions: Our results suggest a high prevalence of cellular alteration in comparison with other Spanish communities. High-risk HPV that cause cervical cancer were detected and 60 per cent of them are not covered by current vaccination programme.

Keywords:

- Uterine cervical neoplasms
- Cervix cancer
- Screening
- Papillomavirus Infections
- Vaginal Smears

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer de cérvix representa casi el 10% de todos los cánceres en la mujer⁽¹⁾ y es el segundo cáncer más frecuente en mujeres después del de mama en el mundo⁽²⁾. En el año 2010, la tasa de incidencia poblacional media es de 7,6 por 100.000 mujeres y año, la mayoría en edad activa (35-50 años)⁽³⁾. Su agente causal, el virus del papiloma humano, tiene un largo periodo de latencia (10-15 años desde la displasia leve al cáncer invasor)⁽⁴⁾. La supervivencia a 5 años es del 90% si se diagnostica en estadios iniciales, frente al 14% cuando se diagnostica en estadios avanzados⁽⁵⁾.

Es posible disminuir su incidencia y mortalidad, ya que se dispone de métodos de detección precoz que se han demostrado eficaces para reducir la mortalidad por dicho cáncer^(6,7). El actual Protocolo de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cérnix en Cantabria⁽⁸⁾ tiene por objetivo general la reducción de la incidencia de cáncer de cérvix en las mujeres de nuestra Comunidad mejoran-

do la cobertura en la población diana y potenciando el nivel asistencial de Atención Primaria (AP) (al menos el 80% de todas las citologías de cribado del Servicio Cántabro de Salud se deben realizar en AP). La matrona de AP, responsable del Programa de la Mujer, participa en la captación de las mujeres para el cribado oportunista, mejoran la información de las mujeres que participan en el cribado y realizan la obtención de la toma para la muestra. Cabe destacar, que la consulta para la obtención de la muestra, no es una simple toma exo-endocervical, en ella se lleva a cabo una anamnesis completa, una valoración física de los genitales externos y suelo pélvico, detección de las necesidades, así como la educación para la salud, educación afectivo sexual...

Además desde los años 2006-2007 disponemos de dos vacunas autorizadas contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), Gardasil®(Sanofi-Pasteur) y Cevaxix® (GlaxoSmithKline). Gardasil® vacuna contra VPH 6, 11, 16, 18; Cervarix® vacuna contra VPH 16, 18. Actualmente en nuestra región se administra esta

última en el programa de vacunación contra el VPH; no existe consenso internacional en torno a cuál de las dos vacunas ofrece una mejor prevención en cuanto a la aparición de cáncer de cuello uterino⁽⁹⁾.

2. OBJETIVO

El objetivo del presente estudio es describir la patología cérvico-vaginal diagnosticada por toma de muestra citológica en la zona básica de salud de Laredo.

3. METODOLOGÍA

Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal de los resultados del cribado del Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cérvix en la zona básica de salud de Laredo entre el 1 de Enero de 2010 y 31 de Diciembre de 2011.

Población: la población susceptible de estudio, ajustándonos a los criterios del actual Protocolo de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cérvix en Cantabria, son las mujeres entre 21 y 65 años con actividad sexual coital, no hysterectomizadas, mujeres menores de 21 años que hayan iniciado relaciones sexuales dos años antes y las mujeres mayores de 65 años sin cribado previo adecuado.

Fuente de datos: a partir de los listados del Protocolo de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cérvix de la Cartera de Servicios de AP se identificaron las mujeres en las que constaba en su historia clínica el resultado de al menos una citología valorable realizada en el periodo de estudio (N=639). La Zona Básica de Salud de Laredo cuenta con un Centro de Salud y dos consultorios rurales, Liendo y Valle de Villaverde. La matrona de zona fue la responsable de la obtención de las muestras durante el periodo de estudio. Para cada mujer, los datos se recogieron a partir de las historias clínicas informatizadas a través del programa OMI, utilizado en Atención Primaria del SCS y se completaron los datos con las historias clínicas en papel y el Visor de Historias Clínicas de Atención Especializada cuando fue necesario.

Variables: como principales variables se recogieron la edad, número de citologías realizadas durante el periodo de estudio, los resultados de las citologías, solicitud y resultado de Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR). Los resultados de las citologías se clasificaron con el sistema Bethesda actualizado en el año 2001⁽¹⁰⁾, consideraron citologías positivas cuando el resultado se clasificó como: lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LSIL), lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL), células escamosas o glandulares atípicas de significado indeterminado (ASC-US/ASCH) o células atípicas con sospecha de cáncer. En cuanto a los resultados de las PCR, se consideraron cepas virales de alto riesgo para el desarrollo del cáncer de cuello uterino siguiendo el criterio de Muñoz y colaboradores⁽¹¹⁾: 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 73 y 82.

Análisis estadístico: los datos se recogieron en una hoja de recogida de datos y se tabularon en una hoja de cálculo SPSS 19.0. Para realizar el análisis de los distintos contrastes y pruebas esta-

dísticas se utilizó el paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows. Los datos obtenidos se analizaron junto con la Unidad de Apoyo Metodológico del Servicio Cántabro de Salud. El análisis de datos incorporó un análisis descriptivo inicial. Para las variables discretas se estimaron proporciones con sus correspondientes intervalos de confianza al 95% (IC95%), según el método exacto de Fleiss. Para las variables continuas se estimaron medias con su desviación estándar.

Consideraciones éticas: Los datos fueron anonimizados y tratados de un modo confidencial con arreglo a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Para cada mujer se creó un código de identificación único asociado a su número de historia clínica del Centro de Salud. Esta codificación garantiza que no es posible la identificación del titular de los datos en ningún momento. Se mantendrá la confidencialidad de la información con arreglo a la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre y la Ley de Cantabria 7/2002, 10 de Diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria.

4. RESULTADOS

La edad media de las mujeres incluidas en la muestra fue de 39 años, con un rango de entre 19 y 69.

El 95,9% de las mujeres que se sometieron al cribado se encontraban entre 21 y 65 años.

En el 77,93% de las mujeres cribadas el resultado fue "negativo para lesión intraepitelial o malignidad". El 22,07% de los resultados fueron positivos, de los cuales en el 8,45% se detectaron alteraciones celulares, en el 10,64% alteraciones infecciosas, en el 2,66% alteraciones celulares e infecciosas y en el 0,32 % alteraciones inflamatorias.

El 89,8% se realizaron una citología durante el periodo de estudio. El motivo más frecuente de repetición de citología fue la alteración celular (37,70%), seguido del inicio de protocolo (26,23%) y la detección de alteración infecciosa (19,67%). Atendiendo a los criterios del actual Protocolo, se realiza una citología anual durante los dos primeros años de inclusión en Protocolo, aún con resultado previo negativo.

En cuanto a las alteraciones celulares, el 3,60% de las mujeres (N=23 pacientes) tenían citologías compatibles con LSIL o HSIL. La patología celular se concentró mayoritariamente entre los 25 y los 40 años. Ver tabla 1.

Tabla 1. Frecuencia del tipo de patología celular. Mujeres con al menos una citología valorable realizada. Zona Básica de Salud Laredo, Cantabria, 2010- 2011.

Alteraciones Celulares	N	%
Negativo*	568	88,89
Positivo	71	11,11
ASC-US	45	7,04
ASCH	3	0,47
LSIL	15	2,35
HSIL	8	1,25
Total	639	100,00

* Negativo para lesión intraepitelial o malignidad.

Se realizó la solicitud de PCR al 11,11% (N=71) de las mujeres. El motivo de solicitud más frecuente fue la citología positiva por ASC-US (56,34%) y LSIL (19,72%), seguido de HSIL (9,86%) y ASCH (2,82%). En el 11,27% de los casos se solicitó PCR con citología negativa por PCR previa positiva para VPH.

El 54,9% de las PCR solicitadas mostraron resultado positivo para la presencia de VPH. La prevalencia de VPH en nuestra muestra fue del 6,10% (N=39) y el 79,48% (N=31) fueron cepas de alto riesgo. En 20 mujeres encontramos la coexistencia de varios virus de alto riesgo (entre 2 y 7 genotipos diferentes). Los tipos 16 y 18, cubiertos por la vacuna incluida por nuestro actual calendario vacunal, son más del 44% de los virus de alto riesgo identificados. Ver tabla 2.

Tabla 2. Prevalencia de genotipos de alto riesgo del Virus de Papiloma Humano. Mujeres con al menos una citología valorable. Zona Básica de Salud Laredo, Cantabria, 2010- 2011.

Genotipo Virus del Papiloma Humano de Alto Riesgo	N	%*
Número 16	12	33,33
Número 18	4	11,11
Número 31	7	19,44
Número 33	3	8,33
Número 45	2	5,56
Número 51	6	16,67
Número 52	4	11,11
Número 53	6	16,67
Número 58	5	13,89
Número 59	4	11,11
Número 66	6	16,67
Número 68	7	19,44
Número 82	4	11,11

* Debido a la coexistencia de varios genotipos en la misma mujer los porcentajes suman más de 100.

El 13,30% de las mujeres presentaron alguna alteración infecciosa aislada o bien asociada a lesión celular (2,66%). Dentro de las alteraciones infecciosas fueron las candidiasis (47,05%; N=40) y las vaginosis bacterianas (41,17%; N=35) los diagnósticos más frecuentes. Las tricomonas y actinomices representaron el 3,52%. La patología infecciosa se concentró mayoritariamente en mujeres menores de 40 años.

5. DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

El 8,45% de las mujeres presentaron al menos una citología con alteración morfológica (cribado positivo). Esta prevalencia de citologías positivas es superior comparada con otros estudios nacionales^(12,13) e internacionales⁽¹⁴⁾. En un estudio nacional reciente realizado en Cataluña encuentran que el 3,5% de las citologías realizadas en el periodo 2008-2011 fueron positivas⁽¹³⁾, empleando el mismo criterio de positividad que el presente estudio. El porcentaje de ASCUS del 7,04% detectado en nuestra muestra es superior a lo esperado en una población de bajo ries-

go (< 5%)⁽¹⁴⁾. En Cataluña observaron un 1,6% de ASCUS⁽¹³⁾, y en países como Estados Unidos y Suecia los porcentajes son del 5% y el 2% respectivamente⁽¹⁵⁾. Un diagnóstico de ASCUS identifica a pacientes que tiene un mayor riesgo de presentar o desarrollar LSIL por ello sería necesario ampliar el presente estudio para confirmar esta observación, y en su caso considerar esta zona como prioritaria para las intervenciones del programa de detección precoz de cáncer de cérvix.

La presencia de VPH en las muestras fue del 6,10%, esto sitúa a la zona de Laredo con unas prevalencias superiores a las reportadas para muestras poblacionales de la región de Barcelona que oscilan entre el 1,3 al 5%⁽¹³⁾. Este dato de una mayor prevalencia de presencia viral en las muestras de citologías en Laredo está en consonancia con los altos porcentajes de citologías positivas anteriormente mencionados. En cuanto al genotipo identificado, el 79,48% (N=31) fueron cepas de alto riesgo.

Algunas de las cepas de alto riesgo identificadas no están cubiertas por ninguna de las dos vacunas existentes en el mercado. Entre los genotipos de alto riesgo más frecuentes se encontraron el 16 (33,33%) el 31 (19,44%) y el 68 (19,44%) seguidos de los genotipos 51, 53, 66, 58, 18, 52, 59, y 82. En el calendario vacunal de nuestra región está incluida la vacuna Cervarix®, que protege frente a los tipos 16 y 18, que en nuestra muestra son el 44,44 % de los virus de alto riesgo identificados. El genotipo 31, que fue el segundo en frecuencia junto con el 68, está asociado al riesgo de cáncer de cérvix, y no está cubierto por ninguna de las dos vacunas disponibles, además de ser de los más virulentos. Otro dato relevante es que se detectaron dos mujeres infectadas con el genotipo 45, que junto con el 16 y 18 y el 31 ya mencionado, son los que producen una mayor inestabilidad cromosómica y por tanto una mayor riesgo de desarrollo de este tumor⁽¹²⁾. Debido a que es un estudio local, sería imprescindible tener datos actualizados de toda la región para valorar adecuadamente las frecuencias de los genotipos de alto riesgo y monitorizar los posibles cambios que la vacunación es previsible que produzca.

Las candidiasis vaginales (47,05%; N=40) y las vaginosis bacterianas (41,17%; N=35) fueron las alteraciones infecciosas más frecuentes. Esta patología infecciosa se concentró mayoritariamente en mujeres en edad reproductiva. Algunos factores que predisponen a la mujer en edad reproductiva a estas enfermedades son los tratamientos hormonales, debido a que modifica la consistencia del moco cervical, el dispositivo intrauterino y la frecuencia de duchas vaginales^(16,17). La prevalencia encontrada en nuestra muestra es superior comparada con otros estudios y revisiones sistemáticas. De acuerdo a algunos investigadores^(18,19) la prevalencia de candidiasis vaginales y vaginosis bacteriana en mujeres en edad reproductiva se encuentra en torno a un 40% y 30% respectivamente. Ambas patologías afectan a más de la tercera parte de las mujeres en edad reproductiva, lo que significa que puede tener repercusiones perinatales y ginecológicas. Creemos que sería necesario ampliar el presente estudio para confirmar esta observación, y planificar las intervenciones específicas dentro del Programa de Salud de la Mujer.

En conclusión, nuestros resultados sugieren que la Zona Básica de Salud de Laredo es una zona de mayor incidencia en la aparición de lesiones cervicales, presencia de virus VPH de alto riesgo oncogénico, así como de alteraciones infecciosas, por lo que sería interesante ampliar el presente estudio para confirmar esta observación, y en su caso considerar esta zona como prioritaria para las intervenciones dentro del Programa de De-

tección Precoz de Cáncer de Cérvix y del Programa de Salud de la Mujer.

6. AGRADECIMIENTOS

A todo el personal de la Gerencia única de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud por el apoyo y las facilidades dadas para realización de este estudio. Al Hospital de Laredo por las facilidades para completar la base de datos. Al Dr. Pedro Muñoz Cacho, Técnico en Salud Pública del Servicio Cántabro de Salud, por su ayuda en la elaboración de la base de datos y por su contribución en la elaboración de este manuscrito.

7. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Franco EL, Duarte-Franco E, Ferenczy A. Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. *CMAJ*. 2001;164(7):1017-25.
- 2.- Diestro-Tejeda MD, Serrano-Velasco M, Gómez-Pastrana F. Cáncer de cuello uterino. Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH). *Oncología*. 2007;30(2):42-59.
- 3.- Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N, et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. 2 nd ed. Summary document. *Ann Oncol*. 2010;21:448-58.
- 4.- Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, Rodriguez AC, Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet*. 2007;370:890-907.
- 5.- Control integral del cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales. Organización Mundial de la Salud. (Consultado el 2/6/2012.) Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243547008_spa.pdf.
- 6.- Moyer VA; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for cervical cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2012;156(12):880-91.
- 7.- Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J, et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *CA Cancer J Clin*. 2012;62(3):147-72.
- 8.- Protocolo de Detección Precoz de Cáncer de Cérvix. Gobierno de Cantabria, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección General de Salud Pública. Cantabria, 2011.
- 9.- Morano R, Torné A, Castellsagué X. Impacto sanitario y económico de la vacunación frente al cáncer de cérvix y lesiones precursoras en España. *Prog Obstet Ginecol*. 2012;55:299-303.
- 10.- Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, et al. Forum Group Members; Bethesda 2001 Workshop. The 2001 Bethesda system. Terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA*. 2002;287:2114-9.
- 11.- Muñoz N, Castellsagué X, Barrington de González A, Gissmann L (2006) Chapter 1: HPV in the etiology of human cancer. *Vaccine*. 2006; 24:S1-S10.
- 12.- De Sanjosé S, García AM, editores. Virus del papiloma humano y cáncer: epidemiología y prevención. (Cuarta Monografía de la Sociedad Española de Epidemiología). Madrid: EMISA; 2006. p. 147.
- 13.- Rodríguez-Salés V, Roura E, Ibáñez R, Peris M, Bosch FX, Coma EE, de Sanjosé S. Cobertura del cribado de cáncer de cuello uterino en Cataluña (2008-2011). *Gac Sanit*. 2014;28:7-13.
- 14.- Schmolling Guinovart Y, Barquín Solera JJ, Zapata Ingelmo A, Merino Segovia R, Rodríguez Martínez B, León González E. Anomalías citológicas de cérvix y lesiones precancerosas subsecuentes en un área sanitaria. *Aten Primaria*. 2002;29: 223-9.
- 15.- Ibáñez R, Moreno-Crespi J, Sardà M, Autonell J, Fibla M, Gutiérrez C, et al. Prediction of cervical intraepithelial neoplasia grade 2+ (CIN2 +) using HPV DNA testing after a diagnosis of atypical squamous cell of undetermined significance (ASC-US) in Catalonia, Spain. *BMC Infect Dis*. 2012;12:25.
- 16.- Mashburn J. Etiology, diagnosis, and management of vaginitis. *J Midwifery Womens Health*. 2006;51:423-30.
- 17.- Mashburn J. Vaginal infections update. *J Midwifery Womens Health*. 2012;57:629-34.
- 18.- Ilkit M, Guzel AB. The epidemiology, pathogenesis, and diagnosis of vulvovaginal candidosis: a mycological perspective. *Crit Rev Microbiol*. 2011;37:250-61.
- 19.- Kenyon C, Colebunders R, Crucitti T. The global epidemiology of bacterial vaginosis: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;209:505-23.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

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

Autores:

Arrate Astigarraga Suárez

Enfermera de Reanimación del Hospital de Laredo. Cantabria. España.

M^a Carmen Aristín Ortega

Enfermera del Servicio de Prevención de Fraternidad-Muprespa. Cantabria. España.

Ester Fernández Rivera

Enfermera Especialista en Enfermería Geriátrica de la Residencia La Caridad de Santander. Cantabria. España.

Beatriz García Aja

Enfermera Especialista en Enfermería Geriátrica de la Residencia La Caridad de Santander. Cantabria. España.

*Dirección para correspondencia:
arrateas@yahoo.es*

Recibido: 5 de mayo de 2014

Aceptado: 22 de septiembre de 2014

Trabajo premiado como proyecto con el Premio de Investigación del Colegio de Enfermería de Cantabria, año 2012.

RESUMEN

El aumento de la esperanza de vida conlleva a una mayor prevalencia de enfermedades incapacitantes asociadas al envejecimiento y con ello un mayor uso de contenciones mecánicas. En la actualidad no hay suficiente evidencia científica que clarifique la situación estadística real de las mismas. Tampoco existe una normativa estatal general y unificada que encuadre su uso y que dé respuesta al dilema ético que se genera en torno a esta práctica.

El propósito del estudio es analizar el uso de la contención mecánica en una población geriátrica.

Se trata de un estudio observacional prospectivo en una residencia geriátrica de Cantabria con una muestra de 260 usuarios.

Como resultados relevantes encontramos una prevalencia del 71,15% de contenciones, un uso mayoritario de las barras en cama (73,5%) y como motivo principal el riesgo de caída/autolesión.

Del estudio se concluye que es necesaria una modificación de los consentimientos informados, una formación más completa y específica del personal sobre los ancianos susceptibles de su uso, así como el desarrollo de una legislación.

En este trabajo se recalca la necesidad y la importancia de seguir esta línea de investigación para crear una imagen más real y completa del estado actual del uso de la contención mecánica.

Palabras clave:

- Anciano
- Restricción física
- Trastornos del Conocimiento
- Casas de Salud

ABSTRACT

The increase of the life expectancy entails a greater prevalence of incapacitating illness which are associated with aging. Thus, there is a greater use of physical restraints.

Nowadays, there is not enough scientific evidence to make clear the current statistical situation. There is no general and unified government regulation, who defines their use and providing an answer to the ethical dilemma that arose on this practice.

The aim of this research is to analyze the use of the physical restraints in geriatric population.

This is a prospective observational research which is carried out in a nursing home in Cantabria with a sample of 260 users.

Relevant outcomes were, on the one hand a prevalence of physical restraint of 71.15 percent, on the other hand most of the case have two side rails up in bed (73.5%), being the main reason for using them the risk of falling and self-harm.

In conclusion, a modification of informed consent is needed, a complete and specific training on the elderly susceptible to use restraint should be given to the staff as well as the development of legislation.

This study emphasizes both the importance and the need to go on this line of research in order to create a full and true picture of the current reality of physical restraint use.

Keywords:

- Aged,
- Restraint, Physical
- Cognition Disorders
- Nursing Homes.

INTRODUCCIÓN

La restricción física se define como: "cualquier método físico, manual, aparato mecánico o equipo que esté contiguo al cuerpo del individuo, que lo sujete de tal forma que la persona no lo pueda suprimir fácilmente y el cual restrinja la libertad de movimientos o el acceso normal a cualquier parte de su cuerpo"¹.

Por tanto, dentro de esta definición quedan englobados los siguientes sistemas: barras laterales en cama, muñequeras, cinturones torácicos, cinturones simples de cama y de silla, sábanas y pijamas fantasmas... así como las manoplas.

Su uso está muy extendido en hospitales, en residencias de ancianos e incluso en los propios domicilios^{1,2}.

Principalmente se usan en personas mayores con deterioro funcional físico y/o cognitivo; con un alto riesgo de caídas; en tratamiento con fármacos psicotrópicos; en aquellos que necesitan cuidados instrumentales como sondas nasogástricas o vesicales o en aquellos que presentan desarraigo familiar^{3,4}. Es decir, se usan en pacientes dependientes que precisan de muchos cuidados o en aquellos en los que no se puede controlar su conducta.

Los principales motivos descritos en la literatura para su uso son: mejorar la seguridad del paciente al evitar caídas; mante-

ner una postura correcta; evitar el vagabundeo; impedir que se manipulen equipos médicos y controlar conductas auto o heteroagresivas^{2,7}.

Otras razones importantes por las que se aplican son el miedo a posibles denuncias por parte de los familiares en caso de caídas; la necesidad de cumplir con los horarios establecidos, falta de personal y de formación del mismo o bien que el diseño del establecimiento no cumple con los criterios de espacios libres de sujeciones⁷.

Cabe destacar que en muchas ocasiones son los propios familiares quienes lo solicitan pero esto puede ser debido al desconocimiento de las alternativas existentes^{3,4}.

En 1997 se llevó a cabo un estudio comparativo entre Europa y EEUU que demostró que la prevalencia de las contenciones en España era superior a la del resto de los países evaluados con un 39,6%⁸.

Años más tarde, en 2008, se realizó un estudio en veinticinco residencias de ancianos de Madrid obteniendo como resultados una prevalencia del 20,8% en contraposición con los datos previos. Destaca que un 63,4% de las contenciones lo representaba el uso de barras laterales. Así mismo, quedaba reflejado que en

la mayoría de los casos (62,6%) sólo se usaba un único dispositivo por paciente pero casi todos de forma permanente (71,4%)⁷.

Desde que en el siglo XVIII el Dr. Pinel retirase los grilletes a los enfermos mentales de su hospital, por considerarlo perjudicial para su estado⁹, se ha venido luchando contra esta práctica. Actualmente hay entidades como la Fundación María Wolff en unión con la Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras demencias (CEAFA)¹⁰ y la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA) que a través de sus programas "Terapias no Farmacológicas y Cuidados de demencias sin sujeciones" y "Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer" respectivamente, luchan por erradicar esta práctica. Gracias a ellos España cuenta con más de 50 centros libres de sujeciones⁴, uno de los cuales se encuentra en Santander.

Todavía se siguen creando proyectos con el mismo fin. De hecho, el Colegio de Enfermería de Cantabria está desarrollando un grupo de trabajo para su consecución.

La prescripción de estas medidas conlleva un dilema ético al entrar en conflicto los principios de Autonomía y de Beneficencia, es decir, la libertad del paciente de decidir sobre su salud frente al deber profesional de velar por el bienestar del paciente y protegerle de daños. Es por este motivo que antes de pautarlas se debe valorar que los beneficios sean superiores a los riesgos¹¹.

La Constitución española, en el artículo 17.1, establece: "Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley".

La ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece en el artículo 5 que el paciente es el dueño de la información concerniente a su salud y en el artículo 8 establece que toda intervención sobre la salud requiere del libre consentimiento del paciente¹².

En nuestro país, la Comunidad Foral de Navarra ha sido la primera en legislar el uso de las contenciones mecánicas³ mediante el conocido como Decreto de Sujeciones. Este decreto desarrolla el artículo 8 de la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales. Consta de cinco capítulos en los que define el término sujeción física y farmacológica, regula el ámbito de aplicación y establece cuáles son los principios y los derechos de los pacientes. Además, establece que la prescripción es competencia exclusiva del facultativo y el propio paciente o en su defecto el familiar responsable debe autorizarlo mediante el consentimiento informado no siendo necesario comunicarlo al Ministerio Fiscal. También establece la manera de proceder en casos de urgencia, se debe avisar al facultativo en el menor tiempo posible, al familiar y posteriormente al Ministerio Fiscal⁹.

A pesar de los motivos esgrimidos anteriormente, no hay evidencia científica que avale que el uso de las contenciones aporte algún beneficio para el paciente⁷. De hecho, éstas repercuten en su estado de salud tanto a nivel físico como psicológico. Entre sus efectos negativos cabe destacar: mayor deterioro cognitivo; aumento del riesgo de desarrollo de úlceras por presión; aumento del nivel de dependencia; pérdida de tono muscular; aparición de incontinencia urinaria y fecal; problemas de estreñimiento; mayor riesgo de infecciones respiratorias; disminución del apetito; agresividad; depresión y aislamiento social^{3-5,13}. En definitiva, generan una pérdida de autonomía, de autoestima y de dignidad.

Pero además de estas consecuencias se han descrito unas complicaciones potenciales como son: muerte por asfixia al quedar atrapados en la contención; muerte súbita en pacientes con patología cardiovascular previa debida a la liberación de catecolaminas como consecuencia de la ansiedad generada; y por último un mayor riesgo de caídas con peor resultado⁶. De hecho, se ha observado que los pacientes contenidos tienen tres veces más probabilidades de sufrir una lesión cuando intentan levantarse⁵.

Según un estudio realizado por Miles, un 1% de los pacientes que fallecen en residencias de ancianos es por el uso de estos dispositivos y la Food Drugs Administration (FDA) establece que en EEUU se producen cerca de 200 muertes al año por el mismo motivo¹⁴.

En Cantabria se han registrado cuatro muertes en cuatro años relacionadas con los cinturones de contención².

Un estudio realizado en Australia en el año 2005 identificó una serie de causas por las que resulta difícil la eliminación de esta práctica. Entre ellas destaca el temor a que el paciente sufra daños, falta de personal capacitado en métodos alternativos, falta de apoyo de los jefes y poca comunicación entre la familia y el personal⁵.

Dado que la contención debe ser el último recurso, se deberían explorar otras vías como son: distraer al paciente, la contención verbal entendida ésta como la habilidad de calmar al paciente agitado; programas de prevención de caídas que incluya una buena evaluación del riesgo mediante el uso de escalas, una buena valoración de los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos, así como intentar disminuir estos o el uso de un programa de acompañantes que vigilen al paciente⁵.

La literatura muestra como una buena formación del personal es capaz de reducir el 56% de las sujeciones sin necesidad de aumentar el personal, el uso de fármacos psicotrópicos o sin aumentar el número de caídas⁷.

Si todas estas alternativas han fallado y no queda más remedio que usar una contención se deben seguir estas diez recomendaciones: seguir un protocolo que establezca los cuidados a aplicar desde un punto de vista multidisciplinar; usar dispositivos que estén homologados; formar al personal en cuanto a colocación y riesgos; en el caso de los cinturones de cama se debe comprobar que la colocación es la adecuada para evitar que al elevar la cama se comprima el cuerpo del paciente; en pacientes sentados usar un cinturón torácico o un cinturón con accesorio perineal para evitar deslizamientos; no usar barras laterales en cama en aquellos pacientes de riesgo; realizar un mantenimiento periódico del mobiliario y de los mecanismos de contención; supervisar frecuentemente al paciente contenido; cubrir las necesidades del paciente; en caso de pacientes muy agitados extremar la vigilancia y por último, valorar la necesidad de que ese paciente siga con la contención⁶.

El aumento de la esperanza de vida supone el crecimiento progresivo de la población anciana, y por tanto, de la prevalencia de enfermedades asociadas al envejecimiento, entre las que se encuentran las diversas formas de demencia.

En la Comunidad de Cantabria, el número aproximado de plazas en instituciones para ancianos es de 4000.

En la actualidad no hay suficiente evidencia ni estudios que clarifiquen la situación estadística real del uso de la sujeción.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Conocer el uso de elementos de contención mecánica en la población geriátrica de la residencia La Caridad.

Objetivos específicos:

- Conocer la prevalencia de los tipos de contención.
- Determinar la duración de la contención.
- Describir los motivos que llevan al uso de cada tipo de contención.
- Valorar el estado cognitivo de los sujetos a estudio.
- Valorar el nivel de dependencia en los ancianos con contención mecánica.
- Analizar el riesgo de aparición de úlceras por presión en los ancianos con contención mecánica.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional prospectivo a lo largo de dieciocho meses, (desde octubre de 2012 hasta abril de 2014).

El estudio se realizó en la residencia geriátrica La Caridad de Santander. La población a estudio fueron los 260 usuarios de dicha residencia con un elevado nivel de dependencia.

Criterios de inclusión:

Todos los residentes que precisaron sujeciones físicas a lo largo del periodo de estudio.

Criterios de exclusión:

Fallecimiento o traslado del residente a otro centro.

VARIABLES DEL ESTUDIO:

- Independiente: tipo de contención utilizada (barras en cama, cinturón en cama, cinturón simple en silla, cinturón torácico en silla, cinturón pélvico en silla, sábana de sujeción y muñequeras).
- Dependientes:
 - Sexo, edad
 - Riesgo de aparición de úlceras por presión mediante la escala de Braden-Bergstrom.
 - Estado cognitivo mediante el uso de la escala Mini-mental (MEC).
 - Nivel de autonomía / dependencia para las actividades de la vida diaria mediante el índice de Barthel.
 - Causa de la contención.
 - Duración de la contención.

Recogida de los datos.

Se diseñó una ficha de registro y una de revisión para la recogida de todas las variables a estudio (Anexo 1.1 y 1.2).

Las fechas de inicio de la contención se obtuvieron de la Historia Clínica, previamente registradas mediante el consentimiento informado (Anexo 2.1 y 2.2).

Las escalas de valoración (Braden-Bergstrom, MEC e índice de Barthel) se cumplimentaron al inicio del estudio, posteriormente se revisaron cada seis meses coincidiendo con las revisiones médicas de las contenciones mecánicas que habitualmente se realizan en el centro.

La Dirección de la Residencia autorizó la realización de este estudio.

Análisis de los datos.

En la recogida y análisis de los datos se usó el programa estadístico SPSS versión 20.

Las variables cualitativas se expresan en forma de frecuencias absolutas y porcentajes mientras que la variable cuantitativa en forma de media y desviación estándar.

Para la representación gráfica de los resultados se emplean tablas de datos y diagramas de sectores.

RESULTADOS

De un total de 260 residentes que albergaba el centro objeto de estudio, se analizaron 185 casos de ancianos que presentaron algún tipo de sujeción de las descritas en la ficha de registro y consentimiento informado.

El 75,68% correspondió al sexo femenino y 24,32% al masculino. La media de edad de la población estudiada era de 87,54 años, con una mediana de 88,02 años y una desviación estándar de 6,35.

Se utilizaron las escalas de Barthel, Braden y MEC para analizar a los 185 residentes usuarios de las sujeciones.

Al inicio del estudio el 40,54% presentaba una dependencia total, el 88,11% mostraba un riesgo bajo de aparición de úlceras por presión y un 48,65% un deterioro cognitivo grave. En el gráfico A se muestran con más detalle los resultados correspondientes al índice de Barthel.

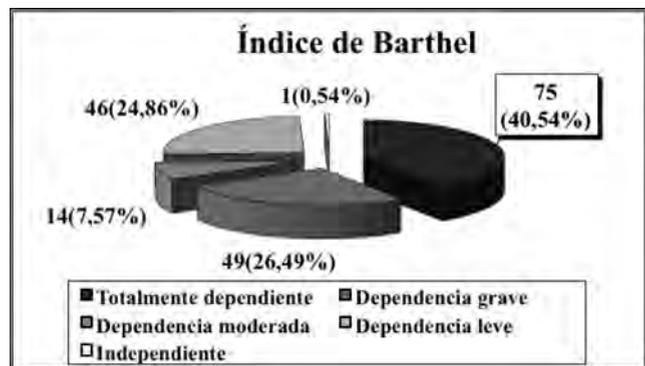


Gráfico A. Índice de Barthel valorado al inicio del estudio.

El 71,15% (185 residentes) del total de población de la residencia presentó algún tipo de contención mecánica. Del mismo modo, si se eliminan las barras de la ecuación, por el hecho de que hay autores que no las consideran como tal, el porcentaje baja drásticamente a un 21,54% (56 residentes).

Se analizó el tipo de contención empleada en los 185 residentes con contención. Se emplearon un total de 245 dispositivos. El más frecuente fue el uso de las dos barras en cama. En la tabla 1 se detalla la prevalencia de todos los tipos de contención utilizados.

Tabla 1. Prevalencia de los dispositivos de contención mecánica.

TIPO DE CONTENCIÓN	N (%)	C %	P %
1 Barra en cama	1 (0,41)	0,54	0,38
2 Barras en cama	180 (73,47)	97,30	69,23
Cinturón en cama	16 (6,53)	8,65	6,15
Cinturón simple en silla	35 (14,29)	18,92	13,46
Cinturón torácico en silla	2 (0,82)	1,08	0,77
Cinturón pélvico en silla	2 (0,82)	1,08	0,77
Sábana de sujeción	7 (2,86)	3,78	2,69
Muñequeras	2 (0,82)	1,08	0,77

N: número absoluto de sujeciones

C: porcentaje respecto a las personas registradas con algún dispositivo de sujeción (185)

P: porcentaje respecto al total de población de la residencia (260)

Atendiendo al número de sujeciones por persona, los resultados muestran que el 71,89% (133 casos) del total de ancianos analizados usó una única contención. El 23,24% (43 casos) utilizó un total de 3 dispositivos. Un 3,24% (6 casos) se asoció con el uso de 5 contenciones. Y el resto de la clasificación representó menos del 2% de los casos. La aplicación de cierto número de dispositivos no fue necesariamente simultánea y en algunos casos se produjo un cambio de los mismos a lo largo del período de recogida de datos.

En la tabla 2 se muestra la clasificación temporal de las contenciones. Destaca el número de dispositivos permanentes que se usaron por más de 180 días (81,63%). El 17,96% de las sujeciones permanecieron de 1 a 180 días, las cuales se definen como temporales. Por último el 0,41% correspondió a las contenciones utilizadas menos de un día, de manera puntual.

Tabla 2. Clasificación temporal de las sujeciones.

TIPO DE CONTENCIÓN	PUNTUAL (<1 día) N (%)	TEMPORAL (1-180días) N (%)	PERMANENTE (>180días) N (%)
1 Barra en cama	-	-	1 (0,41)
2 Barras en cama	1 (0,41)	29 (11,84)	150 (61,22)
Cinturón en cama	-	3 (1,22)	13 (5,31)
Cinturón simple en silla	-	5 (2,04)	30 (12,24)
Cinturón torácico en silla	-	-	2 (0,82)
Cinturón pélvico en silla	-	1 (0,41)	1 (0,41)
Sábana de sujeción	-	5 (2,04)	2 (0,82)
Muñequeras	-	1 (0,41)	1 (0,41)

N: número absoluto de contenciones

%: porcentaje en relación al total de contenciones registradas en el estudio

Tomando como referencia los días (media y mediana) de aplicación de los dispositivos se obtienen los siguientes resultados:

El dispositivo que más se prolongó en el tiempo fue el cinturón torácico en silla, con una media y mediana de 1907 días (2 casos). Le sigue el cinturón simple en silla con una media de 804,43 días y una mediana de 606 días (35 casos). Las dos barras en cama tuvieron una media de 708,21 días y una mediana de 490,50 días (180 casos).

593,88 días de media y 339,50 días de mediana correspondieron al cinturón en cama (16 casos). 353 días de media y 176 días de mediana a la sábana de sujeción (7 casos). 281 días de media y mediana que representaron los días de uso de una sola barra en cama (1 caso). 215 días se usaron de media y mediana en el caso de las muñequeras (2 casos). Por último, 185 días correspondientes a la media y mediana del cinturón pélvico en silla (2 casos).

El motivo mayoritario para justificar el uso de la sujeción fue el de riesgo de caída/autolesión representado en 228 casos de un total de 245 dispositivos. El segundo más utilizado fue el de propia petición del residente, presente en 32 casos del total. El tercer motivo vino representado por 7 casos justificados por la destrucción del material sanitario o del centro. Se analizó un caso concreto de paciente con fractura de cadera. La falta de personal, que se analizó como motivo, no fue usada como justificación en ningún caso.

Las escalas Barthel, MEC y Braden sirvieron para analizar el estado de los sujetos al inicio de la recogida de datos y al final, y así se muestra en la tabla 3.

Tabla 3. Puntuación media de las escalas de valoración Barthel, MEC y Braden y tipo de contención utilizada.

TIPO DE CONTENCIÓN	ESCALAS	MEDIA al inicio	MEDIA al final	P
2 Barras en cama	BARTHEL	1,18	0,93	<0,001
	MEC	1,27	1,04	0,002
	BRADEN	1,87	1,79	0,026
Cinturón en cama	BARTHEL	0,75	0,69	0,317
	MEC	0,13	0,00	1,000
	BRADEN	1,81	1,77	0,655
Cinturón simple en silla	BARTHEL	0,43	0,32	0,317
	MEC	0,31	0,19	0,317
	BRADEN	1,74	1,61	0,102
Sábana sujeción	BARTHEL	1,57	0,50	0,317
	MEC	0,29	0,00	1,000
	BRADEN	2,00	1,75	0,317

Como se puede ver en la tabla, tan sólo un único tipo de sujeción (las dos barras en cama) reveló cambios significativos de empeoramiento en el estado del residente. Dado que no se tuvieron en cuenta sesgos por enfermedad o deterioro fisiológico y que, además, ésta fue la sujeción mayoritariamente registrada, no se puede establecer una relación de causa-efecto entre contención y deterioro.

A lo largo de la recogida de datos hubo un total de 33 éxitos y 2 traslados que se corresponden con los criterios de exclusión

del estudio. Otros sujetos salieron del mismo por perder su condición de inclusión, es decir, se les retiró la sujeción por distintos motivos (recuperación de fracturas de cadera, sustitución de una SNG por una PEG o por no ser efectivo dicho dispositivo).

DISCUSIÓN

Este estudio hace una fotografía de la contención mecánica en una residencia de ancianos de Cantabria y según los datos obtenidos, más de la mitad tiene prescrita algún tipo de sujeción. Las barras laterales son el tipo de contención más habitual, datos que coinciden con otros estudios⁷.

Algunos autores consideran que las barras en la cama son una contención clara, otros lo consideran sólo si hay intencionalidad de levantarse. Sin embargo, hay organismos/autores que directamente no las contemplan.

En el análisis de los motivos que llevan a la contención prevalece el riesgo de caída/autolesión. Estos resultados pueden ser debidos a que las caídas son la primera causa de lesiones, incapacidad y pérdida de autonomía. Hay acuerdo en el elevado coste por la gravedad de las consecuencias físicas, funcionales, psicológicas, sociales y económicas que suponen, y por ser un problema de salud pública de primera magnitud.

Como segundo motivo aparece la propia petición del residente. En este caso hablamos de usuarios que no presentan deterioro cognitivo y las solicitan porque refieren miedo a caerse, podrían estar pasando procesos agudos, intervenciones quirúrgicas... y en ocasiones argumentan que les facilita la movilización en la cama.

En tercera posición está la sujeción motivada por la destrucción de material sanitario o del centro. Este caso podría ser el de pacientes portadores de sondas, venoclisis, con tendencia al vagabundeo, confusos o con agitación psicomotriz.

La temporalidad de la sujeción es un dato muy importante a tener en cuenta ya que la mayoría representa los dispositivos que permanecen más de 180 días. Por este motivo, tanto expertos como instituciones vinculadas con la seguridad asistencial aconsejan que se valore cuidadosamente su aplicación rutinaria en estos pacientes⁶.

En el centro a estudio, se realiza con una periodicidad semestral y siempre que se considera necesario.

Otro de los motivos que aparecen en la literatura es el cumplimiento de horarios. Esta circunstancia no se ha dado en el centro que se ha realizado el proyecto.

En la residencia sólo se observa empeoramiento en los resultados de las escalas en los usuarios que tienen barras en la cama. Este dato no es estadísticamente significativo para la población en general, ya que no tenemos en cuenta el resto de factores intrínsecos del anciano.

CONCLUSIONES

Tras la realización del estudio, creemos conveniente la elaboración de más programas institucionales de reducción de sujeciones en sintonía con los protocolos de prevención de caídas.

Una solución que no llevaría a una posible pérdida de independencia sería el uso de medias barandillas que permitiesen al usuario levantarse y cumplir la función de protección, camas bajas, dejar el timbre a su alcance, etc.

El análisis refleja que la falta de personal no es motivo del uso de la contención en el centro; sin embargo, para lograr un uso limitado y justificado de la contención, vemos necesaria la elaboración de protocolos específicos dirigidos a geriátricos, así como la formación específica a los profesionales que los atienden.

Muchos profesionales de nuestro entorno podrían desconocer los efectos negativos, lo que les llevaría a sobrevalorar la utilidad de los dispositivos y subestimar el peligro que supone su aplicación. Por tanto, debemos contar con modelos de atención más eficaces y seguros, disponer de equipamientos adecuados y promover los programas de formación para identificar los riesgos de las sujeciones y esforzarnos en limitar al máximo el uso de las mismas potenciando la puesta en marcha de alternativas.

El consentimiento informado se limita a obtener el consenso de la medida entre familiar, tutor o paciente y facultativos sin reflejar los efectos negativos de la misma. Concluimos que es necesaria una modificación de dichos consentimientos.

Siguiendo el ejemplo de la Comunidad Foral de Navarra, pionera en legislar el uso de la contención, vemos necesario el desarrollo de una normativa a nivel estatal.

Cada vez son más los centros que comienzan a trabajar sin sujeciones y esta práctica se extenderá a la casi totalidad de instituciones en los próximos años.

La principal limitación del estudio es el tamaño reducido de la muestra. Para poder extrapolar los resultados a la población geriátrica general, será necesario realizar un estudio multicentro.

Así mismo, vemos necesario seguir investigando sobre este tema. Para ello creemos oportuno realizar un estudio de cohortes en un futuro.

AGRADECIMIENTOS

- Pedro Muñoz Cacho. Técnico de Salud Pública. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio Cántabro de Salud.
- Soledad Berasategui Díez. Directora de la Residencia La Caridad de Santander.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ, Núñez E, Montilla M, Santana E. Estudio descriptivo sobre la actitud de la familia ante el uso de restricciones físicas en mayores: resultados preliminares. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008; 43(4):201-207.
- 2.- Quintero-Urbe LC, Blanco-Arriola L, Zarrabeitia MT. Muertes provocadas por cinturones de contención en ancianos encamados. *Rev Esp Med Legal.* 2012; 38(1):28-31.
- 3.- Burgueño A. Guía para personas mayores y familiares. Uso de sujeciones físicas y químicas con persona mayores y enfermos de Alzheimer. Confederación Española de Organizaciones de Mayores. 2005.
- 4.- Nevado M. Realidades y mitos en la eliminación de sujeciones. *Rev Cienc Soc.* 2013(41):283-298.
- 5.- Vítolo F. Inmovilización física y contención racional de pacientes. Biblioteca virtual Noble [Revista en línea]. 2013. [Consultado 11-02-2014]. Disponible en: http://www.noble-arp.com/src/img_up/27122013.0.pdf
- 6.- Fariña-López E. Problemas de seguridad relacionados con la

aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011; 46(1):36-42. Doi: 10.1016/j.regg.2010.09.005. Epub 2011 Feb 1

7.- Galán CM, Trinidad D, Ramos P, Gómez JP, Alastruey JG, Onrubia A, et al. Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008; 43(4):208-213.

8.- Rodríguez J. Contenciones mecánicas en geriatría: propuestas técnicas y recomendaciones de uso en el ámbito social. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013; 48(4):185-189.

9.- Teijeira R, Caballín JM. Sujeciones físicas y farmacológicas: una ley pionera. Rev Esp Med Legal. 2012; 38(1):3-4. doi: 10.1016/j.reml.2012.01.004

10.- Fundación María Wolff [sede web]. Madrid [acceso 11-02-2014]. Jornada de terapias no farmacológicas y Cuidados en Demencias

sin Sujeciones. Disponible en: http://www.mariawolff.org/_pdf/2014-04-08-jornadas-pamplona-notaprensa.pdf

11.- Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W. Deaths due to physical restraint. Dtsch Arztebl Int. 2012; 109(3).

12.- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, núm. 274; 15-11-2002.

13.- Alarcón T. El uso adecuado de la restricción física en el anciano: una preocupación creciente. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008; 43(4):197-198.

14.- Fariña-López E, Camacho AJ, Estévez-Guerra GJ, Bros i Serra M. Accidentes asociados al uso de restricciones físicas en ancianos con trastornos cognitivos: estudio de tres casos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009; 44(5):262-265.

ANEXOS

Anexo 1.1

FICHA DE REGISTRO DE CONTENCIÓN.

1. Nombre:
 - a. Mujer:
 - b. Hombre:
2. Fecha de nacimiento:
3. Tipo de contención:
 - a. Barras en cama:
 - i. Una:
 - ii. Dos
 - b. Cinturón simple en silla:
 - c. Cinturón torácico en silla:
 - d. Cinturón pélvico en silla:
 - e. Cinturón en cama:
 - f. Sábana de sujeción:
 - g. Muñequeras:
4. Escala Barthel:
5. Escala Minimental:
6. Escala Braden-Bergstrom:
7. Motivo por el que se pone la contención:
 - a. Propia petición:
 - b. Falta de personal:
 - c. Riesgo de caída/autolesión:
 - d. Destrucción de material:
 - e. Otros:
8. Duración:
 - a. Fecha de inicio:
 - b. Próxima revisión:
9. Clasificación:
 - a. Puntual (menos de un día):
 - b. Temporal (1-180 días):
 - c. Permanente (más de 180 días):
10. Limitaciones:
 - a. Baja definitiva:
 - i. Exitus:
 - ii. Traslado:

Anexo 1.2

FICHA DE REVISIÓN.

1. Nombre:
2. Tipo de contención:
3. Escala Barthel:
4. Escala Minimental:
5. Escala Braden:
6. Duración:
 - a. Fecha revisión:
 - b. Fecha próxima:
7. Limitaciones:
 - a. Baja definitiva:
 - i. Exitus:
 - ii. Traslado:
 - iii. Renuncia:
 - iv. Otros:
 - b. Baja temporal:
 - i. Ingreso hospitalario:
 - ii. Periodo vacacional:
8. Observaciones:

Anexo 2.1

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA:

MEDIDA PROVISIONAL

Due.....ha decidido aplicar como medida preventiva.....de manera provisional hasta que el medico adopte una decisión definitiva al respecto.

CONFIRMACION DE LA MEDIDA

El medico con conocimiento de las circunstancias psicosanitarias del Usuario D/Dña..... toma la decisión que sea limitado en su capacidad de movimientos por.....mediante:

- Barras cama.
- Sabana de sujeción.
- Cinturón cama.
- Cinturón pélvico silla.
- Cinturón torácico silla.
- Cinturón simple silla.

Con el objeto de prevenir riesgos que se pudieran derivar de os mismos, notificando a la familia/Tutor legar o Ministerio Fiscal la medida adoptada.

Fecha: Medico (Fdo. y nº colegiado)

ANULACION DE LAS MEDIDAS CONSENSUADAS

El medico.....ha decidido prescindir de manera definitiva de las medidas de contención adoptadas para la limitación de movimientos.

Fecha: Medico (Fdo. y nº colegiado)

Anexo 2.2

REVISION DE LAS MEDIDAS CONSENSUADAS

El medico con conocimiento de las circunstancias psicosanitarias del Usuario sigue corroborando la decisión referente a la limitación de movimientos con el objetivo de prevenir riesgos que se pudieran derivar de los mismos.

FECHA REVISION	FECHA FINALIZACION	FIRMA DEL MEDICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL USUARIO / FAMILIAR / TUTOR LEGAL

Por la presente Yo D/Dña..... con DNI.....familiar y/o tutor lugar del Usuario D/Dña..... doy constancia de haberseme informado de la aplicación de medidas de contención física para velar por la integridad de mi familiar y/o tutelado, así como de las posibles consecuencias adversas derivadas de su uso.

Doy mi conformidad:

Si
 No

Fecha: Responsable:
Fdo.:



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Necesidad percibida de formación sanitaria de los profesores de Educación Primaria

Autores:

Nuria Alonso Peña

*Graduada en Enfermería. Área Quirúrgica
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Cantabria. España.*

Mónica Campo Briz

*Graduada en Enfermería. Unidad de Radiología
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Cantabria. España.*

*Dirección para correspondencia:
nuriaalonsop@gmail.com*

Recibido: 9 de julio de 2014

Aceptado: 1 de septiembre de 2014

Resultado del proyecto premiado con el ac-
césit del Premio de Investigación del Colegio
Oficial de Enfermería de Cantabria 2013.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la necesidad percibida de formación y apoyo por profesionales sanitarios de los profesores de Educación Primaria en relación con la Salud de sus alumnos.

Metodología: Estudio transversal descriptivo realizado mediante la recogida de datos a partir de cuestionarios autocumplimentados por profesorado de Educación Primaria. Fueron seleccionados 14 centros educativos rurales y 9 urbanos, mediante muestreo aleatorio simple estratificado y por conglomerados.

Resultados: Se obtuvieron 237 respuestas, suponiendo aproximadamente un 57% de índice de participación. Las áreas en las que mayor necesidad percibida de conocimientos se ha manifestado fueron: en el medio urbano los traumatismos craneales y quemaduras por electricidad. En el medio rural las quemaduras químicas y en ambos medios, las enfermedades infecciosas como meningitis o sepsis. El 81% de los profesores considera necesaria la incorporación de la enfermera escolar en sus centros educativos, y el 91.3% considera necesaria la implantación de programas formativos.

Conclusiones: Los profesores de Educación Primaria necesitan formación y apoyo por parte de los profesionales de la Enfermería, por lo que se propone la creación de un programa de formación en salud dirigido a profesores así como la promoción de la incorporación de la figura de la enfermera escolar en los centros educativos.

Palabras clave:

- Docentes
- Servicios de Enfermería Escolar
- Salud Escolar
- Salud del Niño
- Cuidadores

ABSTRACT

Objective: To analyze the need for training and support that it was perceived by health professionals from primary education teachers regarding health of their school-children.

Methodology: Descriptive cross-sectional study was carried out by with collecting data from questionnaires by primary education teachers. 23 Education Centres were selected (14 rural and 9 urban centres) using probability based sampling methods as simple random sampling method, stratified and cluster sampling.

Results:

237 replies were received, assuming the turnout was around 57%. The areas that were perceived as a great need for knowledge were: urban environment: head traumas and electrical burns. Rural area: chemical burns. Both: infectious diseases such as meningitis or sepsis.

81 per cent of teachers believe necessary the incorporation of the school nurse in their schools, and 91.3% deems necessary to implement training programmes.

Conclusions:

Primary school teachers need training and support from nursing professionals. In addition, it is suggested the establishment of a health training programme for teachers, as well as promoting the incorporation of a school nurse in schools.

Keywords:

- Faculty
- School Nursing
- School Health
- Child Health
- Caregivers

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad la población española está compuesta por 46.116.779 de personas, de las cuales el 8,11 % son niños y niñas entre 5-12 años¹. El estado de salud en la edad infantil, ha experimentado una evolución favorable en las últimas décadas en nuestro país, esta positividad numérica se ve reflejada en informes del Observatorio de la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Sin embargo se ve influenciada negativamente por los accidentes infantiles, estos son la primera causa de muerte en edad pediátrica, es por ello que actualmente en la sociedad se realiza un abordaje importante en el manejo de los mismos², puesto que sin ir más lejos, un 3,23% de los escolares de Cantabria sufren accidentes escolares, produciéndose en su mayoría en el gimnasio (el 63%), lugar donde se desarrolla la asignatura de Educación Física³.

En la última década han sido muchos los estudios e informes emitidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como sociedades científicas de pediatría, medicina familiar y comunitaria, que muestran el deber de prevenir y evitar los accidentes ya que estos no son fortuitos.

Del mismo modo que en los últimos años los accidentes se han convertido en la primera causa de muerte infantil, no se han de olvidar todas las enfermedades que quedan en un segundo plano, y no por ello son menos importantes, se trata de muchas enfermedades crónicas que afectan a adultos pero que debutan en la infancia. Estos problemas que van desde los accidentes diarios hasta las enfermedades permanentes y se extienden durante años, competen tanto a padres como a profesores.

Hoy en día existen decenas de programas de salud y abordajes educativos en los centros de salud que se imparten en cientos de colegios españoles, su fin no es otro que una buena prevención en los alumnos, ya que la escuela no es solo un lugar de enseñanza sino una etapa de la población infantil donde se adquieren los pilares que les llevarán hacia unos hábitos de vida saludable⁴.

Un ejemplo de programa es el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud, de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, desde el año 1988 viene

emitiendo recomendaciones preventivas con el fin de que sean implantadas en los centros de salud².

Del mismo modo que a nivel nacional se realizan programas de salud, las comunidades, concretamente Cantabria, aboga por acuerdos entre organismos para realizar un abordaje y una buena prevención en su población pediátrica. Dicha prevención da comienzo en la vida de un niño tras su nacimiento, incorporándose en el programa de atención al niño sano, por ejemplo mediante la entrega de guías de salud orientadas al abordaje de los problemas de salud y accidentes en cada una de las revisiones según la edad. Otro ejemplo claro en la prevención son los programas educativos para la salud puestos en marcha por la Fundación de la Enfermería de Cantabria (FECAN), en colaboración con el Colegio de Enfermería de Cantabria, dirigidos a los alumnos.

De este modo, hasta los 3 años, un niño pasa la mayor parte de su tiempo diario con un familiar, sin embargo, pasado este periodo comienzan la edad escolar y pasan aproximadamente un 30 % de su tiempo (6-8 horas diarias) en centros educativos, y muchas veces este porcentaje se ve incrementado por las actividades extraescolares, así como la necesidad de quedarse en el comedor del centro escolar⁵. Por este motivo, "tradicionalmente, la escuela se ha tenido muy en cuenta porque es una gran oportunidad de espacio, de tiempo y de actitud de los educandos, dada la idoneidad del marco escolar para crear actitudes y hábitos propios de un comportamiento saludable"⁶.

Es en este momento cuando se cae en la cuenta de que a partir de los 3 años la figura del profesional sanitario aún no se encuentra implantada en los centros educativos españoles, excepto en algunas ciudades, situándose nuestro sistema a años luz de otros países como Estados Unidos (EEUU), Francia y Reino Unido entre otros, donde la figura de la enfermera escolar se considera tan indispensable en los colegios como la profesora misma⁴, siendo los profesores quienes se enfrentan en primer lugar a las contrariedades de tipo sanitario que acontecen durante la actividad escolar diaria de los alumnos. Por este motivo se ha considerado importante y útil cuando menos, explorar cuáles son las necesidades de los docentes en cuanto a la necesidad percibida de formación en problemas de salud y accidentes escolares.

Actualmente, la implantación de esta figura está siendo bastante debatida, por un lado están los que abogan por la enfermería comunitaria como responsable de las tareas en el entorno escolar⁷, y por el otro lado hay una corriente que defiende la consolidación y expansión de la enfermería especializada en el ámbito escolar a tiempo completo, para atender los complejos cuidados en el entorno escolar⁸. La consecuencia directa de la ausencia de esta figura no es otra que, la importancia de la figura del docente, no sólo como educador, sino como la persona encargada de velar por la salud y seguridad de los niños atendiendo también todos sus aspectos sanitarios.

El sector sanitario y el sector educativo tienen intereses comunes con la educación y promoción de la salud. La enfermera aquí desempeña un interesante papel como agente de la salud que, ya sea desde la atención primaria o desde el propio centro escolar, tiene plena responsabilidad y un potencial de conocimientos y capacidades en el desarrollo de la educación y promoción de la salud en la comunidad escolar⁶. Es aquí donde se debe plantear si los profesores se sienten lo suficientemente formados para abordar desde el más mínimo corte, hasta una

pérdida de consciencia, pasando por una complicación de una enfermedad de base padecida por un alumno. Del mismo modo se ha de valorar la necesidad sentida de apoyo al profesorado por parte del profesional de enfermería.

2. HIPÓTESIS

Los profesores de Educación Primaria consideran que necesitan formación y apoyo de profesionales de enfermería para abordar los problemas de salud y accidentes escolares que sufren sus alumnos.

3. OBJETIVOS

Objetivo General:

Analizar la necesidad percibida de formación y apoyo por profesionales sanitarios de los profesores de Educación Primaria en relación con la salud de sus alumnos.

Objetivos Específicos:

- Identificar el nivel de conocimientos percibido de los profesores de Educación Primaria sobre los principales problemas de salud de sus alumnos.
- Identificar el nivel de conocimientos percibido de los profesores de Educación Primaria sobre los accidentes de sus alumnos en el medio escolar.
- Analizar la capacidad de actuación subjetiva de los profesores de Educación Primaria ante problemas de salud y accidentes escolares.
- Analizar la demanda de los profesores de Educación Primaria de programas de formación sanitarios.
- Identificar la demanda de los profesores de Educación Primaria de apoyo profesional mediante la incorporación de la figura de la Enfermera Escolar.

4. MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal descriptivo realizado mediante la recogida de datos a partir de cuestionarios autocumplimentados por profesorado de Educación Primaria, de forma anónima y voluntaria.

Tamaño muestral:

Aceptando un riesgo alfa de 0.95 para una precisión de +/- 0.05 unidades en un contraste bilateral para una proporción estimada de 0.3, se estimó necesaria una muestra aleatoria poblacional de 301 sujetos, asumiendo que la población es de 4285 sujetos⁹.

Selección de la población:

La población diana, que en este caso coincide con la población de estudio, son los profesores de Educación Primaria de Cantabria, de los cuáles se seleccionó una muestra mediante el sistema de muestreo aleatorio estratificado y por conglomerados.

Los centros escolares fueron considerados los conglomerados que facilitaron el acceso a los profesores (sujetos de estudio). Para el cálculo del número de centros que se debían seleccionar, se calculó la media de profesores de primaria de

cada centro, estimándose aproximadamente 14 profesores por centro, se seleccionaron un total de 23 centros para asegurar el tamaño muestral necesario. Además se dividió la población en dos estratos, rural y urbano, puesto que se intuye que puedan encontrarse diferencias en los resultados de estos subgrupos, considerando como rurales los municipios de menos de 50000 habitantes, y como urbanos los de más de 50000 habitantes. Por tanto, se consideraron como urbanos los centros educativos de los municipios de Santander y Torrelavega, y como rurales los centros situados en el resto de municipios de Cantabria⁹.

La selección de centros se realizó de forma aleatoria simple, creando un listado con un número de orden con todos los centros educativos rurales de Cantabria (públicos, privados y concertados), y otro con todos los urbanos. Se generaron dos listas de números aleatorios (una para la selección de centros rurales, y otra para la selección de centros urbanos), de las cuáles se seleccionaron 14 centros rurales y 9 centros urbanos, intentando conservar de esta manera en la muestra seleccionada el porcentaje de centros rural (65%) y de urbanos (35%) de la población.

Los centros seleccionados que reusaron su participación en el estudio fueron repuestos por este mismo sistema de selección, con la finalidad de conservar el tamaño muestral estimado, y por tanto la suficiencia de la muestra.

Variables:

- Independientes:
 - Tipo de población en la que se integra el Centro Educativo: Rural o Urbano.
- Dependientes:
 - Prioridad de problemas de salud, accidentes y formación sanitaria.
 - Nivel de conocimientos sobre problemas de salud.
 - Nivel de conocimientos sobre accidentes escolares.
 - Capacidad de actuación ante problemas de salud y accidentes.
 - Necesidad percibida de apoyo por profesionales sanitarios.
 - Necesidad percibida de programas formativos sanitarios.

Recogida de datos:

El cuestionario elaborado (anexo I), consistía en un cuestionario mixto, con una primera parte que contenía preguntas abiertas, y una segunda parte con preguntas cerradas cuyas respuestas se determinaron en función de una escala tipo Likert. Este cuestionario se pilotó en un centro seleccionado por conveniencia de forma previa a la selección de centros y distribución del mismo, no realizándose modificación alguna tras su pilotaje por considerarse adecuado por los 6 profesores de primaria que lo testaron.

Una vez realizada la selección, se contactó con los centros educativos a través de carta electrónica, solicitando su participación. Tras la aceptación de los mismos, se concertaron reuniones para distribuir los cuestionarios con los directores de los centros, estos a su vez los distribuyeron entre los profesores, y tras su cumplimentación de forma anónima y voluntaria fueron recogidos.

Análisis de los datos y tratamiento:

El tratamiento de los datos se realizó mediante la utilización del programa SPSS.

En este caso, todas las variables son cualitativas, por lo que se describen mediante el cálculo de frecuencias absolutas y porcentajes. Para el estudio de la relación entre variables se utilizó el test de Chi cuadrado.

5. RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 237 respuestas, que supone un índice de participación de aproximadamente el 57%. El 54,85% de las respuestas obtenidas corresponden al medio rural, y el 45,15% al medio urbano.

Los accidentes de mayor prioridad de los alumnos desde el punto de vista de los profesores son: traumatismos y caídas, heridas graves y cortes, asfixia, hemorragias, pérdida de consciencia y quemaduras (ordenados según prioridad).

Los problemas de salud a los que se enfrentan los profesores ordenados de mayor a menor prioridad, también subjetivamente son: asma, alergias, enfermedades víricas, epilepsia, y gastroenteritis.

La mayoría considera prioritaria su formación en todos los problemas de salud o accidentes citados por igual. También indican que necesitan formación en los siguientes: primeros auxilios, epilepsia, traumatismos, asma, heridas graves y cortes, y déficits sensoriales.

La tabla 1 hace referencia de manera resumida al porcentaje profesores que consideran insuficiente su nivel de conocimientos sobre diferentes problemas de salud de sus alumnos, considerando el nivel de conocimientos insuficiente el porcentaje acumulado de los que respondieron "nulo" e "insuficiente".

Tabla 1. Nivel de conocimientos insuficiente sobre problemas de salud.

Conocimientos insuficientes respecto a:	Medio Rural	Medio Urbano	Total
Alergias	44,60%	55,10%	49,40%
Asma	55,30%	48,10%	52,10%
Epilepsia	72,10%	68,80%	70,70%
Diabetes	58,90%	59,40%	59,20%
Enfermedad celíaca	49,20%	48,60%	48,90%
Problemas oftalmológicos	39,60%	40%	39,70%
Problemas auditivos	46,50%	44,80%	45,80%
Enfermedades infecciosas respiratorias	54,60%	50,40%	52,80%
Enfermedades infecciosas gastrointestinales	48,90%	49,10%	48,90%
Otras enfermedades infecciosas	82,30%	80,90%	81,70%
Obesidad infantil	33,80%	33,60%	33,80%

El nivel de conocimientos de los profesores sobre los accidentes de sus alumnos se recoge en la tabla 2, donde al igual que en el caso anterior se contemplaron los porcentajes acumulados de las respuestas "nulo" e "insuficiente" como conocimientos insuficientes.

Tabla 2. Nivel de conocimientos insuficientes sobre accidentes.

Conocimientos insuficientes respecto a:	Medio Rural	Medio Urbano	Total
Traumatismos en miembros	48,40%	53,30%	50,60%
Traumatismos craneales	78,50%	86%	81,90%
Traumatismos abdomen tórax	76,90%	80,10%	78,50%
Quemaduras agentes térmicos	64,60%	66%	65,20%
Quemaduras agentes químicos	85,30%	77,40%	81,70%
Quemaduras agentes eléctricos	78,40%	80,90%	79,50%
Heridas	46,10%	53,30%	49,30%
Heridas complicadas	73,10%	76,70%	74,70%
Hemorragia	46,90%	46,70%	46,80%
Asfixia	70,70%	79,40%	74,60%
Intoxicaciones	83,70%	85,90%	84,60%

Los resultados en relación a la cuestión sobre la capacidad de actuación de los profesores ante diferentes situaciones se recogen en las figuras 1 y 2 en el medio rural y urbano de manera resumida, considerando con capacidad insuficiente los que respondieron "nunca" o "muy pocas veces", y suficiente las respuestas "algunas veces", "casi siempre" y "siempre".

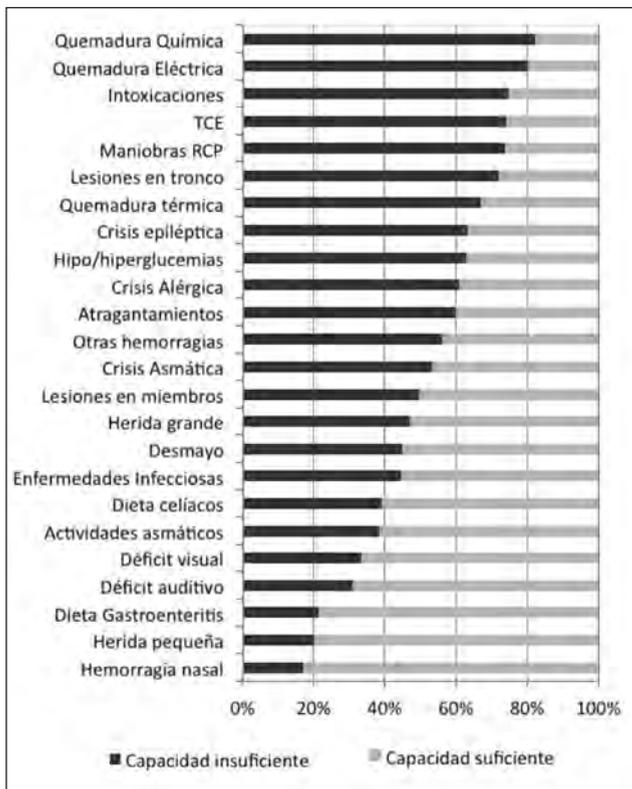


Figura 1. Capacidad de actuación en medio rural.

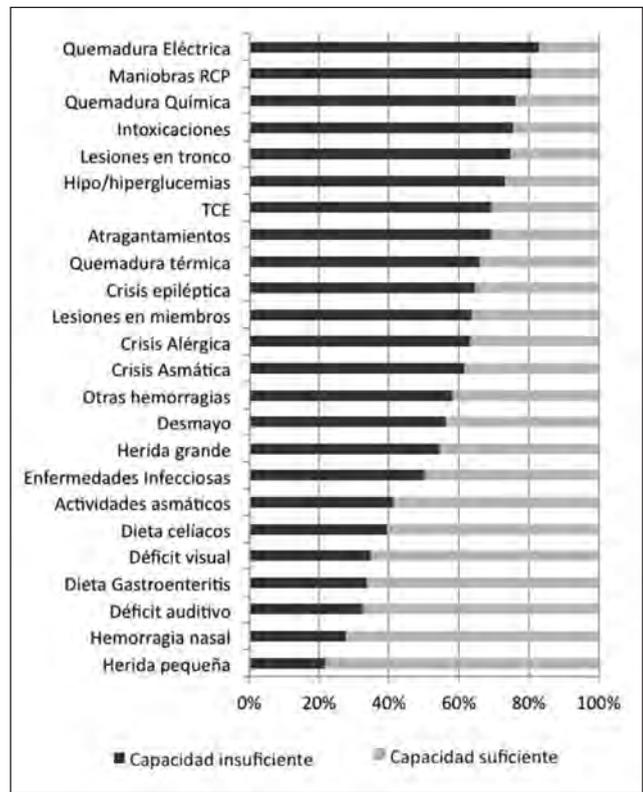


Figura 2. Capacidad de actuación en medio urbano.

Destacan los datos relativos a la actuación ante quemaduras eléctricas y químicas con un porcentaje acumulado de estos dos valores del 81,3% y 79,5% respectivamente, maniobras de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) 76,9%, las intoxicaciones el 74,7% y las lesiones en abdomen y tórax el 73,3%, correspondiendo estos datos a la muestra total.

Por otro lado, en relación con la cuestión sobre la necesidad de la incorporación de la enfermera en sus centros educativos, el 32,6% los profesores del ámbito rural lo consideran necesario "siempre" y el 19,4% "casi siempre". En el medio urbano lo consideran de la misma manera el 35% y 28,2% respectivamente.

Según la muestra total de profesores, y teniendo en cuenta los porcentajes acumulados relativos a las respuestas "algunas veces", "casi siempre" y "siempre", consideran necesaria la incorporación de la enfermera escolar el 81% de los profesores.

Finalmente, en cuanto a la instauración de programas formativos sanitarios dirigidos a los propios profesores, el 55,1% y el 23,6% lo considera necesario "siempre" y "casi siempre" respectivamente en el medio rural, mientras que en el medio urbano lo consideran igualmente el 48,1% y 30,8% respectivamente, considerando como necesaria la instauración de programas formativos dirigidos a profesores el 91% de la muestra total de éstos.

El 90% de las sugerencias recogidas son de agradecimiento a la iniciativa y de solicitud de programas formativos dentro del horario laboral de los profesores.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los ámbitos rural y urbano. Sin embargo, en el caso de los resultados obtenidos sobre la capacidad de actuación ante una hipo/hiperglucemia, la diferencia es de un 72,9% de capacidad

insuficiente en el medio urbano frente a un 62,8% en el medio rural con una $p=0,099$. Y en cuanto a la dieta adecuada para la gastroenteritis, los resultados obtenidos sobre la capacidad de actuación insuficiente son del 33,6% y 21,1% en el ámbito urbano y rural respectivamente con una $p=0,089$. Se podría considerar que estas diferencias sí son estadísticamente significativas, pues alcanzarían el valor $p=0,05$ aumentando ligeramente el tamaño muestral.

6. DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

La educación de la población infantil y la salud pediátrica son dos temas de actualidad en nuestra sociedad, sin embargo la figura del profesional sanitario, concretamente de la enfermera en los centros escolares, no se encuentra implantada en nuestro país, a pesar de que los escolares pasen el 30% del tiempo en los centros educativos, recayendo la atención en salud sobre la figura del maestro.

La evolución de las enfermedades hacia la cronicidad, que surge en muchas ocasiones en la edad escolar, hace que los profesores de Educación Primaria tengan que convivir y en muchas ocasiones afrontar estas situaciones, sin tener los conocimientos suficientes, creándoles cierta inseguridad.

A pesar de que los datos obtenidos no sean concluyentes, probablemente debido al escaso tamaño muestral y al sesgo que puede ocasionar el escaso índice de participación, se puede concluir que efectivamente los profesores de Educación Primaria necesitan formación y apoyo por parte de los profesionales de enfermería, corroborando la hipótesis planteada.

En base a los resultados obtenidos, no se trata obviamente de evaluar ni de juzgar los conocimientos o capacidades de los profesores, pues no son los profesionales responsables de la salud, sino de hacer de esta sociedad algo más constructivo. Se trata de, en la medida de lo posible, ayudarles en las necesidades percibidas por ellos mismos, para que adquieran un cierto grado de seguridad en el desempeño de su trabajo, y de esta manera la transmitan a padres y alumnos. De tal manera que resulta factible la elaboración de un programa formativo dirigido a los profesores de Primaria, priorizando las necesidades formativas manifestados por ellos mismos, como son: atención de primeros auxilios (maniobras de reanimación cardiopulmonar, cura de heridas y quemaduras, traumatismos, intoxicaciones, etc.), enfermedades infecciosas, diabetes, epilepsia, asma, alergias...

Finalmente, se concluye que los profesores de primaria también perciben la necesidad de la incorporación de la figura de la Enfermera Escolar en los centros educativos, como ya se ha incorporado en otros países. Por este motivo, se propone la promoción de la misma, tanto por parte de las instituciones competentes, como del propio colectivo enfermero, y de cada profesional de manera individual. Como ejemplo, una de las acciones a desarrollar es la elaboración de un programa de salud de Enfermería Escolar, que justifique, promueva y en definitiva vele por la salud de los escolares, englobando no sólo estrategias dirigidas a los alumnos, sino también a padres y profesores, que componen la comunidad educativa.

7. AGRADECIMIENTOS

Nos gustaría agradecer al Colegio de Enfermería de Cantabria su apoyo a este proyecto, otorgándole el accésit del XI Premio de Investigación.

De la misma manera agradecemos a Pedro Muñoz Cacho y a Luz del Río Simón, su orientación, apoyo e inestimable ayuda y accesibilidad.

A los centros educativos que han participado en el estudio, por su esfuerzo, implicación y su agradable recibimiento.

Y por último, al Colegio Verdemar, cuya ayuda recibimos desarrollando el pilotaje del cuestionario.

8. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Estimación de la Población actual en España a 1 de octubre de 2012. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. 2012 Oct [Recuperado 4 Abril 2013]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiBD/tabla.do?per=01&type=db&divi=EPOB&idtab=2>
- 2.- López A, Delsors E, Hukelová H, Esparza MJ. Estudio sobre accidentes infantiles atendidos en los centros de salud. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Fundación Mapfre [Internet]. 2010 May [Recuperado 20 Marzo 2013]. Disponible en: http://www.conmayorcuidado.com/cuidadosos/descargas/FUNDACIONMAPFRE_Estudio_Accidentes_infantiles.pdf
- 3.- Gautier MC, Martínez V. Accidentes y lesiones más frecuentes en edad escolar en colegios de Santander y Cantabria. Revista Nuberos [Internet]. 2009 [Recuperado 15 Abril 2013]. Disponible en: http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/NUBROS_N__54.pdf
- 4.- Nasser Laaoula AO. La Enfermería Escolar: una necesidad sentida. Máster en Ciencias de la Enfermería. Repositorio Institucional Universidad de Almería [Internet]. 2011 Dic [Recuperado 25 Marzo 2013]. Disponible en: <http://repositorio.ual.es/jspui/handle/10835/466#.UVyMoFGbvIU>
- 5.- Korta J, Pérez-Yarza EG, Pértega Díaz S, Aldasoro A, Sardón O, López-Silvarrey A, et al. Impacto de una intervención educativa sobre asma en los profesores. An Pediatr. 2012; 77(4): 236-246.
- 6.- Fontanet G. Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, versión 1 [Internet]. 2007 Mar [Recuperado 23 Marzo 2013]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/65048959/La-Enfermera-en-La-Escuela>
- 7.- Martínez JR. Intervención comunitaria en la escuela. Estado de la cuestión. Rev. ROL Enf. 2011; 34 (1): 42-49.
- 8.- Aracón C. Enfermera escolar <<dextra>> enfermera comunitaria. Rev. ROL Enf. 2010; 33 (1): 29-29.
- 9.- Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero de 2012. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. 2013 Ene [Recuperado 30 Marzo 2013]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>

ANEXOS

Anexo I

"ESTUDIO SOBRE LA NECESIDAD PERCIBIDA DE FORMACIÓN SANITARIA DE LOS PROFESORES DE EDUCACIÓN PRIMARIA"

El siguiente cuestionario es la herramienta elaborada para desarrollar el citado estudio. Es absolutamente anónimo y voluntario.

El estudio está dirigido únicamente a los profesores que imparten docencia en EDUCACIÓN PRIMARIA, es decir cuyos alumnos tengan edades comprendidas entre los 5 y 12 años de edad, por lo que rogamos sea cumplimentado solamente por los docentes de este grupo, pues para otros grupos de docentes este cuestionario no sería aplicable.

Te agradecemos tu participación.

Antes de empezar queremos recordarte que, en la segunda parte del cuestionario, debes marcar con una X tus respuestas, y que solo es posible una respuesta para cada cuestión.

CUESTIONARIO

PRIMERA PARTE

MUNICIPIO CENTRO EDUCATIVO: _____

Indica en la siguiente tabla los incidentes que se producen de mayor a menor prioridad desde tu punto de vista en el medio escolar, y en cuales consideras necesario recibir formación:

Prioridad	Accidentes	Problemas de salud	En cuales necesitas formación
Mayor Prioridad			
Menor Prioridad			

Determina la frecuencia temporal, en función de la relación contenida en el siguiente cuadro, con la que sabrías actuar en las situaciones que se exponen a continuación. Recuerda que se refiere a la salud de tus alumnos (5-12 años).

	1 Nunca	2 Muy pocas veces	3 Algunas veces	4 Casi siempre	5 Siempre
				1	2 3 4 5
1. ¿Sabrías cómo actuar ante una crisis alérgica?	<input type="checkbox"/>				
2. ¿Sabrías cómo actuar ante una crisis asmática?	<input type="checkbox"/>				
3. ¿Sabes qué tipo de actividades puede realizar un alumno asmático?	<input type="checkbox"/>				
4. ¿Sabrías cómo actuar ante una crisis epiléptica?	<input type="checkbox"/>				
5. ¿Sabrías reconocer y resolver una hipo/hiperglucemia en un alumno diabético?	<input type="checkbox"/>				
6. ¿Sabrías actuar ante un desmayo?	<input type="checkbox"/>				
7. ¿Podrías identificar los alimentos permitidos para un alumno celiaco?	<input type="checkbox"/>				
8. ¿Reconocerías un déficit visual?	<input type="checkbox"/>				
9. ¿Reconocerías un déficit auditivo?	<input type="checkbox"/>				
10. ¿Sabrías abordar inicialmente las E. Infecciosas más comunes?	<input type="checkbox"/>				
11. ¿Sabrías qué dieta debe seguir un alumno con gastroenteritis?	<input type="checkbox"/>				
12. ¿Sabrías actuar ante traumatismos o lesiones craneoencefálicas?	<input type="checkbox"/>				
13. ¿Sabrías actuar ante traumatismos o lesiones en miembros?	<input type="checkbox"/>				
14. ¿Sabrías actuar ante traumatismos o lesiones en abdomen y tórax?	<input type="checkbox"/>				
15. ¿Sabrías actuar ante una quemadura por agente térmico?	<input type="checkbox"/>				
16. ¿Sabrías actuar ante una quemadura por agente químico?	<input type="checkbox"/>				
17. ¿Sabrías actuar ante una quemadura por agente eléctrico?	<input type="checkbox"/>				
18. ¿Sabrías qué hacer ante una herida pequeña?	<input type="checkbox"/>				
19. ¿Y ante una herida grande?	<input type="checkbox"/>				
20. ¿Sabrías actuar ante una hemorragia nasal?	<input type="checkbox"/>				
21. ¿Sabrías resolver otros tipos de hemorragias?	<input type="checkbox"/>				
22. ¿Sabrías qué maniobras realizar ante un atragantamiento?	<input type="checkbox"/>				
23. ¿Sabrías actuar ante una intoxicación?	<input type="checkbox"/>				
24. ¿Sabrías realizar las maniobras de Resucitación en caso de Parada Cardiorespiratoria?	<input type="checkbox"/>				
25. ¿Consideras necesaria la incorporación de un Profesional de Enfermería en tu Centro Educativo?	<input type="checkbox"/>				
26. ¿Consideras necesaria la instauración de programas formativos sanitarios dirigidos a los docentes?	<input type="checkbox"/>				

Sugerencias:

SEGUNDA PARTE

Califica tu nivel de conocimientos en relación con los problemas de salud de tus alumnos (5-12 años) que se relacionan a continuación en función de la relación del cuadro siguiente:

1	2	3	4	5
Nulo	Insuficiente	Término Medio	Suficiente	Excelente
				1 2 3 4 5
1. Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Enfermedad Celiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Principales problemas oftalmológicos (miopía, hipermetropía, astigmatismo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Problemas auditivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Enfermedades Infecciosas Respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Enfermedades Infecciosas Gastrointestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Otras Enfermedades Infecciosas (Meningitis, Sepsis...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Obesidad Infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Califica tu nivel de conocimientos en relación con los accidentes escolares de tus alumnos (5-12 años) que se relacionan a continuación en función de la relación del cuadro siguiente:

1	2	3	4	5
Nulo	Insuficiente	Término Medio	Suficiente	Excelente
				1 2 3 4 5
1. Traumatismos o lesiones en miembros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Traumatismos o lesiones craneales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Traumatismos o lesiones en abdomen y tórax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Quemaduras por agentes térmicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quemaduras por agentes químicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quemaduras por agentes eléctricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Heridas pequeñas con separación de bordes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Heridas complicadas (con cuerpos extraños, infectadas o mordeduras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hemorragia (nariz, oído u otras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Asfixia por cuerpos extraños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Intoxicaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA, PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica



Vivencias de jóvenes maltratadas por sus parejas en la Comunidad de Cantabria

Autoras:

Leticia Ochoa Cires

*Graduada en Enfermería. Enfermera Hospital
Donostia. Guipúzcoa. España.*

Noemi Salabi Camarero

*Diplomada en Enfermería. Matrona Hospital
Zumárraga. Guipúzcoa. España.*

Graciela Soria Ruiz

*Diplomada en Enfermería. Matrona Hospital
Zumárraga Guipúzcoa. España.*

Dirección para correspondencia:

leticia.ochoacires@osakidetza.net

Recibido: 16 de mayo de 2014

Aceptado: 6 de septiembre de 2014

Este proyecto de investigación ha sido realizado en la asignatura Metodología Cualitativa en el Máster de Investigación en Cuidados de la Salud, tutorizado por la profesora Marivi Sanchón de la Escuela Universitaria de Enfermería 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.

RESUMEN

El estudio de la violencia de género constituye un campo de investigación de enorme interés dada la importancia y la repercusión social de este fenómeno en las Ciencias de la Salud; de ahí la conveniencia de disponer de la mejor información posible para analizar la gravedad y la magnitud de este problema.

El objetivo principal de este trabajo es explorar las vivencias de las mujeres jóvenes maltratadas de la Comunidad de Cantabria.

La metodología que se utilizará es de tipo cualitativo, utilizando la técnica de muestreo "bola de nieve". La muestra está constituida por mujeres de entre 18 y 23 años que han sufrido maltrato físico y/o psicológico por parte de sus parejas. Como instrumento de medida se realizará una entrevista semiestructurada de elaboración propia y la creación de grupos de discusión. Todas las variables de estudio serán incluidas en el programa informático ATLAS.ti para su posterior evaluación e interpretación de los resultados.

El conocimiento de los sentimientos de las mujeres jóvenes maltratadas ayudaría en la creación de nuevas políticas de actuación y a establecer programas de ayuda desde una perspectiva interna.

Palabras clave:

- Violencia contra la mujer
- Mujeres maltratadas
- Violencia doméstica
- Prevención

ABSTRACT

The study of gender violence is a great interest research field thus the importance and social impact of this phenomenon in the Health Sciences; that's for the desirability to dispose of best information possible to analyze the severity and magnitude of this problem.

The aim of this study is to explore the experiences of abused young women of the Community of Cantabria.

It is going to be used a qualitative methodology, using the sampling technique "snowball". The sample consists of women between 18 and 23 years old who have suffered physical and/or psychological abuse by their partners. As a measuring instrument are going to be used a self-created semi structured interviews and the creation of discussion groups. All study variables will be included in the ATLAS.ti software program for the evaluation and interpretation of the results.

The awareness of the feelings of abused young women would help in the creation of new policies and establishing new help programs focused on an internal perspective.

Keywords:

- Battered women
- Violence against women
- Dating violence
- Prevention.

1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la salud (OMS), entre el 16 y el 52% de las mujeres y niñas en distintas partes del mundo experimenta violencia física por parte de sus compañeros, y al menos el 20% sufren intento de violación o son violadas en el transcurso de sus vidas⁽¹⁾. Por ello, la violencia contra las mujeres jóvenes es un problema de salud pública y produce daños verdaderamente importantes a las mujeres tanto a nivel físico como a nivel psíquico. A pesar de todas las investigaciones que existen sobre la violencia de género es difícil conocer exactamente cuáles son las estrategias de actuación, no sólo para tratar estas situaciones sino también para poder prevenirlas.

Se entiende por Violencia de Género (VG) todo acto de violencia física o psicológica (incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación de libertad) que se ejerza contra una mujer por parte del hombre que sea o haya sido su cónyuge o haya estado ligado a ella por una relación similar de afectividad⁽¹⁾.

La VG es en la actualidad uno de los problemas sociales más acuciantes y de mayor importancia, puesto que se trata de un problema universal que afecta a mujeres de cualquier edad, raza, estatus económico o nivel sociocultural⁽²⁻⁴⁾. Para su prevención han de intervenir en el ámbito familiar, comunitario e individual tanto las instituciones legislativas, como las sanitarias y las educativas⁽²⁻⁴⁾.

El maltrato en la pareja, mayoritariamente femenino, no sólo constituye un problema de derechos humanos y de igualdad entre hombres y mujeres, sino que representa un fracaso de la sociedad en el respeto a la integridad física y psicológica de la persona y en la asunción de valores de equidad, dignidad y derecho a la libertad⁽⁵⁾. La diferencia entre géneros en la sociedad es un problema que según demuestra la historia viene de antaño, marcada por un patriarcado donde se asignaban diferentes roles inherentes al género por el mero hecho de pertenecer a éste⁽⁵⁾. El género femenino ha estado siempre subordinado al masculino, e incluso éste ha empleado diferentes argumentos para mantener esta situación.

Mucho antes de que esta punta del iceberg pueda observarse nítidamente, la violencia se ha ido instalado en las relaciones cotidianas, silenciosa e imperceptiblemente, sobre todo en aquellos individuos para los que los roles de hombres y mujeres difieren no sólo en su contenido, sino también en su jerarquía e importancia (la interiorización y subordinación de la mujer es un ejemplo de ello), justificando de esta manera comportamientos de control y dominación⁽⁵⁾.

Los factores que inciden en la VG son, por tanto, sociales, estructurales e individuales (de personalidad) (3,6). La violencia de género es un problema complejo ya que es multidimensional

y está influida por factores relativos al maltratador, a la víctima y a los contextos familiar y sociocultural donde se produce^(3,6). La familia, y los medios de comunicación se convierten en transmisores de valores que continúan manteniendo ideas claramente diferenciales sobre hombres y mujeres^(3,6).

Otro factor relacional importante que se encuentra en muchas víctimas y agresores es la concepción equivocada o tergiversada del ideal de amor⁽³⁾. La posesión, los celos, la exclusividad, son ideas relacionadas con la pasión amorosa y llevan al hombre a justificar la violencia sobre las mujeres y a éstas a sentirse confundidas respecto a lo que realmente está ocurriendo⁽³⁾.

Tradicionalmente se ha considerado que existía un perfil de mujer maltratada. Se consideraba que este tipo de actuaciones sólo ocurrían en ambientes desfavorecidos o cuando el agresor presentaba alguna psicopatología⁽³⁾. Sin embargo, los estudios concluyen que no se encuentran relaciones consistentes entre las agresiones a mujeres y el estatus socioeconómico o el nivel educativo, la independencia laboral de la mujer o algunas características de personalidad de la víctima (pasividad, hostilidad, integración de la personalidad, autoestima, ingesta de alcohol...)⁽³⁾. Como ponen de manifiesto Hotaling y Sugarman⁽⁷⁾ ya por 1986: "el precipitante más influyente para la víctima es ser mujer".

También se ha intentado establecer un perfil del agresor, establecer unas características concretas de personalidad y un estatus socioeconómico y cultural. Sin embargo, lo que se encuentra es un grupo heterogéneo⁽³⁾. Se ha relacionado con el consumo de alcohol u otras sustancias, con la experiencia de malos tratos en la infancia o con trastornos de la personalidad, pero ninguno de ellos son factores que se puedan considerar causales, pues no siempre dan lugar a personas violentas, ni todas las personas que ejercen la violencia de género sufren o han sufrido algunos de estos problemas⁽³⁾.

ESTADO ACTUAL DEL TEMA

En los últimos años es especialmente preocupante el aumento de la violencia de género en las relaciones afectivas de adolescentes⁽²⁾. En España en el año 2012, más de 1400 chicas menores de 20 años sufrieron violencia por parte de su pareja o su expareja⁽⁸⁾. Sin embargo, las explicaciones de los motivos que llevan a esta situación, a pesar de los avances logrados en la igualdad entre hombres y mujeres, son aún insuficientes y a menudo basadas en falsos mitos, dificultando la prevención y la superación de esta violencia⁽²⁾.

En España, las estadísticas elaboradas por el INE en 2012 con datos del Registro Central de víctimas de violencia de género y violencia doméstica del Ministerio del Interior se registraron 29.146 mujeres víctimas de VG⁽⁹⁾. Más de la mitad de estas mujeres (51,2%) tenían entre 25 y 39 años, cifra similar a la registrada en 2011. El 17,22% tenían menos de 25 años. Entre 18 y 19 años figuran 919 víctimas y un total de 545 eran menores de edad⁽⁹⁾.

También cabe destacar que de las 29.146 mujeres víctimas de malos tratos 19.097 eran españolas (65,5%) y 10.049 extranjeras (34,5%)⁽⁹⁾. Esto significa que entre las mujeres españolas encontramos una tasa de 1,42% mujeres víctimas de violencia de género, índice que es 3 veces mayor entre las extranjeras de origen europeo (3,11%) y americano (3,64%) y 4 veces mayor en el caso de las africanas (4,71%)⁽⁹⁾.

Además, según el Informe Anual de la Delegación del Gobierno para la VG a lo largo del año 2012 se produjeron 52 víctimas mortales por violencia de género⁽⁸⁾ (la cifra más baja de los 10 últimos años). De estas víctimas, 10 habían denunciado, lo que supone el 19,2% y 4 de ellas (7,7% del total) tenían medidas de protección en vigor⁽¹⁰⁾. Llama la atención en este informe que una víctima mortal era menor de 16 años, otra tenía entre 18 y 20 años y 13 mujeres tenían entre 21 y 30 años⁽⁸⁾.

En Cantabria durante el 2012 se registraron 334 casos de violencia de género, un 17,4% menos que en el 2011. De estas 334 víctimas, el 64,37% tenía entre 25 y 44 años, seguidas del grupo de edad de 45 a 64 años (16,77%) y el de 18 a 24 años (16,17%)⁽¹¹⁾.

Según los datos observados, comparado con el total de España, la tasa de víctimas de violencia de género por 1000 mujeres de Cantabria se sitúa por debajo de la media nacional, siendo de 1,26‰, mientras que en España es de 1,42‰. Además la tasa de Cantabria desciende 25 puntos porcentuales con respecto al año anterior⁽¹¹⁾. Desde el año 2003 han fallecido en Cantabria 5 mujeres víctimas de la VG (12). En el año 2012, según las estadísticas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en Cantabria, no se han producido víctimas mortales por violencia de género⁽¹²⁾. No obstante estos datos y más allá de los números, el problema permanece en general para las mujeres de todas las edades, y concretamente, para el grupo de edad al que se refiere este proyecto en un elevado porcentaje con gravísima repercusión social.

MARCO TEÓRICO

Dentro de los diferentes paradigmas que existen, el paradigma interpretativo o constructivista es el más adecuado para este tipo de estudios, puesto que, el objetivo principal del proyecto coincide con el propósito de este método cualitativo, es decir, pretende entender y reconstruir las construcciones de la gente, estando abiertos a nuevas interpretaciones al mejorar la información y sofisticación. Al igual que en este trabajo, el investigador que se encuentra posicionado en este paradigma juega un papel participante y facilitador del proceso, expandiéndose más allá de las expectativas razonables de experiencia y competencia; este concepto se podría definir en el proyecto de manera que el investigador participa con las mujeres, se intenta involucrar comprendiendo su situación e intenta expandirse para obtener emociones y vivencias más concretas y detalladas^(12,13).

Por un lado, y en lo referente al conocimiento previo y la naturaleza de este, se puede decir que consiste en aquellas construcciones de las cuales existe un consenso relativo o múltiples conocimientos que dependen de los factores sociales, culturales, económicos o étnicos. Este concepto se puede observar claramente en la violencia de género de las mujeres jóvenes, ya que, dependiendo de la raza, religión, educación y/o nivel cultural al que pertenezca la persona se pueden obtener opiniones muy dispares^(12,13).

Finalmente, el constructivismo considera al investigador director y facilitador del proceso de investigación y se le considera ineluctable en la creación y mantenimiento de los valores, es decir, la participación, comprensión de los valores y ayuda hacia los investigados está presente en todo el proceso. El investigador comienza por las construcciones existentes y avanza hacia

una mayor información y sofisticación en sus construcciones a la vez que se tiene en mente la ética debido a los valores tan profundos que forman parte de la investigación. El investigador debe mantener cercanía hacia los participantes; esto, se debe observar claramente en la investigación de la violencia de género en las jóvenes donde la empatía y la precaución deben estar presentes en todo momento^(12,13).

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las vivencias de las mujeres jóvenes de entre 18 y 23 años que han sufrido alguna vez maltrato físico y/o psicológico por parte de sus parejas en la Comunidad Autónoma de Cantabria?

3. OBJETIVO

Explorar las vivencias de las mujeres jóvenes maltratadas por sus parejas de la Comunidad de Cantabria.

4. METODOLOGÍA

Se trata de un estudio de carácter cualitativo, a realizar por medio de dos técnicas, entrevistas semiestructuradas individuales (ANEXO I), las cuales se llevarán a cabo hasta la saturación, y grupos de discusión. Está dirigido a mujeres jóvenes de entre 18 y 23 años de la Comunidad Autónoma de Cantabria que estén identificadas como de haber sufrido maltrato físico y/o psicológico por parte de sus parejas o exparejas.

La captación de las participantes se llevará a cabo mediante el programa informático OMI de Atención Primaria y mediante la técnica de bola de nieve, es decir, cada mujer identificada como participante del estudio podrá conducir a los investigadores a nuevas participantes. A todas se les entregará un consentimiento informado para ser firmado y que aclarará todos los aspectos relacionados con la investigación así como que sus datos serán confidenciales en todo momento (ANEXO II). Por otro lado, se les explicará en conversación previa, el trabajo de investigación previsto.

En cuanto a los criterios de inclusión serán: haber sido una mujer maltratada psicológica o físicamente por parte de la pareja o exparejas y ser de cualquier raza o procedencia. Los criterios de exclusión ser menor de 18 años.

Las entrevistas semiestructuradas individuales, se realizarán en los Centros de Salud de referencia de las participantes donde se habilitará un espacio tranquilo y silencioso para poder llevar a cabo la entrevista de forma uniforme y sin distracciones. Se realizará por medio de grabación, y si la participante no acepta, se tomarán notas en un cuaderno de campo. Las entrevistas tendrán una duración de 30 a 45 minutos pudiéndose alargar lo necesario. La utilización de entrevistas semiestructuradas como herramienta principal facilitará la comprensión de los sentimientos vividos por las mujeres permitiéndoles a ellas expresarse de la manera más adecuada a sus vivencias.

Los grupos de discusión, se realizarán en el Centro Integral de Atención e Información a Víctimas de Violencia de Género del Gobierno de Cantabria (se solicitará permiso) donde com-

partirán sus experiencias y sentimientos. Los grupos estarán compuestos por 6-8 mujeres con una duración aproximada de una hora y se tendrá en cuenta las características de la mujer a la hora de mantener la mayor homogeneidad posible en los mismos. Los temas a tratar en estos grupos variarán en función de los deseos de las mujeres, pero se centrarán en explorar los sentimientos que tuvieron en la época que fueron maltratadas y en la actualidad. Estos grupos de discusión, enriquecen los discursos individuales.

Los datos obtenidos por ambas técnicas se tratarán en el programa informático ATLAS.ti para su posterior interpretación.

5. ASPECTOS ÉTICOS

Los datos que se obtengan del estudio serán tratados con total confidencialidad y protección tal y como lo expone la ley de Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Se solicitará autorización a la gerencia de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud (ANEXO III) en relación a la realización del proyecto y a la obtención de los permisos necesarios, así como, al Comité Ético de Investigación Clínica de la fundación Valdecilla (ANEXO IV).

6. UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

Los resultados de este proyecto pueden ayudar a la Enfermería, a los profesionales sanitarios y sociales y a políticos en general a conocer las diversas situaciones en que se encuentran las mujeres que sufren maltrato, a entender el contexto de su realidad en la que se mueven, a saber lo que realmente sienten y viven cada día, a conocer si el apoyo que recibe por parte de las instituciones es suficiente y, en definitiva, a explorar cuales son y han sido sus vivencias. Por lo tanto, todo ello puede guiar a los profesionales en sus actuaciones clínicas, a conocer la eficacia de los protocolos actuales y a analizar la necesidad o no de modificaciones de las políticas de atención a la mujer maltratada.

7. PLAN DE TRABAJO

El proyecto tendrá una duración total de 12 meses; se comenzaría en el mes de Octubre de 2014 y se estima su finalización en el mes de Octubre de 2015. Antes del inicio de la recogida de datos el equipo investigador realizará una reunión en la que se unificarán los criterios del proyecto y estructura de posteriores reuniones. Se resolverán posibles dudas y problemas que puedan plantearse.

El proyecto constará de las siguientes fases:

1. Fase I. Búsqueda y revisión bibliográfica actualizada
Obtención de permisos para la realización del estudio.
2. Fase II. Recogida de datos, se crearán varias bases de datos para poder incluir toda la información que se obtiene Seguimiento, el equipo investigador se reunirá una vez al mes durante los 11 meses. En estas reuniones se comentaran los resultados que se obtienen y se unificarán

los criterios de la investigación y todas las acciones a realizar en los siguientes meses. Tratamiento de los datos, incluidos en el programa informático ATLAS.ti.

3. Fase III. Elaboración del informe final. Divulgación de los resultados. Tanto los artículos como las comunicaciones

que deriven del proyecto serán redactados por la investigadora principal, siendo corregidos y unificados por el equipo completo.

Título del proyecto	VIVENCIAS DE JÓVENES MALTRATADAS POR SUS PAREJAS EN LA COMUNIDAD DE CANTABRIA											
Actividades	CRONOGRAMA											
	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOS	SEP
Fase I												
Búsqueda y revisión bibliográfica	■											
Autorización CEIC		■										
Fase II												
Reuniones	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Recogida de datos			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Análisis e interpretación									■	■	■	■
Fase III												
Elaboración proyecto final											■	■
Presentación y difusión de resultados												■

8. MEDIOS DISPONIBLES Y NECESARIOS

Medios disponibles

Programas informáticos ATLAS.ti y Excel.

Medios necesarios

Espacio físico. Un sala acondicionada y tranquila en el centro Integras de Atención e Información a Víctimas de Violencia de Género del Gob. De Cantabria y otras de similares características en el Centro de Salud correspondiente.

Medios materiales

Dos grabadoras y material fungible.

9. AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración y apoyo recibido por las profesoras titulares de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Cantabria Marivi Sanchón y Ana Rosa Alconero.

10. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- OMS/OPS [Internet]. Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario. 1998; [Citado 21/12/2013] Disponible en: http://who.int/gender/violence/violencia_infopack1.pdf
- 2.- Aubert Simon A, Melgar Alcantud P, Padrós Cuxart M. Modelos de atracción de los y las adolescentes. Contribuciones desde la socialización preventiva de la violencia de género. Revista interuniversitaria de Pedagogía social. 2010;17:73-82.
- 3.- Hernando Gómez A, García Rojas AD, Montilla Coronado MV. Exploración de las actitudes y conductas de jóvenes universitarios

ante la violencia en las relaciones de pareja. Revista Complutense de Educación. 2012;23(2):427-441.

- 4.- Elboj Saso C, Sanmamed FF, Iñiguez Berrozpe T. Modelos de atracción y elección de la población adolescente y su relación con la violencia de género propuesta para su prevención en base a los principios metodológicos de las comunidades de aprendizaje. Contextos educativos: Revista de Educación.2009;12:95-114.
- 5.- Sebastián J, Ortiz B, Gil M, del Arroyo MG, Hernáiz A, Hernández J. La violencia en las Relaciones de Pareja de los Jóvenes ¿Hacia dónde Caminamos? Clínica. 2010; 1(2):71-83.
- 6.- Hernando A. La prevención de la violencia de género en adolescentes. Una experiencia en el ámbito educativo. Apuntes de Psicología. 2007; 26 (3): 325-340.
- 7.- Hotaling GT, Sugarman DN. An analysis of risk markers in husband to wife violence: the current state of knowledge. Violence and Victims.1986;1:101-123.
- 8.- Instituto Cántabro Nacional de Estadística ICANE [Internet] Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género Año 2012. [Publicado 05/12/2013; Citado 01/02//2014]. Disponible en: http://www.icanes.es/c/document_library/get_file?uuid=b187f6f9-e6d6f-4759-a69f-e9a9ee981553&groupId=10138
- 9.- Instituto Nacional de Estadística INE [Internet] Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género Año 2012. [Publicado 05/12/2013; Citado 21/12/2013]. Disponible en <http://www.ine.es/prensa/np820.pdf>
- 10.- OMS/OPS [Internet]. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. 2002. [Citado 21/12/2013] Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf
- 11.- MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España [Internet] Información estadística de violencia de género. Datos en las Comunidades Autónomas Año2012. [Citado 01/02/2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ssi/violencia->

Genero/portalEstadistico/CCAA/2012/docs/Cantabria_31122012.pdf

12.- MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España [Internet] Información estadística de violencia de género. Informe Anual. Año2012. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. [Citado 21/12/2013]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portalEstadistico/Boletines-Anuales/doc/BoleEstadistAnual2012.pdf>

13.- Guba EG, Lincoln YS; Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa: Por los rincones. Antología de métodos cualitativos; En Denman CA & Haro JA.2000; pág. 113-145.

ANEXOS

ANEXO I

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

- 1.- Inicio de la relación sentimental con el maltratador: los comienzos, el noviazgo, celos, control.
- 2.- Inicio y características de las agresiones verbales y físicas: sentimientos, culpabilidad, acciones del agresor.
- 3.- Contexto de la realidad se mueven las mujeres maltratadas: amigos, familia, ayuda social...
- 4.- Apoyo familiar: familia de origen y familia política, reacción ante la situación de maltrato.
- 5.- Apoyo amistades y social más cercano: sentimientos, reacciones, profesionales de la salud
- 6.- Sentimientos actuales: vista hacia atrás y cómo habrías actuado sabiendo lo que sabes ahora
- 7.- Agresor: entorno social y familiar del agresor, estatus socioeconómico, situación actual, vivienda cercana.
- 8.- Hijos en común: si presenciaron la agresión, custodia compartida o no
- 9.- Agresiones: físicas, psíquicas, sexuales y secuelas.
- 10.- Sociedad: apoyos, ayudas, información y formación, estado actual, medios de comunicación.
- 11.- Sentimientos en la agresión: culpabilidad, tristeza, ansiedad, discusiones, arrepentimiento del agresor, si la agresión era presenciada por los hijos, miedo a denunciar.

ANEXO II

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Le informamos del desarrollo de un estudio de investigación que estamos llevando a cabo sobre las vivencias de las mujeres jóvenes en la Comunidad de Cantabria que han sufrido maltrato físico por parte de sus parejas.

El beneficio que se pretende obtener al realizar este estudio es comprender la situación de dichas mujeres; de manera que obtendríamos nuevas líneas de actuación e investigación en la práctica clínica.

Por esta razón necesitamos de su colaboración, para después de obtener los resultados, realizar un análisis de los mismos.

Todos los datos serán tratados de manera confidencial y el secreto profesional se cumplirá en todo momento.

Yo, _____ (nombre y apellidos de la mujer) de _____ (edad en años), y DNI _____ acepto participar en el estudio de investigación de "las vivencias de mujeres jóvenes maltratadas en la comunidad de Cantabria"

Mi participación es voluntaria, por lo cual y para que así conste, firmo este consentimiento informado junto al profesional que me brinda la información.

Hoy, _____ de _____ de 2014

Firma de la paciente

Firma de la investigadora principal

ANEXO III

Carta de solicitud de autorización a la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud

Servicio cántabro de Salud
Gerencia de Atención Primaria
Att. Sr. Director Gerente

Fecha.....

Nos dirigimos a ustedes a través de esta carta con el fin de informarles sobre un estudio de investigación y por consecuente solicitar la autorización requerida así como los permisos necesarios para la puesta en marcha de dicho proyecto.

El objetivo principal es explorar las vivencias de las mujeres jóvenes maltratadas de la Comunidad de Cantabria.

El proyecto, de carácter cualitativo, tendrá una duración total de 12 meses; se comenzaría en el mes de Octubre de 2014 y se estima su finalización en el mes de Octubre de 2015.

Como investigadora principal de dicho proyecto solicito la autorización correspondiente para su realización.

Atentamente.

Fdo. Leticia Ochoa

Investigadora principal del proyecto

Se adjunta ejemplar del proyecto e informe del Comité Ético de Investigación clínica.

ANEXO IV

Carta de autorización al Comité Ético de Investigación Clínica de la Fundación de Valdecilla)

Comité Ético de Investigación Clínica
Edificio IFIMAV, 3 planta
Avenida Cardenal Herrera Oria s/n
39011 Santander (Cantabria)

Fecha.....

Muy Sres. Nuestros.

Nos dirigimos a ustedes con el fin de presentarles para valoración y veredicto el proyecto de investigación de carácter cualitativa con el título: VIVENCIAS DE JÓVENES MALTRATADAS POR SUS PAREJAS EN LA COMUNIDAD DE CANTABRIA

Quedamos a su disposición para cualquier tema que se precise.

Atentamente.

Leticia Ochoa.

Investigadora principal de proyecto.

Se adjunta ejemplar del proyecto con sus ANEXOS correspondientes.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

ENFERMERÍA COMUNITARIA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica



Incontinencia urinaria en mujeres: una experiencia en la comunidad

Autora:

María Gómez Herranz

*Diplomada Universitaria en Enfermería.
Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria
en Badalona Serveis Assistencials. Badalona.
España.*

*Dirección para correspondencia:
mariagomy@hotmail.com*

Recibido: 11 de junio de 2014
Aceptado: 6 de septiembre de 2014

RESUMEN

La Incontinencia Urinaria (IU) es un problema de salud que afecta a 6 millones de personas en España y que deteriora enormemente la calidad de vida de quien la sufre. Cerca del 50% de las mujeres ha sufrido incontinencia en algún momento de su vida⁽¹⁾.

La mayoría de las personas que la sufren no consulta a ningún profesional sanitario por ignorancia sobre el tema y falta de conocimientos, sin embargo la inmensa mayoría podría mejorar significativamente si recibiera unas pautas apropiadas, sin importar la edad.

Dentro de esta realidad social, el Colegio de Enfermería de Cantabria, a través de la Fundación de la Enfermería de Cantabria (FECAN) imparte sesiones de IU en Mujeres, mediante diferentes convenios. Las ponentes son Enfermeras inscritas en la bolsa de empleo del propio Colegio.

Las sesiones, de unos 45 minutos de duración, se imparten con un lenguaje claro y sencillo y están dirigidas a la población general. A través de ellas se intenta dotar a los asistentes de unos conocimientos básicos sobre IU en mujeres, su prevención y sus cuidados, desde un punto de vista de cuidados enfermeros.

Los resultados de estas sesiones han sido verdaderamente positivos. La población recibe estas sesiones con mucho interés y adquieren los conocimientos sobre el tema expuesto.

Palabras clave:

- Incontinencia urinaria
- Mujer
- Suelo pélvico
- Educación en salud
- Enfermería

ABSTRACT

Urinary Incontinence (UI) is a health problem which affects 6 million people in Spain and impairs greatly the quality of live of those who suffer it. Almost 50% of women suffer incontinence at some point in their lives⁽¹⁾.

Most people with UI don't consult with any health professional because of the ignorance and the lack of knowledge about the topic, however the vast majority of them could improve in a significant way if they received the appropriate guidelines, regardless of age.

Based on this reality, the Cantabria College of Nursing Professional, by its Foundation, holds sessions about UI in women through different agreements. Lecturers are nurses registered in the Labour Exchange of Collage of Nursing Professionals .

The sessions last 45 minutes with a simple and clear language and the target group is general public. With a nursing care perspective, the aim is to provide for the participants a basic knowledge about women with UI, his prevention and his care.

The results of these sessions have been really positive. The population receives these sessions with a lot of interest and also acquires knowledge about the subject presented.

Key words: urinary incontinence, women's health, pelvic floor, health education, community health nursing.

Keywords:

- Urinary incontinence
- Women's health
- Pelvic floor
- Health education
- Community health nursing.

1.- INTRODUCCIÓN-JUSTIFICACIÓN

La Sociedad Internacional de Continencia (ICS) define la Incontinencia Urinaria (IU) como cualquier pérdida involuntaria de orina⁽²⁾. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la IU como la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable y en cantidad suficiente para constituir un problema social e higiénico a quien la padece⁽³⁾.

Sea cual fuere la definición que se escoja la realidad es que la IU es un problema de salud muy importante consecuencia de una alteración en la capacidad de almacenar y retener orina en la vejiga. No se considera una enfermedad en sí misma, pero está demostrado que deteriora enormemente la calidad de vida de las personas que la padecen causando un importante impacto psicológico y social, pudiendo causar en los casos más graves limitaciones en el autoestima y en las actividades sociales, laborales, sexuales, etc., de quien la padece. Su impacto en la calidad de vida ocupa el quinto lugar en la escala *Nottingham Health Profile*.

Por otro lado, cabe destacar la repercusión que este problema de salud tiene en la economía de quien lo sufre.

En España no se dispone de datos exactos sobre el número de afectados por este problema, debido a que gran parte de los

pacientes lo ocultan y no suelen consultarlo. En un trabajo reciente promovido por el Observatorio Nacional de la Incontinencia (ONI) y basado en una revisión sistemática, se concluía que en torno a unos 6 millones de personas en nuestro país podrían padecer IU⁽⁴⁾. Pese a sus consecuencias y a las cifras de afectados tan elevada, todavía su detección y reconocimiento son muy bajos, por lo que una mayoría de los Pacientes que sufren IU lo hacen de una forma oculta. Este dato resulta alarmante, no sólo por la alta prevalencia estimada de Incontinencia en la población general, si no por el riesgo de que al no detectar a estos afectados se deteriore su calidad de vida y lo que es peor se queden sin recibir una serie de ayudas altamente eficaces para su tratamiento.

Aunque no se sabe con exactitud, los expertos estiman que hasta un 20% de las mujeres adultas padecen cierto grado de incontinencia, y hasta un 40% de las mayores de 45 años tienen el problema. En relación con los hombres, la probabilidad es tres veces mayor en las mujeres, particularmente si han tenido hijos. La incidencia aumenta con la edad. A los 65 años el 50% de las mujeres tienen IU y a los 70 aproximadamente el 70% de las mujeres la sufren.

Dentro de estos porcentajes los estudios han determinado que, independientemente de la edad, el 50% de las mujeres sufre incontinencia de forma ocasional y el 10% presentan incontinencia regular. Casi el 20% de las mujeres mayores de 75 años presentan incontinencia diaria.

Según un estudio del ONI el 61,8% de las personas mayores de 65 años no consulta a su profesional sanitario de referencia acerca de su IU porque les parece "algo normal para su edad".

La mayoría de las mujeres con vejigas incontinentes nunca se han tratado por ese problema. No lo mencionan a sus profesionales sanitarios de referencia y éstos tampoco les preguntan. De hecho, una investigación del ONI mostró que de media esperan alrededor de nueve años para decidirse a buscar ayuda⁽⁴⁾.

La vejiga incontinente es uno de los principales motivos por los que las personas ancianas terminan su vida en instituciones geriátricas⁽⁵⁾. Lo lamentable es que casi todos podrían mejorar significativamente o incluso curarse, si recibieran el tratamiento apropiado, sin importar la edad.

2. OBJETIVOS

General

Enseñar a los asistentes a las sesiones los conocimientos básicos sobre IU en mujeres, así como de su tratamiento y prevención.

Específicos

- Explicar qué es la IU y su elevada prevalencia.
- Exponer la fisiología y la anatomía del sistema de llenado y vaciado de la vejiga, identificar los músculos del suelo pélvico y su función
- Dar a conocer las causas de la IU y los factores beneficiosos y perjudiciales.
- Aprender a fortalecer la musculatura del suelo pélvico mediante los ejercicios de *Kegel*.

3. METODOLOGÍA

Las sesiones sobre IU en Mujeres se dirigen especialmente a éstas, pero también a la población en general, a cualquiera que esté interesado en escucharlas. Las sesiones han sido totalmente gratuitas y de libre asistencia.

Hasta el momento se han impartido tres sesiones de IU en Mujeres:

1. En la Casa de Cultura de Torrelavega.
2. En el Centro Penitenciario El Dueso.
3. En el Ayuntamiento de Corvera de Toranzo.

El tiempo de las sesiones es de unos 45 minutos aproximadamente, a lo que después se le añade el tiempo de resolución de dudas de los asistentes, preguntas y aclaraciones, además de la entrega de trípticos sobre cuidados para que lleven consigo a sus domicilios.

La sesión se divide en una parte teórica (30 minutos) y otra parte práctica (15 minutos)

La parte teórica tiene los siguientes contenidos:

Introducción-Justificación

- Definición IU
- Prevalencia
- Deterioro de la calidad de vida

Anatomofisiología

- Explicación anatomofisiológica del funcionamiento de llenado y vaciado de la vejiga, ayudados de imágenes en diapositivas

Causas principales de la IU

- Embarazos y partos
- Edad y menopausia
- Sobrepeso
- Sobreesfuerzos diarios
- Estreñimientos
- Etc.

Tipos de incontinencias más prevalentes en mujeres

- Incontinencia de esfuerzo
- Incontinencia de urgencia
- Incontinencia mixta

Factores beneficiosos y perjudiciales

- Dieta
- Frío/estrés
- Tabaco
- Etc.

Posibles soluciones

- Entrenamiento vesical
- Tratamiento médico (sólo citar): fármacos, intervención quirúrgica, electroestimulación...
- Fortalecer la musculatura del suelo pélvico mediante:
 - Bolas chinas
 - Conos vaginales
 - Ejercitadores
 - Ejercicios de *Kegel*

La parte práctica consiste en el aprendizaje y posterior realización de ejercicios de *Kegel*. En primer lugar se enseña a los asistentes a reconocer y localizar los músculos del suelo pélvico, una vez esto está conseguido se indica la realización de las correspondientes contracciones, de diversas maneras. Se les explican varias series que pueden poner en práctica en su vida cotidiana y se les dan unas pautas de tiempos/frecuencia con que deben realizarlo. Por último, se indican unos plazos de tiempo en los que empezarán a ver resultados positivos si son constantes en los ejercicios, para que puedan autoevaluarse individualmente.

Una vez finalizada la sesión se les entrega un tríptico (ANEXO I) el cual contiene la información dada en la sesión de manera resumida y una serie de ejercicios de *Kegel*, con la finalidad de que si tienen cualquier duda posteriormente puedan consultarla y resolverla a través de la información del tríptico.

4. RESULTADOS

Se presentan las actividades realizadas como experiencia comunitaria en tres contextos diferentes en la Comunidad Autónoma de Cantabria.

Sesión Casa Cultura Torrelavega (23-10-2013) Torrelavega es una ciudad.

Incontinencia urinaria en mujeres: una experiencia en la comunidad

Se realizó la sesión en la Casa de Cultura dentro del programa "Aula de Salud"

Acudieron 14 personas de las cuales 12 eran mujeres y 2 hombres, todos de una edad avanzada (mayores de 50 años). Se había publicado la existencia de la sesión tanto en un periódico regional (El Diario Montañés), así como a través de una entrevista en la radio (Cadena SER Torrelavega) a la que acudieron responsables de la FECAN.

Los asistentes se mostraron receptivos a la información dada en todo momento e interesados con el tema. A lo largo de la sesión algunos asistentes tomaron apuntes ya que les estaba pareciendo una información interesante y relevante para su vida diaria. Al terminar la sesión se mostraron muy satisfechos con la forma de exposición del tema, refirieron que se había dado con un lenguaje claro y sencillo, de forma amena y que lo pueda entender cualquier persona independientemente de la edad o los estudios que tenga.

Se resolvieron dudas tanto a lo largo de la sesión como al final de ésta.

En la entrega de trípticos (ANEXO I) se nos pidió más para amigas o conocidas que sufrían el problema y no habían podido asistir, para que también éstas conocieran y aplicaran los ejercicios de Kegel.

Sesión Penitenciaria El Dueso (12-02-2014)

En esta ocasión fueron invitadas todas las internas (mujeres) de la Penitenciaría.

Acudieron 16 internas (de las 17 que hay) y 2 enfermeras penitenciarias.

En esta ocasión la edad de las asistentes era menor, eran mujeres de 25 a 45 años principalmente. La mayoría eran madres y jóvenes, por tanto tenían más conocimientos que los que pueden tener mujeres de mayor edad. Aunque la mayoría no sabía nombrar las cosas o citarlas en un principio según se fue desarrollando la sesión ellas fueron reconociendo las cosas como ya conocidas, oídas o vistas en alguna ocasión.

Participaron en todo momento haciendo todo tipo de aportaciones, no tuvieron reparo en preguntar cualquier tipo de duda.

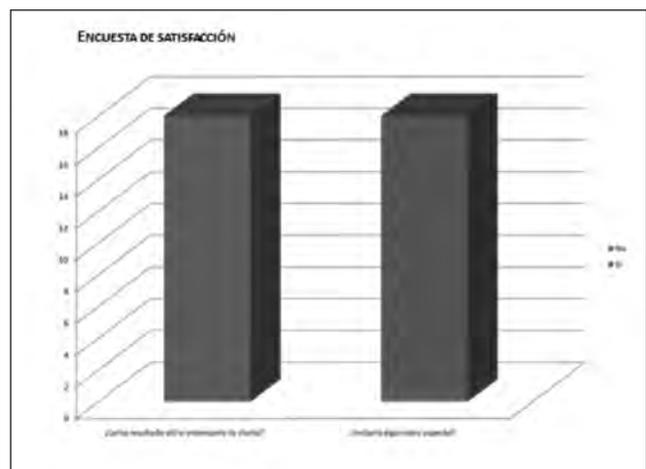
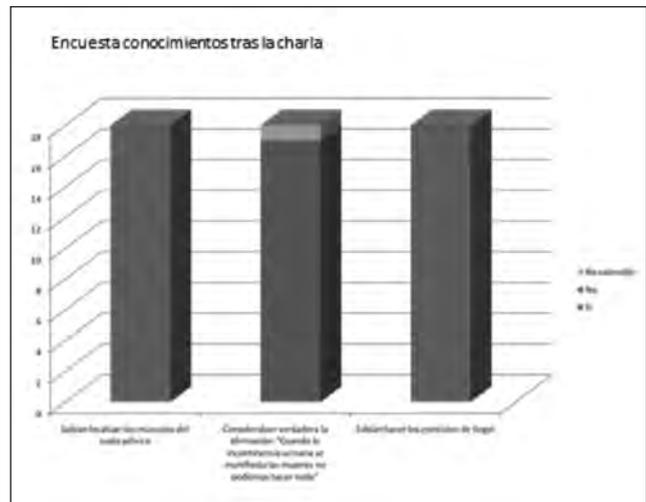
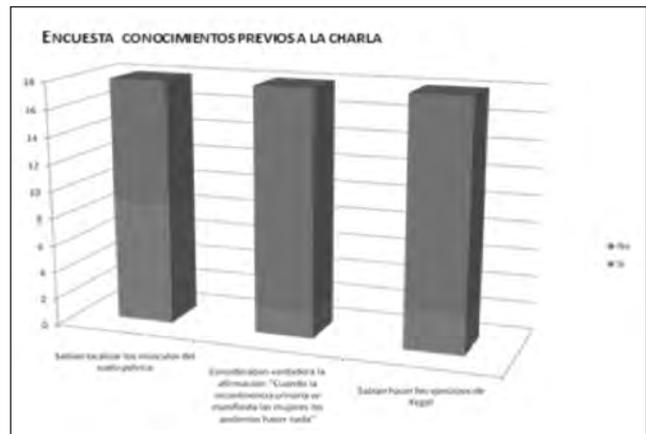
En esta ocasión las mujeres se mostraron aún más agradecidas, se sintieron entendidas y atendidas, y así nos lo comunicaron. También desde la propia Enfermería de la Penitenciaría se nos invitó a volver según las presas se fueran renovando, ya que todas terminaron muy contentas y les pareció un tema muy interesante para tratar.

Al ser un contexto diferente, en el que sabíamos el número bastante certero de las asistentes y que teníamos la posibilidad de entregar bolígrafos y tiempo suficiente, teniendo también en cuenta que todas las allí presentes sabían leer y escribir y no iban a tener problema con el idioma o impedimentos como problemas de visión, además que estábamos en un aula con sillas con pala para poder escribir, etc. Se les pasó unas encuestas pre-sesión y post-sesión (ANEXO II) con el fin de poder evaluar los conocimientos previos que tenían y los que adquirieron a lo largo de la sesión, además de valorar su satisfacción y la inclusión de nuevos temas o ampliación del presente.

Los resultados de las encuestas (ANEXO III), son los siguientes:

- El 50% sabían localizar los músculos del suelo pélvico antes de la sesión, frente al 100% que sabía después.

- El 11% creían que no se puede hacer nada si sufres IU, que no tiene solución, al final de la sesión el 94,4% sabía que esto era falso y el 5,6% restante no fue valorable su respuesta ya que marco como correcta más de una opción.
- El 16,6% sabía realizar los ejercicios de Kegel antes de la sesión, al final de ésta sabían el 100%.
- Al 100% de las asistentes les pareció interesante la sesión y un 5,5% incluiría algún otro aspecto (sin especificar cuál).



Sesión Corvera de Toranzo (7-03-2014). Corvera de Toranzo es un ayuntamiento que engloba 10 pueblos.

En el contexto de un convenio de colaboración entre el Ayuntamiento de Corvera de Toranzo y el Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria, en el que se asientan las bases para mejorar las actuaciones tendentes a promover hábitos saludables y elevar el nivel de salud y bienestar de los ciudadanos del municipio, se ponen en marcha diferentes talleres y jornadas dirigidos tanto a la población adulta de Corvera de Toranzo como a la comunidad educativa, entre ellos la sesión de IU en mujeres.

A la sesión acudieron 24 asistentes, de los cuales 5 fueron hombres. Se anunció en carteles en diferentes localizaciones del ayuntamiento así como en su página web. El día siguiente a la impartición de la sesión, salió publicado en el Diario Alerta un artículo sobre la misma.

Al igual que en las dos sesiones anteriores los asistentes se mostraron muy interesados con el tema e hicieron preguntas y se resolvieron dudas a lo largo de toda la sesión. Como diferencia cabe destacar que en esta ocasión también se resolvieron dudas sobre IU masculina. Además al finalizar, se nos propuso por parte de la alcaldía el incluir más sesiones con temas relacionados a los cambios que sufren las mujeres con la edad, como la menopausia, ya que ellos entendían que había demanda de conocimientos por parte de las mujeres del ayuntamiento sobre ese tema.

5. DISCUSIÓN

Debido al propio ciclo biológico de las mujeres, el que tienen impuesto por naturaleza, las mujeres se enfrentan a numerosos cambios internos, anatómicos, fisiológicos, hormonales... a lo largo de la vida, a los cuales hacen frente "como pueden", sin los conocimientos suficientes o adecuados, con dudas, haciendo caso a "consejos de amigas" que no se sabe en base a qué están fundados y sin atreverse a consultar al profesional correspondiente.

Ante esta realidad social es necesario que la figura de la Enfermera, como fuente de cuidados en salud y promotora de ésta desarrolle más su función docente, de "educadora en salud". Porque no se debe olvidar que la función docente es otra más de las funciones de la Enfermería.

Los resultados obtenidos de las encuestas de la sesión de El Dueso muestran que un porcentaje bajo de mujeres es conocedora de su anatomía genitourinaria, lo cual conlleva a un desconocimiento importante sobre la problemática de la IU; causas, tratamiento, cuidados, prevención... Los pocos conocimientos que tenían los habían adquirido a lo largo de sus embarazos por el contacto con las matronas.

Los datos referidos, no son demostrativos de la población general, puesto que, según refieren las mujeres los conocimientos que tienen los han adquirido de su paso por una consulta de matronas... por lo que tanto, ¿qué sucede con las mujeres que no han tenido esta oportunidad, por ejemplo mujeres mayores que precisamente son las más necesitadas de estos cuidados? A este colectivo es al que más le hace falta la intervención de las enfermeras como agentes promotores de salud.

6. CONCLUSIONES

Anclado en el pasado queda ya ese modelo biomédico, asistencial o tradicional, centrado en la enfermedad. Hoy en día se aboga por una Enfermería centrada en la salud y la conservación de ésta, mediante un modelo comunitario; que promueva el autocuidado y la autorresponsabilidad del individuo y de la colectividad.

Se deben realizar más proyectos de Educación para la Salud, promoviendo hábitos de vida saludable, enseñando a la población a cuidarse en todos los aspectos de su vida y de esta manera prevenir posteriores problemas de salud.

Las sesiones son bien aceptadas y despiertan un elevado interés en la población.

Los asistentes se muestran muy agradecidos de adquirir conocimientos de los que no disponen con el fin de mejorar y mantener su salud y calidad de vida.

Desde el punto de vista económico, su gasto es exiguo.

Por otro lado, como profesionales de la Enfermería se debe considerar como otra dimensión del quehacer profesional comunitario.

7. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse. Lo que usted debe saber sobre el control de la vejiga en las mujeres. Bethesda: NIH Publication; Enero 2010. No: 10-41545
- 2.- Espuña M, Fernández A, Pérez M. Estudio Evolution de sego-ausonia. Barcelona; Arbora & Ausonia; 2010
- 3.- Vila i Coll MA, Fortuny Roger M. Sesiones Clínicas en APS. Incontinencia Urinaria. Cuaderno del ponente. Barcelona; SEMFYC; 2005.
- 4.- Castaño R, Cuenllas A, García M, López A, Salinas J, Verdejo C, et al. Percepción del Paciente con Incontinencia Urinaria (I.U.). Observatorio Nacional de Incontinencia; 2009
- 5.- Nachtigall L, Nachtigall RD, Heilman JR. Lo que toda mujer debe saber: Cómo mantenerse sana después de los 40. Barcelona: Gránica; 2001
- 6.- Plant P, McEwen J, Prescott K. Use of Nottingham Health Profile to test the validity of census variables to proxy the need for health care. J. Public Health Med 1996; (18): 313:320
- 7.- Sánchez Avello N, García Campo ME. Educación para la Salud (EpS) sobre autocuidados en hábitos de vida saludable. Nuberos Científica. 2013; 2(8): 41-44
- 8.- Díez Iglesias S, Lombera Torre A. Educación para la Salud (EpS) sobre autocuidados en una sexualidad responsable y saludable. Nuberos Científica. 2013; 2(8): 53-56
- 9.- Jara Royo M, Santamaría Martínez MC. en el cotexto del tratamiento y rehabilitación de drogodependencias. Nuberos Científica. 2013; 2(9): 51-56
- 10.- Cabrero Santamaría V, Rodríguez Martínez MJ. Educación sanitaria grupal sobre primeros auxilios. Nuberos Científica. 2013; 2(9): 57-60
- 11.- Ricard F. Tratado de Osteopatía Visceral y Medicina Interna. Tomo III. Sistema Genitourinario. Madrid: Médica Panamericana; 2009
- 12.- Espuña M, Puig-Clota M, Iglesias X. Capítulo 24. Bases de la Uroginecología. Diagnóstico y tratamiento de la Incontinencia de orina. In: Bajo Arenas JM, Laila Vicens JM, Xercavins Montosa J. Fundamentos de ginecología. Madrid; Panamericana; 2009. p. 303-17
- 13.- Ledesma MC. Fundamentos de Enfermería. México: Limusa; 2004
- 14.- Del Castillo L, Martos F, Ania JM, Gómez D, Junquera CR, Canabal A, et al. Enfermeros del Consorcio Sanitario de Tenerife. Temario Vol I. 1ªed. Sevilla: MAD; 2004

ANEXOS

ANEXO I

Tras la contracción descansa la misma cantidad de tiempo que haya estado contraído el músculo. Es decir, si su contracción ha durado 7 segundos, descansa otros 7.

Lo ideal es **realizar series de 10 contracciones, y repetir las varias veces al día.** También debe mantener la contracción de los músculos del suelo pélvico cuando sea necesario como, por ejemplo, al reír, toser o realizar cualquier actividad que le produzca pérdidas.

Estos ejercicios puede llevarlos a cabo en diferentes posiciones: sentada, levantada, acostada, y siempre de forma totalmente discreta.

COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA DE CANTABRIA

FUNDACION ENFERMERIA CANTABRIA

MARIA GÓMEZ HERRANZ
Diplomada Universitaria en Enfermería

INCONTINENCIA URINARIA

¿POR QUÉ AGUANTAR?

¡SE PUEDE TRATAR Y PREVENIR!

ACUDA A LA CONSULTA DE SU ENFERMERA

¿QUÉ ES LA INCONTINENCIA URINARIA?

Cualquier **pérdida involuntaria de orina** que suponga un problema para la persona que la sufre.

No es una enfermedad en sí misma, pero **deteriora la calidad de vida** de las personas que la padecen.

Puede manifestarse a cualquier edad y en ambos sexos, siendo más frecuente en las mujeres. Así, **la mitad de las mujeres presentan incontinencia urinaria a lo largo de su vida.**

¿POR QUÉ OCURRE?

En la mayoría de los casos, la incontinencia se produce por un **debilitamiento de los músculos del suelo pélvico.** Estos músculos son los responsables de mantener cerrada la uretra y, junto con la musculatura abdominal, mantener las vísceras pélvicas (vejiga, recto y útero) en su sitio.

Por ello, si estos músculos se debilitan, aparecen síntomas de "caída" de vísceras o escapes de orina.

Sin embargo, estos músculos pueden fortalecerse de nuevo.

CAUSAS

- La **edad** y la **menopausia** debilitan la musculatura del suelo pélvico.
- **Sobreesfuerzos** habituales como llevar niños en brazos, coger compra, etc.
- **Embarazos y partos.**
- **Estreñimiento.**
- **Sobrepeso.**
- **Cirugía abdominal** ("vacío", mallas...)
- Otras: Infección urinaria, medicamentos, anomalías neurológicas, lesiones de columna...

LAS INCONTINENCIAS URINARIAS MÁS FRECUENTES EN MUJERES SON:

INCONTINENCIA DE ESFUERZO

La pérdida de orina se produce por un esfuerzo (tos, estornudo, risa...) que hace que aumente la presión en la vejiga y se produzca el escape.

INCONTINENCIA DE URGENCIA

Es la necesidad inminente de orinar y la incapacidad de llegar a tiempo al baño.

INCONTINENCIA MIXTA

Se produce cuando la incontinencia de esfuerzo y la de urgencia suceden juntas.

EJERCICIOS PARA FORTALECER EL SUELO PÉLVICO.

En primer lugar, es necesario **localizar los músculos adecuados.** La mejor forma es intentar detener el chorro de orina cuando vaya al baño. Esos músculos que utiliza, son los adecuados.

Al contraer estos músculos debe sentir como si apretase y elevase ligeramente hacia arriba.

Realice una **contracción de la musculatura, durante 10 segundos.** Es normal que al principio no aguante tanto tiempo, pero si practica lo conseguirá.

ANEXO II

Preguntas pre y postest durante las sesiones.

1. ¿Sabría localizar los músculos del suelo pélvico?

Sí No

2. Respecto a la siguiente frase indique si usted la considera verdadera o falsa: "Cuando la incontinencia urinaria se manifiesta las mujeres no podemos hacer nada"

Verdadero Falso

3. ¿Sabría hacer los ejercicios de Kegel?

Sí No



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

ENFERMERÍA HOSPITALARIA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Caso clínico: Diabetes mellitus tipo 2

Autora:

Soraya Álvarez Andrés

Graduada en Enfermería. Servicio de Medicina Interna. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria. España.

*Dirección para correspondencia:
soray777@hotmail.com*

Recibido: 1 de abril de 2014

Aceptado: 30 de agosto de 2014

RESUMEN

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica con una prevalencia mundial del 8,3%. Además, se estima que se incrementará en el 2030 hasta un 9,9%. Dentro de la diabetes, la diabetes mellitus tipo 2 es la más frecuente y se está convirtiendo en la actualidad en un grave problema de Salud Pública, ya no sólo por el aumento de su prevalencia, sino también por su morbimortalidad asociada y los altos costes sanitarios que conlleva.

Se presentó el caso de una paciente que ingresa por descompensación diabética. Se aplicó un plan de cuidados individualizado basado en la terminología Nanda-Noc-Nic. Tras un período de ingreso de 22 días, se consiguió solucionar los diagnósticos enfermeros y las complicaciones potenciales que se detectaron en el momento del ingreso.

Palabras clave:

- Diabetes mellitus 2
- Proceso enfermero
- Diagnósticos enfermeros

ABSTRACT

Diabetes mellitus is a chronic disease with an estimated prevalence of 8.3% in the world. Furthermore, this figure is expected to rise to 9.9 per cent, by 2030. Type 2 diabetes is the most common form of diabetes which is currently becoming a serious public health problem, not only on its increase of prevalence, but also on its mortality and the high healthcare costs involved in.

We presented the clinical case of a patient, who was hospitalised by descompensated diabetes. An individualized plan of care based on the Nanda - Noc - Nic terminology was implemented.

It took us 22 days to solve nursing diagnoses and potential complications which had been found at the time of her admission to the hospital.

Keywords:

- Diabetes Mellitus 2
- Nursing Process
- Nursing Diagnosis

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

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad metabólica crónica, cuyo signo más característico es la hiperglucemia. Ésta se debe a un defecto en la secreción de insulina, a una mala utilización de ésta o a ambas⁽¹⁾.

Según la OMS, podemos clasificar la diabetes en⁽²⁾:

- Diabetes mellitus tipo 1: Es producida por la destrucción de células beta del páncreas, lo que lleva a una absoluta deficiencia de insulina. Su sintomatología característica es: polidipsia (sed), polifagia (hambre) y poliuria (diuresis aumentada).
- Diabetes mellitus tipo 2: Se caracteriza por diferentes grados de resistencia o/y deficiencia de insulina. Es la más frecuente, correspondiendo al 90% de los casos y se debe mayormente a la obesidad y el sedentarismo. La sintomatología es similar a la del tipo 1, pero menos intensa.
- Diabetes gestacional: La hiperglucemia aparece en el embarazo por primera vez; de sintomatología similar.
- Deterioro de la tolerancia a la glucosa y alteración de la glucemia en ayunas: Se refiere a un estado intermedio entre la normalidad y la diabetes.

La diabetes es una de las enfermedades con mayor impacto sociosanitario, además de por el aumento de su prevalencia, sino también por su morbimortalidad⁽³⁾.

En 2011 la prevalencia mundial se calculó en el 8,3% (366,3 millones de personas) y se calcula que aumentará hasta el 9,9% en el año 2030 (551 millones de personas). Con respecto a Europa tenemos una prevalencia del 8% y centrándonos en España la prevalencia de diabetes diagnosticada en 2007 fue del 6,4%, aumentando con la edad, sobre todo para mayores de 55 años. Para la comunidad autónoma de Cantabria (comunidad en la

que se realizará el estudio), la prevalencia también fue del 6,4%, siendo en hombres del 7,5% y en mujeres del 5,4%⁽⁴⁾.

En cuanto a los costes sanitarios que se derivan de la diabetes tipo 2 en España, se calculan entre 1.900 y 2.000 millones de euros al año, lo que corresponde al 4,4% del gasto sanitario total, correspondiendo el 32% de éste a los gastos derivados de la hospitalización⁽⁵⁾. Se calcula que un 25% de los pacientes que precisan hospitalización son diabéticos, no estando relacionado el motivo de ingreso con la diabetes en la mayoría de los casos⁽⁶⁾.

Como ya se ha señalado, la diabetes tipo 2 es la más frecuente y se ha convertido en el siglo XXI en uno de los problemas más importantes de Salud Pública⁽⁷⁾. Este hecho parece debido a varios factores genéticos y ambientales, fundamentalmente relacionados con el estilo de vida (obesidad y sedentarismo), contribuyendo éstos a la aparición de resistencia insulínica y a la disfunción de las células beta pancreáticas; lo que desencadena finalmente, la aparición de hiperglucemia mantenida⁽⁸⁾, apareciendo complicaciones crónicas.

2.- OBJETIVOS:

- Identificar los problemas de salud de la paciente.
- Elaborar un plan de cuidados individualizado basándonos en la terminología Nanda-Nic-Noc.
- Hacer partícipe de sus cuidados a la propio paciente.

3.- METODOLOGÍA:

Elaboración de un plan de cuidados de enfermería individualizado según la taxonomía NANDA -NIC - NOC, distinguiendo entre complicaciones potenciales y diagnósticos enfermeros.

4.- DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Mujer de 77 años de edad, que acude al servicio de Urgencias por cuadro de malestar general en la última semana; refiere presentar fatiga y dolor abdominal de forma intermitente. Tras realización de analítica y ecografía abdominal, se diagnostica de descompensación diabética y se inicia tratamiento con insulina rápida. Posteriormente, ingresa en planta a cargo del servicio de Medicina Interna.

Los antecedentes de la paciente son los siguientes: HTA, obesidad y DM 2 diagnosticada hace 4 años y en tratamiento con dieta; operada de cataratas de ambos ojos y ex fumadora.

Tras 22 días de ingreso en planta la paciente es dada de alta, habiéndose conseguido un buen control glucémico gracias al tratamiento con Insulina.

5.- VALORACIÓN SEGÚN LAS NECESIDADES DE V. HENDERSON:

- 1. Respiración: Sin alteraciones. Medición de constantes vitales estables: Fr= 17 resp/min, Fc= 92 lat/min, TA = 120/60 mmHg.
- 2. Alimentación/ Hidratación: La paciente presenta obesidad, ya que su IMC = 32, 65. (P= 81,3 kg; Talla =1,58 m)
- 3. Eliminación: Sin alteraciones.
- 4. Movilidad/Postura: Sin alteraciones.
- 5. Dormir/Descansar: Sin alteraciones.
- 6. Vestirse/ Desvestirse: Sin alteraciones
- 7. Temperatura corporal: Sin alteraciones. T^a = 36,7°C.
- 8. Higiene/Piel: Sin alteraciones.
- 9. Seguridad: La paciente refiere angustia en relación con el motivo del ingreso.
- 10. Comunicación: Sin alteraciones.
- 11. Valores/ Creencias: Sin alteraciones.
- 12. Autorrealización: Sin alteraciones.
- 13. Entretenimiento: Sin alteraciones.
- 14. Aprendizaje: Necesidad de aprender conocimientos nuevos sobre su patología.

6.- PLAN DE CUIDADOS (9 - 12):

DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA SUPERIOR A LAS NECESIDADES (00001)		
Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.		
Factores relacionados:		
• Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas.		
Características definitorias:		
• Peso corporal superior en un 20% al ideal según talla y constitución corporal.		
RESULTADO NOC		
Conocimiento: dieta prescrita (1802)		
Grado de conocimiento transmitido sobre la dieta recomendada por un profesional sanitario para un problema de salud específico.		
Indicadores:	Evaluación al ingreso Puntuación escala Likert	Evaluación al alta Puntuación escala Likert
180201-Dieta prescrita	3. Conocimiento moderado	5. Conocimiento extenso
180203-Beneficios de la dieta prescrita	2. Conocimiento escaso	4. Conocimiento sustancial
INTERVENCIÓN NIC		
Enseñanza: dieta prescrita (5614)		
Preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita.		
Actividades:		
• Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita.		
• Instruir al paciente acerca de cómo mantener un diario de alimentos, según el caso.		
• Informar al paciente sobre los alimentos permitidos y prohibidos.		

CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (00126)
Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

Factores relacionados:

- Poca familiaridad con los recursos para obtener la información.

Características definitorias:

- Informa del problema.

RESULTADO NOC

Conocimiento: control de la diabetes (1820)

Grado de conocimiento transmitido sobre la diabetes, su tratamiento y la prevención de sus complicaciones.

Indicadores:	Evaluación al ingreso Puntuación escala Likert	Evaluación al alta Puntuación escala Likert
182006-Hiperglucemia y síntomas relacionados	2. Conocimiento escaso	5. Conocimiento extenso
182009-Hipoglucemia y síntomas relacionados	2. Conocimiento escaso	5. Conocimiento extenso
182012-Importancia de mantener el nivel de glucemia dentro del rango objetivo	2. Conocimiento escaso	5. Conocimiento extenso
182019-Comienzo, pico y duración de la insulina prescrita	1. Ningún conocimiento	4. Conocimiento sustancial
182023-Prácticas preventivas de cuidados de los pies	1. Ningún conocimiento	5. Conocimiento extenso
182027-Técnica adecuada para preparar y administrar la insulina	1. Ningún conocimiento	5. Conocimiento extenso

INTERVENCIONES NIC

Enseñanza: medicamentos prescritos (5616)

Preparar al paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.

Actividades:

- Instruir al paciente acerca de la posología, vía y duración de los efectos de cada medicamento.
- Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo.
- Enseñar al paciente a realizar los procedimientos necesarios antes de tomar la medicación (comprobar el pulso y el nivel de glucosa), si es el caso.

Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)

Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.

Actividades:

- Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad, según corresponda.
- Comentar los cambios en el estilo de vida que pueden ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.
- Describir las posibles complicaciones crónicas, según corresponda.

Administración de medicación: subcutánea (2317)

Preparación y administración de medicamentos por vía subcutánea.

Actividad:

- Educar al paciente, a los miembros de la familia y a otros allegados en la técnica de la inyección.

Enseñanza: cuidados de los pies (5603)

Preparar al paciente de riesgo y/o allegados para proporcionar cuidados preventivos en los pies.

Actividades:

- Proporcionar información relacionada con el nivel de riesgo de lesión.
- Enseñar a hidratar diariamente la piel poniendo los pies en remojo o realizando un baño con agua a temperatura ambiente, aplicando posteriormente una crema hidratante.
- Describir los zapatos adecuados (es decir, tacón bajo con una forma adecuada al pie y profundidad de la zona de los dedos; suelas realizadas con material que amortigüe los golpes, anchura ajustable con correas o cordones; parte superior realizada con materiales transpirables, suaves y flexibles; plantillas para trastornos de la marcha y de la longitud de la pierna, y posibilidad de modificaciones en caso necesario).

ANSIEDAD (00146)

Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

Factores relacionados:

- Cambio en el estado de la salud.

Características definitorias:

- Angustia.

RESULTADO NOC**Nivel de ansiedad (1211)**

Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificada.

Indicadores:	Evaluación al ingreso Puntuación escala Likert	Evaluación al alta Puntuación escala Likert
121101- Desasosiego	1. Grave	5. Ninguno
121105- Inquietud	1. Grave	4. Leve
121117- Ansiedad verbalizada	2. Sustancial	5. Ninguno

Afrontamiento de problemas (1302)

Acciones personales para controlar los estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

Indicadores:	Evaluación al ingreso Puntuación escala Likert	Evaluación al alta Puntuación escala Likert
130205-Verbaliza aceptación de la situación	2. Raramente demostrado	5. Siempre demostrado
130210- Adopta conductas para reducir el estrés	2. Raramente demostrado	4. Frecuentemente demostrado

INTERVENCIONES NIC**Disminución de la ansiedad (5820)**

Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.

Actividades:

- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.

Mejorar el afrontamiento (5230)

Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los efectos estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.

Actividades:

- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.

Complicaciones potenciales principales:

1. Hiperglucemia
2. Hipoglucemia

Objetivos de enfermería:

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

Intervenciones y actividades de enfermería:

- Detectar signos y síntomas de complicaciones.
 - Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargo, visión borrosa o cefaleas.
 - Observar si hay signos y síntomas de hipoglucemia: temblores, diaforesis, nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, impaciencia, taquicardia, palpitaciones, escalofríos, piel sudorosa, aturdimiento, palidez, hambre, náuseas, cefalea, fatiga, somnolencia, debilidad, calor,

mareo, sensación de desmayo, visión borrosa, pesadillas, gritos durante el sueño, parestesias, dificultad de concentración, habla dificultosa, incoordinación, cambios de conducta, confusión, coma, crisis comiciales.

- Comunicar a otros profesionales de la salud los síntomas detectados.
- Identificar las causas posibles de la hiperglucemia/ hipoglucemia.
- Monitorizar glucemia.
- Administración de tratamiento farmacológico:
 - Administrar insulina, según prescripción (hiperglucemia).
 - Administrar hidratos de carbono o glucagón, según corresponda (hipoglucemia).
- Seguir las cinco reglas de la administración correcta de la medicación: paciente correcto, hora correcta, medicamento correcto, dosis correcta y vía de administración correcta.

7.- CONCLUSIÓN

La valoración general basada en las necesidades de V. Henderson conduce a la identificación de los problemas de salud formulados como diagnósticos enfermeros. La implementación de un plan de cuidados individualizado, marcando unos objetivos con el paciente, nos permite conseguir unos resultados positivos.

En el caso clínico planteado, se demuestra claramente, que el proceso de atención de enfermería es una herramienta útil para la solución de los problemas de salud, aumentándose así la calidad en los cuidados enfermeros y mejorando con ello la atención sanitaria.

8.- BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- López G. Diabetes mellitus: classification, pathophysiology, and diagnosis. *Medwave* 2009; 9(12):4315
- 2.- Organización Mundial de la Salud [internet]. Centro de prensa. Diabetes; 2012 [acceso 6 de noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>
- 3.- Zafra Mezcua JA, Méndez Segovia JC, Novalbos Ruiz JP. Complicaciones crónicas en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de salud. *Aten Primaria* 2000; 25:29-43.
- 4.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [internet]. Madrid: Estrategia en diabetes del Sistema Nacional de Salud. Actualización; 2012 [acceso 6 de noviembre de 2012]. Disponible en: [http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/exce-](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/exce-lencia/cuidadospaliativos-diabetes/DIABETES/Estrategia_en_diabetes_del_SNS_Accesible.pdf)
- 5.- Fundación para la diabetes [internet]. La diabetes- veamos su importancia [acceso 20 de noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.fundaciondiabetes.org/diabetes/box03.htm>
- 6.- Carreño MC, Sabán J, Fernández A, Bustamante A, García I, Guillén V, et al. Manejo del paciente diabético hospitalizado. *An Med Interna* 2005; 22(7):339-48.
- 7.- Montero Pérez- Barquero M, Martínez Fernández R, de los Mártires Almingol I, Michán Doña A, Conthe Gutiérrez P, Grupo de Trabajo de Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Española de Medicina Interna. Factores pronósticos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 ingresados en Servicios de Medicina Interna: mortalidad y reingreso hospitalario en un año (estudio DICAMI). *Rev Clin Esp.* 2007; 207(7):322-30.
- 8.- Merino Torres JF. Fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 2. [Internet]. [acceso 16 de noviembre de 2012]. Disponible en: http://api.ning.com/files/*CIYIczQubdYotnbHrm2oyn30IU-KnbxU7pIXQS-qyXOW5jvFUBFB9WpWNqxUbRwKS-5ofcj-0yaBdvOhAMx5yxbO-duukxIbX/01FisiopatologiaDrMerino.pdf
- 9.- Alfaro- LeFevre R. Aplicación del proceso de enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª Edición. Barcelona: Masson; 2003.
- 10.- NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2012 – 2014 de la NANDA. Barcelona: Elsevier; 2012.
- 11.- Moohead S, Jonhson M, Maas M.L, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª Edición. Barcelona: Elsevier; 2013.
- 12.- Bulechek G.M, Butcher H.K, MsCloskey Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª Edición. Barcelona: Elsevier; 2013.

Plan de cuidados estandarizado durante la fase de dilatación del parto normal

Autoras:

Marta López Mirones¹, Marta González Maestro¹, Ana Rosa Alconero Camarero², M^a Teresa Gil Urquiza³, Casandra García González¹, Alicia Alonso Salcines¹

(1) Residente de 2º año de Enfermería Obstétrica Ginecológica. Área de partos. Hospital Universitario Maques de Valdecilla (Residencia Cantabria). Santander. España. (2) Matrona. Profesora titular de Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Cantabria. España. (3) Matrona. Jefa de estudios de la especialidad de Enfermería Obstétrica Ginecológica. Supervisora Área de partos. Hospital Universitario Maques de Valdecilla (Residencia Cantabria). Santander. España.

*Dirección para correspondencia:
mlopezmirones@gmail.com*

Recibido: Junio de 2014

Aceptado: Septiembre de 2014

Se presenta una primera publicación de una serie de tres planes de cuidados estandarizados. En este caso el correspondiente a la fase de dilatación del parto normal. Sucesivamente se publicarán las correspondientes a la fase del expulsivo-alumbramiento y, seguidamente, del puerperio inmediato.

RESUMEN

El parto normal es un "proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina habitualmente sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo"⁽¹⁾. El período de dilatación, primera etapa del parto, se extiende desde el inicio de las contracciones uterinas hasta la dilatación cervical completa. En este periodo, existen numerosas actuaciones de la matrona, en torno al feto, la mujer, y la familia. Los ingresos por parto representan el 14% de las hospitalizaciones y el 7% de las estancias hospitalarias.

Es por ello, que se plantea un plan de cuidados estandarizado que aborde los diferentes momentos por los que pasa la mujer durante el parto.

Para su realización, la valoración se ha focalizado por sistemas y se ha seguido la perspectiva bifocal de los cuidados; por una parte, se identifican complicaciones potenciales (CP) o problemas interdependientes y, por otra, diagnósticos de Enfermería (DdE) según la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Para los DdE se identifican los criterios de resultados NOC (Nursing Outcomes Classification) e intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification).

Palabras clave:

- Parto normal
- Enfermería obstétrica
- Diagnóstico de enfermería

ABSTRACT

Normal labour is a "unique physiological process by which the woman ends her pregnancy at term, and in which psychological and socio-cultural factors are involved. Labour begins spontaneously and is usually carried out and ended without any complications, culminating in childbirth, without the need of any intervention other than holistic and respectful support." The dilatation period, the first stage of labour, extends from the onset of uterine contractions to the complete dilatation of the cervix uteri. During this stage, the midwife carries out many actions that center around the fetus, mother and family. Childbirth accounts for 14% of hospital admissions and 7% of hospital stays.

For this reason, a standardized care plan is proposed which includes the different moments a woman goes through during normal birth. To do so, assessment was focused on systems and followed the bifocal care perspective: on the one hand, potential complications (PC) or interdependent issues and, on the other hand, nursing diagnosis according to NANDA taxonomy (North American Nursing Diagnosis Association). For the nursing diagnosis, NOC outcome criteria (Nursing Outcomes Classification), and NIC interventions (Nursing Interventions Classification) are identified.

Keywords:

- Normal childbirth
- Obstetric nursing
- Nursing diagnosis

INTRODUCCIÓN

Según la sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) en el año 2005 la causa más frecuente de admisión en los hospitales españoles fue el proceso del parto, con un total de 463.249 partos que significan el 9,1% de las altas hospitalarias registradas⁽²⁾. En el mismo año, la estancia media por parto fue de 2,8 días para los partos por vía vaginal y de 5,6 para las cesáreas. La atención hospitalaria al parto se concentra alrededor de la maternidad hospitalaria que se define, desde el punto de vista estructural y organizativo, como "el espacio en el que se ofrece asistencia multidisciplinar a la mujer, al recién nacido y a la familia en el parto y nacimiento, infraestructuras y equipamiento necesarios para la actividad considerada, por parte del equipo multidisciplinar, avalando las situaciones apropiadas de seguridad, calidad y eficacia, para realizar dicha actividad"⁽³⁾. En 2008, la dotación de paritorios en los hospitales españoles era de 742, lo que supone disponer de 1,6 paritorios por cada mil partos^(2,3).

Los ingresos hospitalarios por parto son los únicos en los que la población es generalmente sana, y tiene como final un acontecimiento feliz: el nacimiento de un hijo o una hija. Los profesionales sanitarios que participan en la atención al parto deben favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad,

respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres⁽¹⁾.

La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) en el Documento de Consenso Iniciativa Parto Normal publicado en el año 2007 define el parto normal como un "proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza 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"⁽¹⁾.

El parto suele dividirse por razones clínicas en tres estadios diferentes: dilatación, expulsivo y alumbramiento. Según la FAME, las mujeres deben contar con personas próximas y profesionales que las apoyen durante el trabajo de parto y el nacimiento. Este apoyo mejora la fisiología del parto y la sensación de confianza materna, reduce las consecuencias adversas del miedo y el estrés asociado con el trabajo de parto en un lugar desconocido⁽¹⁾.

La Cochrane^(5,6) concluye que todas las mujeres deben contar con apoyo continuo a lo largo del trabajo de parto. Esto es debido a que el apoyo continuo conlleva una serie de beneficios para la mujer, entre ellos, una leve reducción de la duración del

parto, el aumento de la probabilidad de parto vaginal espontáneo, y la reducción del uso de analgesia farmacológica. Además, aumenta la probabilidad de que las mujeres muestren satisfacción, y se reduce la probabilidad de que los bebés tengan una puntuación baja en el test de Apgar^(5,6). Dentro de los cuidados que se deben incluir en el apoyo continuo durante el parto se encuentra, el apoyo emocional, medidas para mejorar el confort e información⁽⁵⁾.

Durante la fase de dilatación, se realizan numerosas actuaciones en torno al feto, la mujer y la familia, teniendo la pareja o acompañante un papel fundamental en el proceso de nacimiento. Es por esto importante que participen activamente, sin olvidarse de atender sus necesidades y brindarles los cuidados pertinentes siempre que sea necesario y oportuno.

Por ello, se plantea un plan de cuidados (PC) que aborda los diferentes momentos por los que pasa las mujeres y sus familias durante este proceso. La escasez de estudios sobre PC elaborados por enfermeras en general y específicamente por matronas⁽⁷⁾ en España, hacen que la presentación de este PC adquiera mayor relevancia socio sanitaria.

Para su elaboración, la valoración se ha focalizado por sistemas y se ha seguido la perspectiva bifocal de los cuidados; por una parte, se identifican complicaciones potenciales (CP) o problemas interdependientes y, por otra, diagnósticos de Enfermería (DdE) según la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)⁽⁸⁾. Para los DdE se identifican los criterios de resultados NOC (Nursing Outcomes Classification) e intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification)⁽⁹⁾.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las necesidades de salud de la mujer en el proceso de dilatación.
- Establecer los planes estandarizados más adecuados para resolver las necesidades identificadas en el proceso de dilatación.
- Actuar de forma específica con el fin de resolver las necesidades identificadas en el proceso de dilatación.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: PLAN DE CUIDADOS (PC) ESTANDARIZADOS.

Primera fase: valoración focalizada.

La mujer recibirá una atención individualizada y continua de la matrona desde el ingreso.

Se realiza una valoración focalizada, mediante la entrevista y la exploración, teniendo en cuenta los siguientes datos⁽¹⁰⁾.

- Entrevista:
 - Motivo por el que acude a admisión de partos.
 - Antecedentes familiares.
 - Antecedentes personales: enfermedades, operaciones quirúrgicas, transfusiones, tratamientos actuales, hábitos tóxicos, alergias.
 - Antecedentes reproductivos: anticoncepción previa, embarazo espontáneo o con técnicas de reproducción, número de abortos (incluyendo causas, semanas de gestación y método de finalización), número de embarazos anteriores (año de embarazo, posibles complica-

ciones de la gestación, tipo de nacimiento, sexo, peso al nacer, duración de lactancia materna, evolución del puerperio y posibles enfermedades en el bebé).

- Embarazo actual: fecha de la última regla, fecha probable de parto y semanas de gestación. Evolución del mismo, se comprobarán datos analíticos y ecográficos. Si ha realizado los controles habituales de seguimiento del embarazo con regularidad, asistencia a clases de preparación al parto y posibles ingresos hospitalarios.
- Se anotarán las preferencias de la mujer en cuestiones como deseo de anestesia epidural, lactancia materna o donación de sangre de cordón umbilical particularmente y se revisará si incluye un plan de nacimiento, definido por la FAME como: un documento escrito en el que la mujer gestante manifiesta y deja constancia de sus deseos y expectativas para el momento del parto y el nacimiento de su bebé.
- Exploración general: Índice de Masa Corporal, aumento de peso durante el embarazo, presencia de edemas, tensión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura y aparición de varices.
- Exploración abdominal: Maniobras de Leopold (actitud, posición, presentación y situación fetal). Así, como auscultación del latido cardíaco fetal mediante estetoscopio de Pinard o ultrasonido.
- Exploración vaginal (EV): Inspección de vulva, vagina y periné. Tacto vaginal: se comprueba estado de la bolsa, confirmación de la presentación, altura del punto guía con respecto al plano de Hodge, y si es posible, actitud y posición. Se intentará valorar la capacidad de la pelvis a través del tacto suave de la arcada subpúbica, las espinas ciáticas y la cara anterior del sacro. Ante una situación sin complicaciones se recomienda realizar la EV cada 4 horas^(11,12).
- Dinámica uterina: frecuencia y duración de contracciones en 10 minutos (valorar cada 30 min.).
- Dolor según escala visual analógica (EVA) y calidad del mismo.
- Aspectos psicológicos, en los que preguntaremos a la mujer sobre sus miedos y preocupaciones relacionadas con el proceso que está viviendo.

Segunda fase: complicaciones potenciales (CP)/ diagnósticos de Enfermería (DdE)

Los objetivos en las complicaciones potenciales durante la dilatación, son detectar signos y síntomas precoces de inestabilidad hemodinámica, dinámica uterina irregular, riesgo de pérdida de bienestar fetal, control de la evolución del nivel de dolor, e iniciar un tratamiento según protocolo o indicación médica.

Las CP propuestas en este plan de cuidados (PC) estandarizado se pueden observar de manera más detallada en la tabla 1.

La matrona valora precozmente todas las posibles CP y, además, lleva a cabo las intervenciones relacionadas con la prescripción realizada por el obstetra. Incluye pruebas diagnósticas y diferentes tratamientos médicos.

Las pruebas diagnósticas a realizar:

- Registro cardiotocográfico (RCTG): registra la frecuencia cardíaca fetal (FCF), los movimientos fetales y las contracciones uterinas. Los valores de un registro normal (RCTG tranquilizador)⁽¹⁰⁾.
 - FCF basal entre 110-160 lat. /min con o sin ascensos transitorios.

Tabla 1. Complicaciones potenciales.

CP	NIC
Hemorragia secundaria a desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI).	(4160) Control de hemorragias.
Dolor agudo.	(2400) Asistencia en la analgesia controlada por el paciente. (1380) Aplicación de calor o frío. (1480) Masaje. (0840) Cambio de posición.
Hipertermia secundaria a infección.	(6656) Vigilancia: al final del embarazo.
Deshidratación secundaria a ayunas.	(4170) Manejo de la hipovolemia.
Rotura uterina secundaria a sobreesfuerzo uterino.	
Taquisistolia ^a secundaria a exceso de oxitocina endógena o exógena.	(6772) Monitorización fetal electrónica: durante el parto.
Hipertono ^b secundario a exceso de oxitocina.	(6772) Monitorización fetal electrónica: durante el parto.

a: Presencia de más de cinco contracciones uterinas en 10 minutos⁽¹³⁾.
b: Tono uterino de base mayor de 12 mm.

- Variabilidad a corto plazo (latido a latido) entre 5 y 25 lat. /min.
- Variabilidad a largo plazo entre 3 y 5 ciclos/minuto.
- Ausencia de dips o descensos transitorios de la FCF.
- Analítica: se realiza una extracción de hemograma y pruebas de coagulación si la última analítica de referencia es de hace más de 30 días.
- En el caso de estar diagnosticadas de diabetes en tratamiento con insulina se realizará una glucemia cada 2 horas⁽¹¹⁾.
- PH de calota fetal: Se recomienda su realización si el RCTG) es patológico⁽¹⁰⁻¹²⁾. La realiza el ginecólogo.
- Partograma: Se realiza en fase activa del parto y permite identificar el progreso normal de la dilatación o patrones anormales de la evolución del mismo⁽¹²⁾. Se registra en papel.

Tabla 2. Problemas interdependientes o de colaboración secundarios a analgesia epidural.

CP	NIC
Retención urinaria.	(0590) Manejo de la eliminación urinaria.
Hipotensión.	(2260) Manejo de la sedación. (6490) Prevención de caídas.
Extensión del bloqueo motor: secundario a inyección intradural.	
Intoxicación por inyección intravascular o subaracnoidea de anestésicos locales.	
Cefalea post punción dural.	
Daño neurológico por lesión de una raíz nerviosa.	

Se incluye en ANEXO I los posibles tratamientos a realizar relacionados con los problemas interdependientes o de colaboración.

En cuanto a los Diagnósticos De Enfermería (DdE), se proponen cinco que aparecen en las tablas 3, 4, 5, 6 y 7, junto con los criterios de resultados y las intervenciones enfermeras, siguiendo las taxonomías NIC y NOC^(8,9).

Tabla 3. DdE “conocimientos deficientes”.

(00126) CONOCIMIENTOS DEFICIENTES: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con el proceso de dilatación y parto.	
Resultado NOC	Intervención NIC
(1817) Conocimiento: parto y alumbramiento. Grado de la comprensión transmitida sobre el parto y el alumbramiento vaginal. Indicadores: (181704) Estadios del parto y alumbramiento. (181705) Métodos de control del dolor de parto y alumbramiento. (181706) Técnicas de respiración efectiva. (181708) Postura efectiva. (181710) Posibles complicaciones del parto. (1843) Conocimiento: manejo del dolor. Grado de conocimiento transmitido sobre las causas, los síntomas y el tratamiento del dolor. Indicadores: (184303) Estrategias para controlar el dolor. (184306) Uso correcto de la medicación prescrita. (184311) Efectos secundarios de la medicación. (184320) Restricciones en la actividad. (184333) Beneficios del masaje. (184334) Beneficios del autocontrol continuo del dolor	(5606) Enseñanza: individual. Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del paciente. (560601) Establecer compenetración. (560606) Valorar las capacidades/incapacidades cognoscitivas, psicomotoras y afectivas. (560621) Reforzar la conducta, si se considera oportuno. (560623) Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes. (560627) Incluir a la familia/ser querido, si es posible. (1400) Manejo del dolor: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente. (140001) Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. (140011) Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo. (140028) Poner en práctica el uso de la analgesia controlada por el paciente, si se considera oportuno. (140042) Integrar a la familia en la modalidad de alivio del dolor, si fuera posible.

Tabla 4. DdE "Ansiedad".

<p>(00146) ANSIEDAD: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona) sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.</p> <p>Factores relacionados r/c: amenaza para el estado de salud, estrés y cambio en el entorno</p>	
Resultado NOC	Intervención NIC
<p>(1212) Nivel de estrés: Gravedad de la tensión física o mental manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente.</p> <p>Indicadores:</p> <p>(121213) Inquietud. (121222) Ansiedad. (121203) Aumento de la frecuencia respiratoria. (3001) Satisfacción del paciente/usuario: cuidados: Grado de percepción positiva de la preocupación del personal de enfermería por el usuario/paciente.</p> <p>Indicadores:</p> <p>(300103) El personal ha demostrado amabilidad. (300104) El personal ha demostrado respeto. (300109) Frecuencia de control por parte del personal. (300119) Información proporcionada sobre las opciones de cuidados. (0802) Signos vitales: Grado en el que la temperatura, el pulso, la respiración y la presión sanguínea están dentro del rango normal.</p> <p>Indicadores:</p> <p>(80201) Temperatura corporal. (80203) Frecuencia del pulso radial. (80204) Frecuencia respiratoria. (80205) Presión arterial sistólica. (80206) Presión arterial diastólica.</p>	<p>(5270) Apoyo emocional: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión. (527001) Comentar la experiencia emocional con el paciente. (527013) Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. (527014) Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad. (527015) Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. (7110) Fomentar la implicación familiar: Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente. (711001) Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado. (711002) Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente. (6680) Monitorización de los signos vitales: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones. (668001) Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede. (668024) Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales.</p>

Tabla 5. DdE "Riesgo de baja autoestima situacional".

<p>(00153) RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL: Riesgo de desarrollar una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.</p> <p>Factores relacionados r/c: expectativas irreales sobre sí mismo, falta de reconocimiento y reducción del control sobre el entorno.</p>	
Resultado NOC	Intervención NIC
<p>(1205) Autoestima: Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.</p> <p>Indicadores:</p> <p>(120507) Comunicación abierta. (120511) Nivel de confianza. (120514) Aceptación de críticas constructivas. (120519) Sentimientos sobre su propia persona. (1302) Afrontamiento de problemas: Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.</p> <p>Indicadores:</p> <p>(130201) Identifica patrones de superación eficaces. (130204) Refiere disminución de estrés. (130205) Verbaliza aceptación de la situación. (130218) Refiere aumento del bienestar psicológico. (130223) Obtiene ayuda de un profesional sanitario.</p>	<p>(5270) Apoyo emocional: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión. (527001) Comentar la experiencia emocional con el paciente. (527003) Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo. (527005) Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. (6760) Preparación al parto: Proporcionar información y apoyo para facilitar el parto y potenciar la capacidad de desarrollo y realización por parte de una persona del papel parental. (676001) Enseñar a la madre y a la pareja la fisiología de los dolores y el parto. (676005) Informar a la madre de las opciones del parto si surgen complicaciones. (676006) Enseñar a la madre y al asistente las técnicas de respiración y relajación que se van a utilizar durante los dolores y el parto. (676007) Enseñar al asistente medidas de alivio del paciente durante el parto (frotar la espalda, presión en la espalda y posición). (676024) Explicar la monitorización sistemática que puede producirse durante los dolores y el parto. (5400) Potenciación de la autoestima: Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía. (540001) Observar las frases del paciente sobre su propia valía. (540009) Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse. (540011) Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación. (540020) Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos. (540030) Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente.</p>

Tabla 6. DdE "Temor".

<p>(00148) TEMOR: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.</p>	
<p>Factores relacionados r/c: expresa alarma, expresa intranquilidad, expresa reducción de la seguridad en sí mismo, falta de familiaridad con la(s) experiencia(s) del entorno.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cognitivas: disminución de la capacidad de aprendizaje, los estímulos se consideran una amenaza. - Conductuales: aumento de la alerta. - Fisiológicas: aumento de la frecuencia respiratoria, aumento de la presión arterial sistólica y aumento del pulso 	
Resultado NOC	Intervención NIC
<p>(1404) Autocontrol del miedo: Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de aprensión, tensión o inquietud secundarios a una fuente identificable.</p> <p>Indicadores:</p> <p>(140403) Busca información para reducir el miedo.</p> <p>(140406) Utiliza estrategias de superación efectivas.</p> <p>(140407) Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo.</p> <p>(0802) Signos vitales: Grado en el que la temperatura, el pulso, la respiración y la presión sanguínea están dentro del rango normal.</p> <p>Indicadores:</p> <p>(80201) Temperatura corporal.</p> <p>(80203) Frecuencia del pulso radial.</p> <p>(80204) Frecuencia respiratoria.</p> <p>(80205) Presión arterial sistólica.</p> <p>(80206) Presión arterial diastólica.</p> <p>(80210) Ritmo respiratorio.</p> <p>(80211) Profundidad de la inspiración.</p> <p>(2102) Nivel del dolor: Intensidad del dolor referido o manifestado.</p> <p>Indicadores:</p> <p>(210201) Dolor referido.</p> <p>(210204) Duración de los episodios de dolor.</p> <p>(210206) Expresiones faciales de dolor.</p> <p>(210208) Inquietud.</p> <p>(210209) Tensión muscular.</p> <p>(210210) Frecuencia respiratoria.</p> <p>(210217) Gemidos y gritos.</p>	<p>(5880) Técnica de relajación: Disminución de la ansiedad del paciente que experimenta angustia aguda.</p> <p>(588005) Mantener contacto visual con el paciente.</p> <p>(588006) Facilitar "tiempos muertos" en la habitación, si procede.</p> <p>(588008) Sentarse y hablar con el paciente.</p> <p>(588009) Favorecer una respiración lenta, profunda, intencionadamente.</p> <p>(588014) Reafirmar al paciente en su seguridad personal.</p> <p>(4920) Escucha activa: Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente.</p> <p>(492002) Mostrar interés en el paciente.</p> <p>(492003) Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.</p> <p>(492004) Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones.</p> <p>(492005) Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones.</p> <p>(492007) Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como el contenido, de la conversación.</p> <p>(492013) Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.</p> <p>(1400) Manejo del dolor: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.</p> <p>(140004) Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.</p> <p>(140010) Evaluar, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado.</p> <p>(140018) Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológica, no farmacológica e interpersonal) que faciliten el alivio del dolor, si procede.</p> <p>(140019) Enseñar los principios de control del dolor.</p> <p>(140022) Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (retroalimentación, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, hipnosis, relajación, capacidad de imaginación guiada, musicoterapia, distracción, terapia de juegos, terapia de actividad, acupresión, aplicación de calor/frío y masajes) antes, después y, si fuera posible, durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o de que aumente, y junto con las otras medidas de alivio del dolor.</p> <p>(140026) Colaborar con el paciente, seres queridos y demás cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas de alivio del dolor, si procede.</p> <p>(140033) Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.</p>

Tabla 7. DdE "Disposición para mejorar el afrontamiento del acompañante".

(00158) DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO DEL ACOMPAÑANTE: Patrón de esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas que resulta suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.	
Factores relacionados: - Busca el conocimiento de nuevas estrategias. - Utiliza una amplia gama de estrategias orientadas a las emociones.	
Resultado NOC	Intervención NIC
(2200) Adaptación del cuidador principal al ingreso del paciente en un centro sanitario: Respuesta adaptativa del cuidado familiar cuando el destinatario de los cuidados ingresa en un centro sanitario. Indicadores: (220003) Participación en los cuidados cuando se desea. (220004) Mantenimiento de la relación entre receptor de los cuidados y el cuidador familiar. (220017) Expresa comodidad con la transición de roles. (1862) Conocimiento: manejo del estrés. Grado de conocimiento transmitido sobre el proceso de estrés y las estrategias para reducir o afrontar el estrés. Indicadores: (186201) Factores que causan estrés. (186205) Respuesta afectiva al estrés. (1209) Motivación: Impulso interno que mueve o incita a un individuo a acciones positivas Indicadores: (120908) Acoge las oportunidades para realizar contribuciones (120905) Inicia conductas dirigidas hacia los objetivos.	(5230) Mejorar el afrontamiento: Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida Actividades: Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Estimular la implicación familiar, según corresponda. (5240) Asesoramiento: Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento, la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales. Actividades: Demostrar empatía, calidez y sinceridad Favorecer la expresión de sentimientos.

DISCUSIÓN. IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Desde un punto de vista clínico, legal y económico, los planes de cuidados aportan un sistema para planificar y ejecutar adecuadamente los cuidados a las mujeres en el período de la dilatación, ofreciendo un marco legal y justificando la idoneidad

de los cuidados brindados y los recursos materiales y humanos necesarios.

Es importante tener en cuenta que el plan de cuidados estandarizado permite facilitar y optimizar la labor asistencial de la enfermera especialista, matrona, pero siempre se debe ofrecer cuidados individualizados basados en las necesidades de cada mujer, respetando sus decisiones, no comprometiéndose la seguridad de la madre y su hijo/a. La matrona ajustará el plan de cuidados a las necesidades reales que se presenten en cada una de las situaciones, añadiendo o eliminando nuevos diagnósticos, resultados y/o intervenciones específicas para cada problema de salud concreto durante el proceso de dilatación.

Un adecuado y continuo acompañamiento por parte de la matrona durante la fase de dilatación es fundamental para la detección precoz de las posibles complicaciones que influirán definitivamente sobre la progresión de las fases posteriores (expulsivo y puerperio inmediato), sobre la satisfacción de la mujer y del acompañante, así como, sobre el establecimiento de un vínculo madre e hijo apropiado.

Es un hecho comprobado que los planes de cuidados están poco desarrollados, especialmente en el área de enfermería obstétrica ginecológica, por ese motivo se abren numerosas líneas de investigación para su posterior aplicación a la práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Federación de Asociaciones de Matronas de España. Iniciativa parto normal: documento de consenso [monografía en internet]. Barcelona: Federación de asociaciones de Matronas de España; 2007 [acceso 10 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/ipn>
- 2.- Sociedad Española de ginecología (SEGO). Recomendaciones sobre la asistencia al parto 2008; [acceso 8 de marzo de 2014]. Disponible en: [http://www.sego.es/documentos/parto/protocolo o SEGO parto normal.pdf](http://www.sego.es/documentos/parto/protocolo%20o%20SEGO%20parto%20normal.pdf)
- 3.- Maternidad Hospitalaria. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y política social 2009; [acceso 9 de enero 2014]. Disponible en: <http://www.mssi.gov.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>
- 4.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones; 2008.
- 5.- Martis R. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto: Comentario de la BSR (última revisión: 8 de septiembre de 2007). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [acceso 26 de marzo de 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/rmcom/es/
- 6.- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub5.
- 7.- Águila- Barranco JC, Bellido- Vallejo JC. Plan de Cuidados Estandarizado del Embarazo-Parto-Puerperio en Atención Especializada. *Rev Enferm INQUIETUDES*; 9(32):6-13.
- 8.- Heather Herman T. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2012-2014. NANDA International. Madrid: Elsevier; 2013.
- 9.- Johnson M, Bulechek GM, Butcher H, Maas ML, McCloskey Dochterman J, Moorhead S, et al. Interrelaciones NANDA, NIC y NOC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2a ed. Madrid: Masson Elsevier; 2007.

- 10.- González-Merlo J, Lailla- Vicens JM, Fabre- González E, González- Bosquet E. Distocias del parto: del motor, del canal y del objeto del parto. Obstetricia. 6ª edición. Barcelona: Masson Elsevier; 2013. p. 290-294.
- 11.- Peñalosa- Ruiz L, Cabezas- Delamare M, Lanchares- Pérez JL. Asistencia al período de dilatación del parto. En: Fabre González E, ed. Manual de asistencia al parto y puerperio normal. Zaragoza: INO Reproducciones; 1996. p. 143-163.
- 12.- NICE CG55: Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth [Internet]. Londres: National Institute for Health and Clinical Excellence; [updated 2007 September 16; cited 2014 May 9]. Available from: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11837/36280/36280.pdf>
- 13.- González-Merlo J, Lailla- Vicens JM, Fabre- González E, González- Bosquet E. Analgesia y anestesia en obstetricia. Obstetricia. 6ª edición. Barcelona: Masson Elsevier; 2011. p. 221-226.
- 14.- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01.
- 15.- Martínez- Pérez Mendaña J, González- Batres C. Evaluación inicial en la asistencia al parto. En: E. Fabre González (ed). Manual de asistencia al parto y puerperio normal. Zaragoza: INO Reproducciones; 1996. p. 1-4.
- 16.- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams Obstetricia. 23ª edición. México: Mc Graw Hill; 2011. p. 384-389.

ANEXO 1

POSIBLES TRATAMIENTOS A REALIZAR REALACIONADOS CON LOS PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES O DE COLABORACION.

- Vía venosa periférica: disponer de un acceso venoso para la fluidoterapia, la administración de fármacos y en caso de necesidad ante una urgencia⁽¹³⁾.
- Ranitidina: fármaco prescrito para la prevención de broncoaspiración. Se debe informar a las mujeres que durante la fase estable del parto pueden ingerir bebidas isotónicas, las cuales son más beneficiosas que el agua⁽¹⁴⁾.
- Enema: se recomienda no utilizarlo de forma rutinaria (a no ser solicitado por la mujer) ya que se ha comprobado que no reduce las tasas de infección materna ni neonatal, ni posibles dehiscencias de episiotomía y no mejora la satisfacción materna⁽¹²⁾.
- Analgesia epidural: método para el alivio del dolor durante el parto. Se recomienda la administración controlada por la mujer. Y mantener la analgesia hasta el alumbramiento^(11,12). Las CP derivadas de la analgesia epidural (tabla 2)⁽¹⁵⁾.
- Antibióticos: Penicilina en caso de aislar estreptococos del grupo B (EGB), y Ampicilina en caso de rotura prematura de membranas (en fase activa de parto o rotura hace 18 horas). Ambos son los más frecuentemente utilizados, en caso de alergias medicamentosas se deberán consultar los protocolos específicos.
- Antitérmicos.
- Sondaje vesical: se realizará cada 4 horas en el caso de tener analgesia epidural para vaciar la vejiga urinaria.
- Amniorrexis artificial: rotura controlada de la bolsa amniótica. Si la progresión del parto es normal no debería realizarse de forma rutinaria⁽¹⁰⁻¹²⁾.
- Oxitocina: se administra con el objetivo de activar o regular las contracciones uterinas. Si el progreso del parto es adecuado la administración de oxitocina no es necesaria⁽¹⁰⁻¹²⁾.
- Movilización y adopción de diferentes posiciones: es recomendable alentar el cambio de posición durante la dilatación para favorecer tanto la comodidad de la mujer como el descenso de la presentación^(1,12). Se puede ofrecer la posibilidad de usar la pelota de Bobath como alivio del dolor al movilizar la pelvis⁽¹⁾.
- Masaje: como método no farmacológico con efecto tranquilizador y para aliviar el dolor⁽¹⁾.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

La influencia de las fases lunares en el inicio de parto espontáneo

Autoras:

Eva Díez Paz

Ana Casteleiro Vallina

Ana Alejo Holgado

Belén Barroso Lazuén

*Enfermeras Especialistas en Obstetricia y
Ginecología (Matronas). Cantabria. España.*

*Dirección para correspondencia:
ediez_paz@hotmail.com*

Recibido: 21 de mayo de 2014

Aceptado: 30 de agosto de 2014

RESUMEN

Desde la antigüedad ha existido la creencia de que el ciclo lunar ejerce una influencia sobre los seres humanos y su comportamiento. La tradición popular asegura una relación entre las fases lunares y los ciclos menstruales de la mujer, relacionando así mismo la luna llena con el inicio del parto espontáneo. Este tema despierta un gran interés entre las matronas y la población en general, además de ser una cuestión ampliamente discutida, por lo que se ha realizado una revisión bibliográfica para comprobar si la luna interviene en el inicio de parto.

De objetivarse que la luna llena influye en el inicio de parto espontáneo, se demostraría que durante esta fase lunar aumenta la carga asistencial tanto en el área obstétrica de los hospitales como posiblemente en el área de neonatología, pudiéndose introducir mejoras o cambios para que los profesionales sanitarios estén preparados ante la afluencia de mujeres embarazadas esos días, sin disminuir por ello la calidad del servicio.

La búsqueda bibliográfica se realizó en Noviembre de 2013, empleándose las bases de datos: Scopus, Pubmed, Cuiden Plus, Dialnet e Ibecs en las cuales se hallaron un total de 20 artículos, cumpliendo los criterios de selección 7 de ellos.

Palabras clave:

- Ciclo lunar
- Fase lunar
- Parto obstétrico
- Rotura prematura de membranas
- Presión barométrica

ABSTRACT

It is believed that the phases of the Moon have a significant impact on human beings and their behaviour from antiquity. Popular tradition assures the relationship between phases of the moon and menstrual cycles, as well as full moon and the spontaneous onset of labor. This theme piques a great deal of interest among midwives and the general population, furthermore it has been widely debated.

A literature review has been carried out to confirm whether the moon is involved in the onset of the labor.

If it was confirmed that full moon has influence on spontaneous onset labor it would be proved an increase in the load of support work on both the obstetrics and the neonatal unit during this phase lunar. Thus, improvements may be introduced in order to health professionals were ready for the influx of pregnant women in those days, though maintaining the usual excellent quality of care

The literature review was carried out in November 2013. It was done on Scopus, Pubmed, Cuiden Plus, Dialnet and Ibecs databases. Only seven out of twenty articles met the criteria for inclusion.

Keywords:

- Lunar cycle
- Lunar phases
- Moon
- Delivery, Obstetric
- Fetal Membranes, Premature Rupture
- Atmospheric Pressure

INTRODUCCIÓN

La creencia de que el ciclo lunar ejerce influencia sobre las personas y su comportamiento, así como sobre la naturaleza en general, existe desde la antigüedad. Casi todas las culturas y pueblos, en diferentes épocas, representan a la luna como una deidad con ciertos poderes sobre la fertilidad femenina¹.

Desde la utilidad del calendario sinódico-lunar para conocer el tiempo de gestación, hasta la existencia de diosas relacionadas con la feminidad y la luna, como Artemisa, representante de la Luna Llena, conocida como la diosa griega de los alumbramientos a la cual rezaban las mujeres que se ponían de parto para poder dar a luz sin dolor, conocemos múltiples creencias que relacionan mujeres y luna².

Una de las creencias populares que más fuerza posee entre la población, es la existencia de una relación entre las distintas fases lunares y el inicio del parto, así, las mujeres embarazadas observan la luna para determinar la proximidad del nacimiento³. En nuestro país, se ha considerado tradicionalmente a la luna llena como un factor desencadenante del mismo, aunque diversos textos mencionan también la luna nueva o cuarto creciente como causa de ese comienzo.^{4,5}

El hecho de que los seres humanos estemos compuestos en un 60% de agua, ha influido en este pensamiento que, basándose

se en la gran influencia que la luna ejerce en las mareas y en que el medio en el que se encuentra el bebé durante el trascurso del embarazo es acuoso, refiere que existe una estrecha relación entre luna y parto^{5,6}. Esta creencia ancestral atribuye a la luna llena o cambio de fase lunar una mayor frecuencia de partos, justificada en la influencia de este satélite en el líquido amniótico, y en la presión barométrica que sobre la bolsa puede ejercer la luna, provocando la rotura de la misma.^{6,7}

Este tema despierta un gran interés entre las matronas y la población en general, además de ser una cuestión ampliamente discutida, por lo que debemos analizar si realmente existe relación entre las fases lunares y el inicio de parto espontáneo pues sería una razón para reforzar el servicio de obstetricia en esos días clave, de manera que el personal sanitario estuviese preparado ante la afluencia de embarazadas y la calidad del servicio prestado no se viese disminuida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para llevar a cabo la revisión se ha realizado una búsqueda bibliográfica en noviembre de 2013 en las siguientes bases de datos:

- Scopus
- Pubmed
- Cuiden
- Dialnet
- Ibeccs

Los términos utilizados, solos o en combinación, fueron como términos DeCS "luna" y "parto" y como términos MeSH "moon", "delivery, obstetric" y "pregnancy". Para la búsqueda en la base de datos de Cuiden se usaron palabras clave propias de su tesoro, las cuales fueron "fases lunares", "luna llena" y "parto". Además se consultaron libros que versan sobre la influencia lunar y el nacimiento.

No se descartó ningún artículo por el tipo de publicación, pero si se excluyeron los documentos con acceso sujeto a pago, obteniéndose un total de 20 artículos. Posteriormente, los criterios de selección fueron: el idioma, sólo se seleccionaron aquellos artículos escritos en español; el año de publicación, se seleccionaron los artículos con menos de 10 años de antigüedad, realizándose una excepción con un artículo publicado en el año 2001, el cual se incluyó por su relevancia para la revisión bibliográfica y por último, se excluyeron aquellos artículos no referentes a humanos.

Estos criterios se aplicaron a las referencias encontradas mediante la lectura de los resúmenes y/o la lectura completa de los artículos, obteniéndose finalmente un total de 6 artículos y un póster para realizar la revisión.

RESULTADOS

Se incluyeron un póster y 6 artículos que contienen más de 55.000 partos, variando el tamaño muestral de 964 nacimientos a 45.029. Todos los artículos han sido realizados en España salvo uno que ha sido llevado a cabo en Bolivia.

Para la mayoría de los resultados examinados en esta revisión bibliográfica no hubo diferencias significativas entre las fases lunares y el inicio de parto espontáneo. En tan sólo dos estudios hubo resultados significativos cuando se relacionó la presión barométrica con la rotura prematura de membranas.

En la Tabla 1 se resumen los aspectos más relevantes de la bibliografía consultada. En ella encontramos cinco estudios descriptivos observacionales y dos revisiones bibliográficas ordenados por fecha de publicación.

Tabla 1: Bibliografía consultada.

Titulo	Objetivo	Material y Métodos	Resultados/Conclusiones
Influencia barométrica lunar en la ruptura prematura de membranas en parturientas del Hospital Materno-Infantil Germán Urquidí. 2013⁸	1. Analizar la relación existente entre la influencia barométrica lunar y la ruptura prematura de membranas (RPM).	Estudio observacional, correlacional, de corte transversal. Muestra: 964 partos. Los datos fueron recogidos del registro de partos.	Número de roturas prematuras de membranas (RPM): - Fase de luna llena: 19,78%, - Cuarto menguante: 31% - Luna Nueva: 29% - Cuarto creciente: 19,74%. Los nacimientos (por cualquiera de las vías): - Luna Nueva: 31% (n=260) - Cuarto menguante: 31% (n=266) - Cuarto Creciente 20% (n=167) - Luna llena: 18% (n=154) No se observa ninguna relación entre la influencia barométrica lunar y la ruptura prematura de membranas. No existe ninguna relación entre los nacimientos y la influencia barométrica lunar durante su fase de Luna llena.
Relación entre los cambios de presión atmosférica y la rotura espontánea de membranas ovulares. 2011.⁹	1. Comprobar si la rotura de membranas puede estar relacionada con los cambios de la presión atmosférica.	Revisión bibliográfica.	1. "Association between significant decrease in barometric pressure and onset of labor": No existe relación significativa entre el inicio de parto y la presión barométrica. 2. "Influence of the full and new moon on onset of labor and spontaneous rupture of membranes": Relación significativa tanto para el inicio del trabajo de parto como para la rotura espontánea de membranas. 3. "Spontaneous delivery is related to barometric pressure": El número de partos fue significativamente mayor con presión barométrica inferior a 1010,7hPa. 4. "The effect of changes in atmospheric pressure on the occurrence of the spontaneous onset of labor in term pregnancies": No existe relación entre el inicio de trabajo de parto y la baja presión barométrica. 5. "Meteorological factors and timing of the initiating event of human parturition": Inicio de parto más común entre las 3 y las 6 horas de la mañana.

Titulo	Objetivo	Material y Métodos	Resultados/Conclusiones
La influencia lunar en la biología femenina: revisión histórico-antropológica. 2010. ⁴	Esta revisión bibliográfica pretende acercarnos al origen de la creencia en la influencia lunar sobre la biología de la mujer.	Revisión de la literatura histórica, científica y antropológica desde 1965 hasta octubre de 2009.	Los ritos que relacionan la luna con el ciclo reproductivo se han mantenido a lo largo de los siglos, y han pasado a formar parte del bagaje cultural femenino. Las matronas deben saber que la influencia lunar sobre el parto y otros aspectos de la biología de las mujeres no tiene una base científica demostrada, pero es una creencia fruto de milenios de culto y, por tanto, difícil de des- tronar.
Influencia de las fases lunares en el inicio de los partos espontáneos. 2009. ¹⁰	1. Analizar la influencia de las fases lunares en el inicio de parto. 2. Comprobar si existe relación con el momento del día (diurno/nocturno). 3. Determinar si las mujeres multíparas están más influenciadas por la luna.	Estudio descriptivo observacional. Muestra: 2137 partos. Los datos se obtienen del libro de partos.	Número de partos: - Fuera de fase lunar exacta: 87,2% - Luna llena: 3,6% - C. Menguante: 3,4% - C. Creciente: 3% - Luna Nueva: 2,9% No se han encontrado diferencias significativas en relación al número de partos y fase lunar existente. Se encuentra un aumento no significativo de los partos de inicio nocturno sin relación con la fase lunar. No se encuentra un efecto lunar en el desencadenamiento del parto en función de la paridad.
Influencia de las fases lunares en el inicio del parto en el Hospital Universitario Virgen de Arrixaca. 2007 ¹¹	1. Determinar si existe un aumento en el número de partos, según la fase lunar. 2. Determinar si existe un aumento de partos inducidos en alguna fase.	Estudio retrospectivo, descriptivo. Muestra: 5421 partos. Datos del libro de partos y del calendario sinódico-lunar.	Número de partos: - Luna nueva 1372 partos (25,32%); - C. creciente 1323 partos (24,45%) - Luna llena 1348 partos (24,87%) - C. menguante 1378 partos (25,42%). No se ha podido comprobar la influencia de las fases lunares en el aumento del número de partos ni en el aumento del número de inducciones.
Influencia de las fases de la Luna en los nacimientos: hechos y creencias. 2003. ¹²	1. Comprobar la influencia de la iluminación de la luna en el momento del parto.	Estudio observacional descriptivo. Muestra: 45.029 partos	La distribución que han encontrado justifica las diversas convicciones populares (el convencimiento de que las fases condicionan el momento del parto), pero no apoya la teoría de la influencia de la iluminación de la Luna en el momento del parto sino que es una consecuencia lógica del proceso que origina las fases lunares.
Influencia lunar y barométrica sobre los partos y la rotura espontánea de membranas ovulares. 2001. ⁶	1. Evaluar la influencia de las fases lunares sobre la frecuencia de los partos. 2. Demostrar la posible influencia de la presión atmosférica sobre la rotura espontánea de membranas ovulares. 3. Verificar la probable influencia lunar sobre la rotura espontánea de membranas ovulares.	Estudio Observacional descriptivo transversal. Muestra: 2269 partos.	Número de partos: - Luna nueva: 26 % de partos - Cuarto creciente: 25,2 % de partos - Luna llena: 23,9 % de partos - Cuarto menguante: 24,9 % de partos No influye la fase lunar en la frecuencia de partos espontáneos. No se han encontrado resultados significativos al relacionar la fase lunar, la rotura prematura de membranas y la presión atmosférica.

DISCUSIÓN

En los estudios revisados,^{6,12} se tiene en cuenta la fecha y hora de parto (periodo expulsivo) para relacionarla con la fase lunar, en vez de la hora de inicio de la fase activa de parto, pudiendo ser esta en un día diferente y por tanto diferir en la fase lunar. En el estudio de Soto¹¹, pese a que en el título se hace referencia al inicio del parto, en las conclusiones solo refleja la cantidad de

partos respecto a la fase lunar. En este estudio no se encontraron diferencias significativas entre las diferentes fases lunares.

Respecto a la hora de inicio de parto sí se ha encontrado un estudio de Saiz-Puente¹⁰ en el cuál se analizaban 2.137 partos de inicio espontáneo que tuvieron lugar en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares, Madrid) durante 12 ciclos lunares del año 2007. En este caso la hora de inicio del parto se consideró la hora de ingreso en el hospital. No se encontraron

diferencias significativas en relación al número de partos y fase lunar existente.

En cuanto al tipo de nacimiento, en varios estudios se incluyen tanto trabajos de parto de inicio espontáneo como inducciones y cesáreas electivas, siendo estos dos últimos tipos de nacimientos, programados por el ginecólogo dependiendo, entre otros, de la carga asistencial del área obstétrica.^{8,12} Debería ser, por tanto, motivo de exclusión de los estudios, al influir el personal sanitario en el día en que se produce el parto.

Tradicionalmente también se tiene la creencia de que las distintas fases lunares y determinadas condiciones atmosféricas, como la presión barométrica, influyen en la rotura prematura de membranas. Un estudio de García et al⁶, analizaba la influencia de determinadas características físicas del entorno sobre el momento del parto, entre ellas la presión atmosférica y las fases lunares, analizaban una muestra de 2.269 mujeres durante un año llegando a la conclusión de que ninguna de las dos influye sobre la rotura espontánea de membranas, siendo la causa otros muchos factores. Sin embargo, en otro artículo, el número de partos fue significativamente mayor cuando la presión barométrica fue inferior a 1010,7 hPa⁹.

CONCLUSIONES

En la bibliografía consultada hay escasos estudios sobre la influencia lunar en el parto y los pocos que hay no han demostrado diferencias significativas entre el número de partos y las distintas fases lunares. Actualmente se sabe que la duración del parto, aunque sea de inicio espontáneo, puede verse influida por diferentes factores, tales como: el uso de analgesia epidural, que puede disminuir el ritmo de las contracciones; el uso de fármacos estimulantes, que aumentan la dinámica uterina y/o la rotura artificial de la bolsa amniótica, que disminuye la duración de la fase de dilatación. Por lo tanto, los estudios al respecto deben relacionar la fase lunar con el inicio de la fase activa de parto, y no sólo con la del expulsivo.

Por otro lado, existen otros factores que pueden influir en el inicio del parto. Estos son del ámbito de las creencias populares tales como: la influencia del día y la noche (sol y luna) o que las mujeres que viven en el medio rural podrían estar más influenciadas por las fases lunares dado su contacto con la naturaleza.

En cualquiera de los casos, se propone abrir investigaciones amplias y rigurosas que ayuden a clarificar las dudas expuestas.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración de Gloria Santos Hernández, Matrona en HUMV (Santander).

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Hermann T. El oráculo de la luna: El poder oculto de lo femenino. 1 ed. Madrid: EDAF S.L; 2000. p. 33-39.
- 2.- ShinodaBolen J. Las diosas de la mujer madura: Arquetipos femeninos a partir de los cincuenta. 5 ed. Barcelona: Kairos; 2003. p. 142-144.
- 3.- Schaffir J. Birth rate its correlation with the lunar cycle and specific atmospheric conditions. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195(3):878.
- 4.- Saiz-Puente MS. La influencia lunar en la biología femenina: revisión histórico-antropológica. *Matronas Prof.* 2010;11(2):58-63.
- 5.- Mederos Martín L. Las mareas-Atracción Gravitatoria entre el Sol y la Luna. Barcelona: Rodamedia; 2009. p. 38-41.
- 6.- García MV, Garrote A, Sánchez MG, García F, Molina M. Influencia lunar y barométrica sobre los partos y la rotura espontánea de membranas ovulares. *RevEnfer Albacete.* 2001;14:5-11.
- 7.- Jara F. Partos y fases lunares. Un estudio y replicación. *Enfermería Científica.* 1990;98:41-45.
- 8.- Mamani Ortiz Y, Caero Suárez RI, Rojas Salazar EG, Choque Ontiveros MC. Influencia barométrica lunar en la ruptura prematura de membranas en parturientas del Hospital Materno-Infantil Germán Urquidí. *Enfer Global.* 2013;36(1):31-34.
- 9.- Gavilán Díaz M, Barbacil Vicario A, Ramos Rodríguez T, Cobo Simó C, Otero Romero E, Rodríguez Díaz L. Relación entre los cambios de presión atmosférica y la rotura espontánea de membranas ovulares. Congreso Nacional de Matronas; 2011. Disponible en: <http://www.ascalema.es/posters/120.pdf>
- 10.- Saiz-Puente MS. Influencia de las fases lunares en el inicio de los partos espontáneos. *Matronas Prof.* 2009;10(2):20-24.
- 11.- Soto V, Postigo P, Rubio J, Ruda A, Bru C, Castellón A. Influencia de las fases lunares en el inicio del parto, en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. *Enfer Global [Internet].* 2007 [citado 8 Mayo 2014]; 11:1-7. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2385570>
- 12.- Mirás Calvo D, Mirás Calvo MA, Sánchez Rodríguez B, Sánchez Rodríguez E. Influencias de la fase de la luna en los nacimientos: hechos y creencias. VI Congreso Galego de Estatística e Investigación de Operacions; 2003. Disponible en: http://www.sgapeio.es/INFORMEST/VI Congreso/artigos/sesion2_06.pdf



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

MONOGRAFÍA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

La importancia del apego en la etapa infantil

Autora:

Cristina Lantarón Izaguirre

*Graduada en Enfermería.
Enfermera de Reanimación en el Hospital
Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria.
España.*

*Dirección para correspondencia:
clantaron@humv.es*

Recibido: 14 de abril de 2013
Aceptado: 10 julio de 2014

Esta monografía es el resultado del trabajo fin de grado tutorizado por la profesora Dña. M^a Jesús Agudo Tirado de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cantabria. Adaptado a las normas de publicación de Nuberos Científica.

RESUMEN

A través de la revisión bibliográfica realizada en este trabajo, se ha observado que el tipo de relación que se establece, incluso antes del nacimiento, entre madre/cuidador habitual-hijo determinará las bases de las futuras relaciones afectivas a lo largo de su vida.

Los objetivos de este trabajo han sido, describir cómo se forma el vínculo madre – hijo desde su gestación, parto, durante los primeros meses de vida y a lo largo de toda la etapa infantil.

A continuación, se describen los mecanismos y variables que influyen en la construcción del apego, así como, los beneficios del método canguro o contacto piel con piel y por último, planteamos la importancia del papel de la enfermería como promotora del vínculo afectivo madre-hijo. Aumentando así, los conocimientos y la sensibilización de todos los profesionales sanitarios sea cual sea su lugar de trabajo.

Las competencias de Enfermería en la construcción, fomento, conservación o restauración del apego, vienen determinadas por la utilización del Proceso Enfermero. La valoración de las familias junto con el diagnóstico: Riesgo de Alteración de la vinculación (00058) entre los padres y el lactante/niño, nos permitirá abordar este problema de salud de forma científica.

Palabras clave:

- Enfermería pediátrica
- Desarrollo infantil
- Relaciones madre-hijo
- Recién nacido

ABSTRACT

Through literature review on this subject, we observed that the type of bond established even before the child is born, between mother or close caregiver and child will determine which will be the basis of future affectionate relationship throughout his life. The aim of this study was to describe how the mother- and- child bond is created since his pregnancy, child birth, for the first few months of life and throughout childhood.

We will now describe the mechanisms and variables that influence on the formation of attachment, as well as the benefits of the kangaroo mother care or skin-to-skin contact between a mother and her newborn. Finally we highlight nursing as promoter of the affection bond between mother and child, by increasing knowledge and awareness of all healthcare professionals regardless of their place of work.

Nursing core competencies in providing education, guidance, encouragement and emotional support, and promoting mother-infant attachment are determined by the implementation of nursing process.

The assessment of families along with the nursing diagnosis (00058) " Risk for impaired parent/infant/child attachment " will allow us to deal with this health problem in a scientific way.

Keywords:

- Pediatric nursing
- Development, child
- Mother-infant interaction
- Infant, newborn

INTRODUCCIÓN. JUSTIFICACIÓN. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y/O ESTADO ACTUAL DEL TEMA. MARCO TEÓRICO.

La capacidad más importante que tiene el ser humano es la de relacionarse, la cual le permite sobrevivir, aprender, trabajar, amar y procrearse. La necesidad de apego es una necesidad intrínsecamente humana, puesto que esta necesidad desencadena una serie de conductas que le permiten sobrevivir física y psicológicamente⁽¹⁾.

La formación del vínculo del apego es un proceso que se inicia desde el momento en que los padres desean tener un hijo, se acentúa durante la gestación especialmente cuando se empiezan a sentir los primeros movimientos fetales, y toma importancia crítica durante el parto y las primeras horas y días de vida extrauterina⁽²⁾. Desde que él/ella nace, empieza a interactuar con la madre a través del contacto piel con piel, las miradas, y la interacción entre ambos en el momento de la lactancia. El bebé empieza a reconocer y a diferenciar la persona que lo acompaña y lo cuida siempre, estará contento con su compañía y se disgustará en su ausencia, estas son las manifestaciones que indican el desarrollo del vínculo entre la madre y su hijo⁽³⁾.

En la actualidad está tomando mucha importancia el vínculo afectivo del niño con el padre, figura relevante para el correcto desarrollo evolutivo de todo ser⁽⁴⁾.

OBJETIVOS

- Describir los comienzos y evolución de la historia de la teoría del apego.
- Describir el comienzo del vínculo afectivo madre-hijo desde su gestación, embarazo, parto, durante los primeros meses y a lo largo de toda la etapa infantil.
- Enunciar los beneficios del método canguro o contacto piel con piel.
- Valorar el papel de la enfermería; y el de las familias como forma de prevención de un apego desadaptativo y promoción de un vínculo maternal saludable.

METODOLOGÍA

La realización de esta monografía se llevo a cabo mediante una revisión bibliográfica en la que se analizaron treinta revistas electrónicas y publicaciones relacionadas con las diferentes etapas del desarrollo del apego infantil. Utilizando palabras claves como: enfermería pediátrica, desarrollo infantil, relaciones madre-hijo y recién nacido. La búsqueda de publicaciones fue a través de artículos principalmente en español, aunque también se revisó alguno en inglés.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

1. Aportaciones a la definición de apego infantil por diferentes teóricos.

La primera documentación que aparece sobre la importancia de las relaciones tempranas se debe a un médico y psicoanalista llamado René Spitz. Comenzó su trabajo observando el desarrollo de los niños abandonados por sus madres que llegaban a centros para huérfanos. En su libro "El primer año de la vida de un niño" (1987). Este libro trata sobre los efectos demoledores que origina en un niño la privación afectiva en la etapa infantil, y, según sus investigaciones, cuanto más temprana y más prolongada es la separación de sus figuras de apego, más acusados son sus efectos⁽⁵⁾.

En 1954, John Bowlby, defiende el apego como "el lazo afectivo más importante que establece el ser humano durante la primera infancia, el vínculo que le garantizará sentirse aceptado y protegido de manera incondicional. Su desarrollo depende del establecimiento de rutinas sincronizadas: el tono, los gestos, la expresión, la mímica, la mirada... entre el niño y sus padres durante los primeros meses de vida"⁽⁵⁾.

María José Cantero López en un artículo sobre "Pautas tempranas del desarrollo afectivo y su relación con la adaptación al centro escolar" (2003), define al apego como "el vínculo o lazo afectivo que se establece entre dos personas como resultado de la interacción y que les lleva a mantener proximidad y contacto en el logro de seguridad, consuelo y protección"⁽⁶⁾.

2. Mecanismos mediante los que se desarrolla el Vínculo Afectivo.

La vinculación afectiva se da mediante mecanismos que desarrollan tanto el neonato como sus padres:

- Contacto visual.

Pocos minutos después de nacer, los bebés responden con más atención a las figuras que se asemejan caras humanas, al captar la mirada fija del niño se establece un poderoso lazo muy rápidamente. "Se sabe que una mirada vale más que mil palabras", así los padres pueden pasar horas deleitándose mirando a sus hijos⁽⁷⁾.

- Tacto.

El manejo cuidadoso y el contacto piel con piel familiariza al bebé con el tacto, eso le crea seguridad y confianza en su madre y el nuevo ambiente que es precisamente lo que el recién nacido necesita, se sabe que el recién nacido se estabiliza con más facilidad al sentir la piel y la cercanía de la madre, y junto con sus padres duerme mejor y más tranquilo. Por todo ello se ha establecido que el contacto piel con piel sea lo más pronto posible después del nacimiento, es tanto así que para los niños prematuros o que por otras circunstancias deban permanecer en las incubadoras, el personal de salud de centros especiales ha puesto en marcha el programa "Plan Canguro" (8), donde la madre el padre y otros familiares permanecen con el bebé pegado a su piel y no necesitan incubadora, así los periodos de tranquilidad son más prolongados, su ritmo respiratorio se estabiliza al igual que el cardíaco y su madurez neuronal es mayor⁽⁷⁾.

- El método canguro.

El método canguro se basa en el contacto permanente de la madre con el recién nacido. El mensaje clave es que "nunca hay que separar a la madre del recién nacido". Denegar a los bebés este contacto les puede suponer: déficit de atención, cólicos, problemas de sueño⁽⁸⁾. Otro de los beneficios esenciales es que favorece la lactancia materna: el contacto piel con piel favorece la producción de leche materna⁽⁸⁾.

- Lactancia materna.

Dar de mamar es el mejor regalo para comenzar la vida de un niño; dar el pecho hace crecer el amor entre la madre y el hijo... Además de proporcionar una óptima nutrición colabora en la formación de vínculos. Las caricias, los mimos y los latidos del corazón de la madre la unen con su bebé física y emocionalmente⁽⁷⁾. Se recomienda la práctica del método canguro en la sala de partos, ya que si el recién nacido permanece al menos 50 minutos en contacto piel con piel con la madre, se cogerá bien al pecho y realizará de forma correcta el resto de las tomas de manera que se contribuye al éxito de la lactancia materna⁽⁹⁾. En caso de que el bebé sea prematuro el pecho de la madre crea una leche específica para ese bebé. Incluso en caso de gemelos el pecho produce leche específica para cada uno de ellos.

- Habitación conjunta.

Es otra práctica que aumenta los vínculos entre padres e hijos. Esto ofrece el beneficio del contacto de 24 horas diarias durante los primeros días críticos de su vida. Hablar suavemente al bebé también favorece la formación de vínculos⁽⁷⁾.

3. Desarrollo del vínculo afectivo en la etapa infantil.

Un buen apego incluye dos aspectos: base segura y exploración. Tres circunstancias afectan básicamente la manera como se inicie la relación afectivamente entre la madre y su bebé y que comienza mucho antes del nacimiento:

- Durante el embarazo: La embarazada se imagina y fantasea con el hijo por nacer. El nacimiento hace que la madre compare a su recién nacido con el de sus sueños, si la realidad coincide con las expectativas el apego o vínculo afectivo se iniciara muy pronto. En cambio si no coinciden realidad y expectativas, el vínculo tardará más en iniciarse pues la madre tiene que resolver la pérdida de sus fantasías⁽¹⁰⁾.
- Durante el parto: La manera como se desarrolla el evento del nacimiento y si la experiencia es gratificante o no, puede interferir en el proceso del apego materno-infantil. La sensación por parte de la madre de haber controlado los acontecimientos, ayuda a sentir confianza en su capacidad de crianza de su hijo y la relación afectiva se inicia con más facilidad que si la experiencia ha sido violenta y además se la separa de su hijo sin permitir un contacto temprano⁽¹⁰⁾.
- Durante el postparto: Los investigadores Klaus y Kennel han demostrado que después de nacido el bebé tiene un periodo de alerta máxima que dura aproximadamente una hora y que permite iniciar el vínculo temprano con su madre. Observando la conducta de los recién nacidos en este periodo sensible, fue posible demostrar que el niño puede ver, tiene presencias visuales y gira la cara a las palabras;

además se observó que todas las madres se comportan de la misma manera: primero tocan las extremidades del bebé con la yema de sus dedos, acarician la espalda con toda su mano y luego proceden a un abrazo total. El contacto visual es muy intenso entre madre-hijo. Además el bebé se mueve en sincronía con las palabras de su madre en una especie de danza. Esta interacción no solo es satisfactoria para ambos sino fisiológicamente necesaria para iniciar la lactancia natural⁽¹⁰⁾.

Score (2001), aborda el fenómeno del apego y la regulación afectiva del niño desde varios puntos de vista. Los más destacados son el neurológico y el de la conducta manifiesta⁽¹¹⁾.

- Desde el nacimiento a los tres meses: los niños muestran preferencia por los estímulos como voces, rostros, temperatura humana, serán capaces de reconocer a la madre de forma global⁽⁵⁾.
- De tres a seis meses: llama la atención la importancia de las interacciones cara a cara entre la diada madre-hijo, coincidiendo con la inauguración de las capacidades sensoriales y cognitivas que permiten al niño identificar rostros⁽¹¹⁾. Las interacciones madre-hijo se centran en "protoconversaciones" consistentes principalmente en la combinación de expresiones faciales y sonido. El bebé da señales de su estado emocional a través de protoconversaciones y el adulto responde con expresiones similares o complementarias a las del niño lo que permitirá que el niño incorpore las protoconversaciones como método de interacción social⁽¹¹⁾.
- De seis meses a un año: miedo a los extraños, manifiestan una clara preferencia por sus cuidadores o figura de apego, protestan con su separación y se alegran con su reencuentro. Es importante señalar que si el bebé va a ser cuidado unas horas por otras personas distintas a la madre, es conveniente que esta separación se realice antes del séptimo u octavo mes⁽⁵⁾.
- A partir del año: establecido ya el apego, el bebé ya ha desarrollado cierto nivel de independencia gracias a sus nuevas capacidades de locomoción, verbales e intelectuales y se le crean conflictos por la pérdida de privilegios. Este sistema determinará la forma de interactuar del niño con las personas, situaciones u objetos en el futuro⁽⁵⁾.

4. El papel de la enfermería como promotora del vínculo afectivo.

- Promoción del apego infantil en la mujer gestante.

En esta línea, desde el campo de la obstetricia y la enfermería sería necesario aportar una atención más personalizada a cada mujer dándole apoyo emocional con el objetivo de mitigar su incertidumbre y ansiedad en los distintos momentos como son: la confirmación del embarazo, consejo genético, realización de ecografías en presencia de la pareja, preparación para el parto y puerperio. Para tal fin tendríamos en cuenta: la formación de grupos en las clases de preparación al parto, incluyendo de una forma más activa a la pareja dentro del grupo, proporcionar a la pareja información sobre los cambios físicos, psíquicos y fisiológicos que van a tener lugar a lo largo de todo el embarazo, así como, del desarrollo fisiológico del feto mes a mes y favorecer habilidades sociales de comunicación con el personal sanitario⁽¹²⁾.

- La separación del recién nacido hospitalizado. Cuidando a los padres.

Es importante destacar que la separación del recién nacido aunque sean solo algunos minutos afecta notablemente al desarrollo del vínculo afectivo entre el niño y sus padres. Para el recién nacido la separación inhibe el encuentro ocular intenso y cercanía que le permitirá el desarrollo de la confianza, base para la vida⁽¹³⁾. Kennel, Gordon y Klaus señalan que la separación después del nacimiento, durante el período crítico y hasta los cuatro días, puede desarrollar trastorno importante en la conducta maternal posterior⁽¹³⁾. Este peligroso riesgo de separación y desapego se presenta en los casos de anomalías congénitas o enfermedades físicas, se produce una demora en el desarrollo por parte de la madre del vínculo afectivo y nutritivo con el niño, lo que le hará más vulnerable a posibles trastornos emocionales severos⁽¹³⁾.

Los signos a resaltar en la ausencia del vínculo afectivo son: Si hay una historia de separación padres-hijos por condiciones de salud del niño o de la madre, ausencia de visitas al niño hospitalizado por temor a verlo o a tocarlo u oposición de los padres a llevarse a su hijo en el momento que es dado de alta y no les afecte que su hijo se encuentre al cuidado de otras personas⁽¹³⁾.

- Diagnóstico de Enfermería para el inicio del vínculo afectivo entre los padres y el lactante desde el mismo momento del nacimiento.

- Riesgo del deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante/niño.

- Factores de riesgos: relacionados que, tengan su origen en conductas inapropiadas de los padres o del cuidador que puedan ser modificadas, o en factores externos sobre los que sea posible incidir eliminándolos, reduciéndolos o modificando sus efectos:

- Ansiedad por el desempeño del rol parental; dificultad o incapacidad de los padres para satisfacer sus propias necesidades; existencia de barreras físicas; falta de intimidad⁽¹⁴⁾.

- Valoración.

- Del lactante:

- Estado general de salud.
- Apariencia física; enfermedades o malformaciones.
- Concordancia del sexo con el deseado por los padres.
- Conducta: posibilidad de consolarlo, actitud al cogerlo en brazos, respuesta a la estimulación de los padres.

- De los padres:

- En cada uno de los progenitores:
- Embarazo deseado o no.
- Expresión directa o indirecta de deseos de tocar, coger y ver al neonato.

- De la madre:

- Nivel de inteligencia.
- Estado general de salud.
- Estado general de bienestar durante el embarazo.
- Tipo y cantidad de analgesia o anestesia en el parto o cesárea.

- Nivel de energía tras el parto.
- Convivencia de los progenitores o formación de nuevas parejas.
- Conocimientos ambos sobre la crianza de un hijo.
- Otras fuentes de estrés personal o familiar.
- Medicamentos prescritos o no que toman habitualmente.
- Recursos personales, familiares y sociales con que cuentan ⁽¹⁴⁾.
- Criterios de resultados.
- Los padres:
 - Mantendrán en todo momento con el niño una interacción que fomente el desarrollo y mantenimiento del vínculo afectivo.
 - Nombrarán los factores de riesgo modificables en su situación.
 - Especificarán las actividades diarias que deben llevarse a cabo para promover el desarrollo de una relación recíproca protectora y formativa.
 - Llevarán a cabo las técnicas y habilidades necesarias para los cuidados del neonato.
 - Integrarán en los cuidados del niño los cambios propuestos hasta la próxima visita ⁽¹⁴⁾.
 - Cuidados enfermeros. Vida diaria.
 - Procurar el máximo bienestar físico de la madre, sobre todo en los momentos de interacción con el neonato.
 - Aprovechar todas las oportunidades para que los padres puedan tener consigo al neonato, especialmente durante los períodos sensibles de reactividad.
 - Explicar a los padres la capacidad del niño de ver, oír y sentir la convivencia de estimularlo y los beneficios que de ello se derivan para el bebe y para el grupo familiar.
 - Fomentar la lactancia materna.
- Si se trata de un neonato hospitalizado:
 - Flexibilizar al máximo los horarios de visita, permitiendo la permanencia de los padres con el bebe en la unidad.
 - Estimular la participación de los cuidados del neonato.
 - Implicar en los cuidados a otros miembros de la familia, especialmente a los hermanos.
 - Aconsejar que lleven al hospital alguno de los juguetes u objetos preparados para el bebe, que le muestren fotos de la casa, de otros miembros de la familia o de animales domésticos, etc.
 - Discutir la conveniencia de una terapia familiar de apoyo si el problema no se resuelve en el plazo fijado y especialmente en aquellos casos en los que se detectan actitudes desfavorables en la atención del bebe o una falta cuantitativa o cualitativa de los cuidados.
- Cuando se prevé que posteriormente pueden aparecer problemas de vinculación parental:
 - Dar oportunidades para ver la imagen ecográfica del feto y escuchar el latido cardíaco.
 - Ayudar a identificar en la ecografía las partes corporales del feto.
 - Animarles a detectar el movimiento fetal.
 - Referirse al feto con el nombre que los padres hayan acordado darle, o como “el bebe” o “su hijo/a”.
 - Poner al niño sobre el cuerpo de la madre inmediatamente después de nacer.
 - Estimular al padre a coger en brazos al neonato en la sala de partos.
- Si el neonato tiene que ser hospitalizado en otra unidad o centro
 - Permitir que los padres vean y toquen al niño antes del traslado.
 - Informar a los padres de los cuidados que está recibiendo el niño y su evolución.
 - Facilitar y estimular la visita de la madre al neonato tan pronto como sea posible...
 - Educación para la salud. Valorar la conveniencia de explicar o demostrar:
 - Habilidades requeridas para cuidar al neonato.
 - Técnica de la lactancia materna o con fórmula.
- Si el bebe está hospitalizado:
 - Para qué sirven las sondas y tubos que puedan llevar.
 - Cómo pueden cogerlo o acariciarlo con seguridad.
 - Cómo pueden colaborar en sus cuidados.
 - Medio ambiente terapéutico.
 - Mantener en todo momento una actitud imparcial y empática, evitando especialmente los juicios de valor.
 - Aprovechar todas las interacciones con los padres para resaltar las características positivas del neonato ⁽¹⁴⁾.

DISCUSIÓN

La sociedad actual está en continuo cambio, debido al desarrollo de nuevas tecnologías y medios de comunicación. Se desarrollarán nuevas formas de relación y aprendizaje que seguramente determinarán los modelos de adaptación social de los seres humanos en el futuro ⁽¹⁵⁾.

Las políticas deberían identificar los medios por los cuales las familias puedan acceder a un coherente apoyo parental y psicológico durante toda la vida de su hijo. Los profesionales de Atención Primaria y Cuidado Infantil Hospitalario son dos grupos que tienen contacto con la mayoría de las familias de niños y adolescentes.

Cómo estos profesionales pueden apoyar mejor las necesidades de los padres y cuáles son las intervenciones más beneficiosas para fomentar la sensibilidad de los padres y el apego del lactante sigue siendo tema de debate ⁽¹⁶⁾.

CONCLUSIONES

La importancia de construir un apego seguro, determinará la prevención de trastornos psicopatológicos desde la infancia y

actuará como promotor de conductas saludables a lo largo de su vida.

La Educación Para la Salud en este ámbito, permitirá comprender a los padres o cuidadores la importancia de establecer un apego seguro con su hijo/a y, facilitará la interacción en la familia. De esta forma, promocionamos la salud en la infancia y sentimos el privilegio de ser los actores principales en el artificio del primer y más importante vínculo emocional de nuestras vidas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Simó S. Algunas indicaciones de la teoría del apego para la comprensión de los efectos socio-emocionales del maltrato infantil en la primera infancia. *Informació Psicológica* 2003 Agosto;(82):21-29.
- 2.-Bohórquez C G. Cuidado de enfermería al vínculo de apego a padres y recién nacidos hospitalizados en las unidades de cuidado neonatal. *Avances en Enferm [revista en internet]*. 2000 Enero-Diciembre [citado 30 de marzo de 2011]; 17(1y2): [83-88]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=120938>
- 3.-Vínculo afectivo madre-hijo [Internet]. La relación más importante en la vida del niño. 2010 [citado el 28 de febrero de 2011]. Buenas Tareas; [2 pantallas]. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Vinculo-Afectivo-Madre-Hijo-La-Relaci%C3%B3n-M%-C3%A1s/199810.html>
- 4.-Dr. Hernández ER, editor. El apego: el vínculo especial madre-hijo [Internet]. *Psicología online*; 2006 [citado el 5 de marzo de 2011]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/infantil/apego.shtml>
- 5.-Palomero JE. Sobre la construcción del vínculo del apego. 2011 [citado el 16 de marzo]. En: AUFOP BLOG [Internet]. [1 pantalla]. Disponible en: <http://aufop.blogspot.com/2011/02/la-psicomotricidad-como-eje-del.htm>
- 6.-Cantero MJ. Pautas tempranas del desarrollo afectivo y su relación con la adaptación al centro escolar. *Informació Psicológica* 2003 Agosto;(82): 3-13.
- 7.-Cardozo P, Quiroga P, editores. Fomento del vínculo afectivo padre/madre-hijo que permanece en la incubadora, por parte de enfermería [Internet]. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia: Biblioteca Lascasas-Fundación Index; 2006 [citado el 31 de marzo de 2011]. Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0146.pdf>
- 8.-Dr. Bergman N, editor. Qué es el método canguro: cómo funciona [Internet] [citado el 2 de abril de 2011] Disponible en: <http://www.kangaroomothercare.com>.
- 9.-Gómez A, Baiges MT, Batiste MT, Marca MM, Nieto A, Closa R, et al. Método canguro en sala de partos en recién nacido a término. *An Esp Pediatr* 1998; 48(6):631-633.
- 10.-Trueba G. El vínculo afectivo entre la madre y el hijo [Internet]. 2008 [citado el 8 de marzo de 2011]; [1-3]. Disponible en: http://red-madregranada.org/assets/3869354e/vinculo_afectivo_medre_hijo.pdf
- 11.-Benito G. Teoría del apego y psicología del self: una integración posible. *Apert. Psicoanal. Revista internacional del psicoanálisis [revista en internet]*. 2006 Abril [citado 31 de marzo de 2011]; 22: [4-27]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1976157>
- 12.-Fernández LM. El vínculo afectivo con el niño por nacer. Salamanca: Publicaciones de la Universidad Pontificia Manuales Universidad Pontificia; 2005
- 13.-Cardozo P, Quiroga P, editores. Fomento del vínculo afectivo padre/madre-hijo que permanece en la incubadora, por parte de enfermería [Internet]. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia: Biblioteca Lascasas-Fundación Index; 2006 [citado el 31 de marzo de 2011]. Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0146.pdf>
- 14.-Luis MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión y guía práctica. 8ª ed. España: Elsevier-Masson; 2008.
- 15.-Martínez I, editor. El apego infantil [Internet] [citado el 6 de marzo de 2011]. Disponible en: http://sepiensa.org.mx/contenidos/f_40-vida/apego/apego.htm
- 16.-Zeanah CH Jr, Shah P. El apego y su impacto en el desarrollo infantil: Comentarios de Van IJzendoorn, Grossmann y Grossmann, y Hennighausen y Lyons-Ruth. Centre of Excellence for Early Childhood Development. Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia [revista en internet]. 2010 Febrero [citado el 2 de abril de 2011]; [1-6]. Disponible en: <http://www.encyclopediainfantes.com/documents/Zeanah-ShahESPxp.pdf>

¿Cómo empezar? Los primeros pasos en la investigación

Sra. Directora:

La investigación en Ciencias de la Salud produce innumerables beneficios a la sociedad y a los profesionales que la desarrollan: además de los derivados de la innovación en la asistencia diaria a los pacientes, los profesionales sanitarios pueden encontrarse más seguros con las prácticas que desempeñan cuando están avaladas por investigaciones contrastadas y de calidad.

Como en cualquier otra actividad, en la investigación es necesario un aprendizaje más o menos definido, que permitirá al investigador adquirir los conocimientos que le facilitarán el desarrollo con suficiencia de su actividad investigadora. Es quizá en las primeras etapas donde el nuevo investigador más dificultad o inseguridad encuentra:

En primer lugar se encuentra la escasa importancia que se da en España a la formación para la investigación: aunque quizá es en la etapa de posgrado cuando más deben desarrollarse estas capacidades, se echa de menos cierto estímulo en la etapa de pregrado y grado (durante los estudios preuniversitarios y ya durante la propia realización de los estudios de enfermería o medicina). Además de lo anterior, resulta contradictorio que un país que trate de estimular la investigación otorgue tan escaso valor a la misma cuando se trata de optar a la promoción profesional (ver baremos en las oposiciones de los diferentes servicios de salud, con escasa valoración para los méritos en investigación): por tanto, sería necesaria mayor promoción o incentivar de la misma, para evitar situaciones como las que acontecen en nuestro país (fuga de investigadores).

Por otro lado, si bien es cierto que pueden realizarse valiosísimas contribuciones con estudios modestos en cuanto a recursos (que no en ilusión), sí es cierto que en general se requiere cierta logística de medios y personal, siendo cada vez menos los investigadores que realizan todo el trabajo solos. Así, en ocasiones es preciso disponer de personal que domine diversas capacidades necesarias para el desarrollo de un trabajo de investigación (laboratorio, recogida de datos, familiarizado con diversos programas informáticos y con conocimientos de estadística).

Por eso, es difícil que una sola persona reúna todas estas capacidades o habilidades, y de esta forma son cada vez más los grupos multidisciplinares quienes contribuyen, cada uno en su pequeña parcela, a la investigación.

El trabajo en equipo representa la culminación del desarrollo investigador: por ello, es frecuente que el inicio en la etapa investigadora esté marcada por el desempeño de tareas menos cualificadas (que no menos importantes), como por ejemplo la recogida de datos según un protocolo previamente establecido. A medida que se va adquiriendo más experiencia pueden ir desempeñándose otras tareas más complejas, como el análisis estadístico de las diferentes variables. Por último, la madurez investigadora se adquiere cuando ya se está en disposición de diseñar de forma autónoma un proyecto de investigación, siendo capaz de prever las personas que serán necesarias para su concreción y desarrollo completo, o incluso ser capaz de resolver las dificultades que se vayan planteando durante su ejecución.

De esta forma, creo imprescindible la colaboración del nuevo investigador en grupos ya establecidos o consolidados, o al menos, con similares inquietudes, para no encontrarse totalmente perdido en el mundo de la investigación. En el ámbito anglosajón, se recoge como "mentor" la figura de este "tutor" en la investigación, que es la persona encargada de la tutorización, corrección, infusión de ánimo... y que puede conseguir que no se pierda por el camino un joven talento.

Por último, otro aspecto que a mi juicio resulta esencial es mantener la mente abierta, despierta, abandonando todos aquellos prejuicios existentes previamente y que pueden entorpecer el aprendizaje ("desaprender para volver a aprender").

Envío desde aquí mi aplauso y reconocimiento ante la meritoria y destacable iniciativa del Colegio de Enfermería de Cantabria, que convoca anualmente un curso de iniciación a la investigación para profesionales de enfermería, además de publicar una revista como ésta, dirigida fundamentalmente a la promoción de una noble actividad como es la investigación.

Javier Velasco Montes

“Cita con la muerte. 10 años de eutanasia legal en Bélgica”

Autor Etienne Montero.

ISBN: 9789-84-321-4306-9

Ediciones RIALP, S.A. MADRID 2013

Texto con un título, cuando menos, llamativo y que, a priori, incita a su lectura. Escrito con rigor y con un léxico apropiado y correcto, sin duda merece la pena animarse a leerlo.

Comienza con una serie de capítulos centrados en aspectos más comunes, tales como el final de la vida, los cuidados paliativos o el control de la práctica de la eutanasia. Pero posteriormente entra de lleno en el tema, para referirse específicamente a la evolución vivida en Bélgica en los últimos 10 años desde la despenalización de la eutanasia. El autor realiza el análisis desde lo que él mismo ha llamado “pendiente resbaladiza”, y responde resumiendo lo difícil que resulta dar una respuesta conveniente a esta delicada cuestión.

Los argumentos son diversos. Entre ellos, el escaso tiempo de aplicación de la Ley y el hecho de que se trate de una Ley liberal en el sentido de que su aplicación no se limita solo a enfermos terminales, sino a pacientes con sufrimientos físicos y psíquicos, con inconsciencia irreversible, con enfermedad grave o incurable y enfermos crónicos cuyo fallecimiento no está previsto en un plazo breve. Todo ello, siempre que se haya redactado una declaración anticipada y se hayan seguido todos los trámites preceptivos. Argumenta, por otro lado, que la Comisión de Control no permite medir modalidades de la práctica de la eutanasia ni evaluar el número de casos. Además, hace también un apunte sobre la práctica clandestina. Todas estas consideraciones invitan a una reflexión previa al análisis.

Respecto a la legislación, dice, haciendo referencia a un letrado, que las normas de derecho no tienen vida autónoma que se desarrolle conforme a la sola voluntad del legislador que las ha concebido. Se insertan en el conjunto del sistema jurídico que, como todo sistema, tiene su propia dinámica determinada por grandes principios como son la jerarquía de las normas, los principios de interpretación, de igualdad, de no discriminación, etc.

Hace una separación, con análisis aparte, entre la eutanasia y el suicidio asistido, indicando que la Ley belga ha sustraído el suicidio asistido por un médico del ámbito de aplicación de dicha Ley, que solo contempla la eutanasia. Este es un tema que, según reconoce el autor, ha sido ampliamente discutido, pero dice que la ayuda al suicidio asistido pone una carga menos pesada sobre los hombros del médico.

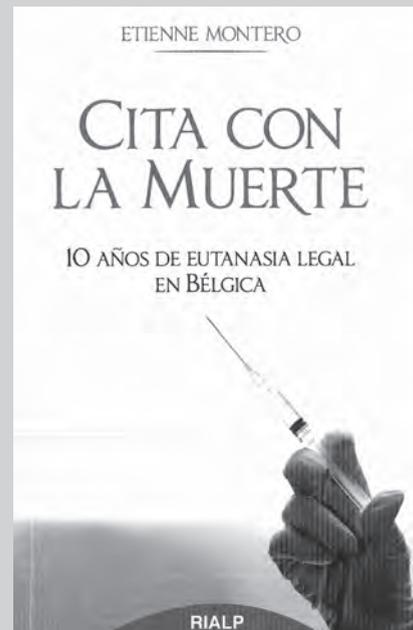
En su capítulo final sobre la “Dimensión socio-política de la eutanasia”, se recogen ideas tales como que la Ley entraña unos valores sociales, morales y culturales que impregnan a toda la sociedad, que de la experiencia belga se puede aprender y que la Ley ayuda a los profesionales de la salud a:

- respetar sus límites
- mantener una actitud de respeto incondicional
- les obliga a mostrar cada vez más cualidades en el control del dolor y de los síntomas
- y a guardarse de toda forma de obstinación terapéutica.

Por otro lado, les anima a desplegar recursos de paciencia, de inteligencia, de imaginación, de sutileza moral, y a dar lo mejor de sí mismos para acompañar lo más humanamente posible a los enfermos y a las personas que sufren.

Por último, mencionar que cada capítulo del libro comienza con una máxima o pensamiento de algún autor destacado, o con el título de alguna ley, siempre muy acorde con el tema que corresponde. El volumen contiene, además, una rica bibliografía y un conjunto de referencias a pie de página realmente interesantes.

En resumen, se trata de una lectura recomendable que los profesionales de Enfermería tienen a su disposición en la biblioteca del Colegio de Enfermería de Cantabria.



Pilar Elena.

Enfermera. Directora del Aula de Investigación en Cuidados del Colegio de Enfermería de Cantabria



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

Agenda =

IX REUNIÓN INTERNACIONAL – I CONGRESO VIRTUAL INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD

Granada, 6 y 7 de Noviembre de 2014

Organiza: Fundación Index

Más información: <http://www.index-f.com/ric/inicio.php>

6º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Sevilla, 7 y 8 de noviembre de 2014

Organiza la Asociación Española de Enfermería en Endoscopia Digestiva

Más información:

<http://congreso.aeed.com/modules.php?name=webstructure&idwebstructure=1>

XVII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS

Vitoria, del 11 al 14 de Noviembre del 2014

Organiza: Investen-iscii

Más información: <https://encuentros.isciii.es/vitoria2014/>

XXI CONGRESO ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

Valencia, 20 y 21 de Noviembre de 2014

Organiza la Sociedad Española de Enfermería Neurológica

Más información: <http://www.sedene.com/xxi-congreso-anual-de-sedene/>

5º JORNADAS DE INTERCAMBIO DE BUENAS PRÁCTICAS

"Abriendo caminos"

Torrelavega, 26 y 27 de noviembre de 2014

Organizado por el Área de Salud Torrelavega - Reinosa

Más información:

<http://hospitalsierrallana.com/index.php/component/content/article/59-jornadas/217-jornadas-bpso>

II JORNADAS DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO VALDECILLA

"Busca, Evalúa, Reflexiona: Avanzando en los Cuidados"

Santander del 16 a 18 de Diciembre de 2014

Organizado por el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

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

VIII CONGRESO ESPAÑOL DE LACTANCIA MATERNA

"Construyendo Salud"

Bilbao del 26 al 28 de febrero de 2015

Organizado por la Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia (IHAN)

Más información: <http://www.osakidetza.euskadi.net/lactancia-materna/>

XI CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA EN ENFERMERÍA

Granada, del 11 al 13 de marzo de 2015

Organizado por la Sociedad Española de Radiología Intervencionista en Enfermería

Más información: <http://www.serie.es/eventos/proximo-congreso>

XIV CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA AEETO Alicante del 15 al 17 de Abril de 2015

Organiza la Asociación Española de Enfermería en Traumatología y Ortopedia

Más información: <http://www.aeeto.es/>

congreso-enfermeria-traumatologia-aeeto2015/

XXII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA

"Avanzando en la calidad del cuidado"

Segovia, 16 y 17 de Abril de 2015

Organiza la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica

Más información: <http://congreso.seegg.es/>

XVII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

"Avances y evidencia de cuidados enfermeros radiológicos en patología torácica"

Barcelona, del 23 al 25 de Abril de 2015

Organiza la Sociedad Española de Enfermería Radiológica

Más información: <http://www.barcelona2015.enfermeriaradiologica.org/>

36 CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

Santiago de Compostela, del 7 al 9 de mayo de 2015

Organiza la Asociación Española de Enfermería en Cardiología

Más información: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/congreso/proximo.htm>

XXXVI CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS Y NEONATALES (ANECIPN)

Málaga del 13 al 15 de Mayo de 2015

Organiza la Asociación Nacional de Enfermería de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales

Más información: <http://www.anecipn.org/home.php>

XLI CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA INTENSIVA Y UNIDADES CORONARIAS SEEIUC

San Sebastián, del 14 al 17 de junio de 2015

Organizado por la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias

Más información: <http://seeiuc.org/>

Normas de publicación de manuscritos

NUBEROS CIENTÍFICA es una publicación de carácter científico de la Fundación de la Enfermería de Cantabria, cuyos principales objetivos son promover la investigación científica enfermera y difundir la producción científica entre los profesionales de Enfermería de Cantabria y de otras Autonomías.

En ella tienen cabida todos los temas relacionados con aspectos clínico-asistenciales, de metodología científica de trabajo (NANDA, NIC, NOC), de calidad de cuidados, de aspectos sociosanitarios o comunitarios, de salud laboral, de salud medioambiental, de gestión, de docencia y de formación. Todo ello con la perspectiva de la **enfermería basada en la evidencia científica**.

Las normas para la publicación de trabajos, estudios o proyectos están basadas, fundamentalmente, en las Normas de Vancouver para la uniformidad de manuscritos presentados a Revistas Biomédicas y se describen a continuación:

1. Normas generales de publicación.
 - Trabajos o estudios científico-técnicos.
 - Trabajos o estudios de investigación de carácter cualitativo.
 - Proyectos de investigación científica.
2. Ilustraciones.
 - Tablas y gráficos.
 - Fotografías.
3. Referencias bibliográficas.
4. Normas éticas.
5. Relación de documentos que deben contener los trabajos para enviar a NUBEROS CIENTÍFICA.

1. NORMAS GENERALES DE PUBLICACIÓN

Los manuscritos de los trabajos se podrán enviar a la dirección electrónica del Colegio de Enfermería de Cantabria, en cuya web se encuentra la información relativa al envío.

Se enviará con una carta de presentación solicitando la publicación, donde constará, expresamente, si el trabajo ha sido o no presentado o publicado en otro evento o revista científica. Además, si existe o no conflicto de intereses.

Es conveniente conservar copia del trabajo.

Los trabajos deberán realizarse y presentarse en procesador de textos programa Word y en Excel o Power Point para gráficos.

La extensión máxima será de 4.000 palabras (caracteres con espacios) y al escribir el trabajo en Word se tendrá en cuenta que:

- Tipo de letra será Time New Roman, cuerpo 12, espaciado e interlineado normales.
- Evitar 'negritas', subrayados o mayúsculas para resaltar.
- Deberán evitarse las abreviaturas o siglas y, cuando sean necesarias, se explicará (la primera vez) entre paréntesis su significado. Se exceptúan las unidades de medida del Sistema de Medidas Internacional.
- Utilizar entrecomillados "... " para citas textuales.
- Utilizar entrecomillados "... " para referencias, títulos o nombres técnicos.
- Utilizar cursiva cuando se utilicen palabras en otro idioma o en latín.
- Las páginas irán numeradas consecutivamente en el ángulo superior derecho.
- En la **primera página** se incluirá, por orden:
 - Título del artículo, que deberá ser conciso y lo suficientemente informativo.
 - Nombre y dos apellidos de los autores (máximo seis).
 - Lugar de trabajo, departamento e institución.
 - Identificación de autor responsable para la correspondencia del manuscrito y su dirección electrónica.
 - Apoyos recibidos (si existieran) para la realización del estudio o trabajo.

Todas las personas que figuran como autores (profesionales de Enfermería) deberán estar cualificadas para ello, en caso contrario y con su permiso, podrán figurar en la sección de agradecimientos.

Nuberos Científica declina cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos que se publiquen en la Revista.

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

- Justificación.
- Metodología.
- Conclusiones importantes.
- Propósito del estudio (objetivo).
- Resultados relevantes.
- Aportación del trabajo a la comunidad científica o a la sociedad.

Al final del resumen se incluirán las palabras clave (de 3 a 10 palabras o frases cortas), que permitirán indexar el artículo en las bases de datos. Serán en lenguaje MeSH y DeSH.

En las **siguientes páginas** se incluirá el texto del trabajo o estudio, dividiendo claramente los apartados del mismo.

Los **trabajos o estudios científico-técnicos** deben seguir (de manera general) las fases de la metodología científica:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. Título | 6. Discusión-Conclusiones. Aportación del trabajo a la comunidad científica o a la sociedad. |
| 2. Introducción-Justificación. | 7. Bibliografía. |
| 3. Objetivos: general y específicos. | 8. Anexos. |
| 4. Metodología (material y métodos). | |
| 5. Resultados. | |

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

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

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

- | | |
|--|---|
| 1. Título. | 6. Utilidad de los resultados, en relación a la comunidad científica y a la sociedad. |
| 2. Introducción, antecedentes y estado actual del tema. Marco teórico. | 7. Plan de trabajo. |
| 3. Hipótesis. Objetivos. | 8. Experiencia del equipo investigador. |
| 4. Metodología. | 9. Medios disponibles y necesarios. |
| 5. Aspectos éticos. | 10. Bibliografía. |
| | 11. Relación de anexos. |

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

- | | |
|---|---|
| 1. Resumen. Abstract | 5. Metodología búsquedas bibliográficas |
| 2. Palabras clave | 6. Análisis de resultados. |
| 3. Introducción-Justificación. Análisis de la situación y/o estado actual del tema. | 7. Discusión |
| Marco teórico. | 8. Conclusiones |
| 4. Objetivo. | 9. Agradecimientos |
| | 10. Bibliografía |

Las **cartas al director** serán dirigidas a la Sra. Directora y el texto tendrá una extensión de 700 palabras, una sola tabla, figura o gráfico y un máximo de 5 referencias bibliográficas.

2. ILUSTRACIONES

Ilustraciones, tablas, gráficos, fotografías o dibujos:

Se incluirán en el texto del manuscrito en el lugar donde correspondan. Serán sencillas, con título breve y las 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. Solo se admitirán un máximo de cuatro ilustraciones por trabajo. Se presentarán en archivo electrónico de alta resolución (300 ppp) y formatos JPEG o TIF e incluidos donde correspondan en el texto.

3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Deben presentarse correlativamente según el orden de aparición en el texto (se utilizarán números con la opción *superíndice*).

Se recomienda un máximo de 30 referencias, que deben basarse en las normas del National Library of Medicine http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

4. NORMAS ÉTICAS

- Se indicará, expresamente y cuando se trate de experimentación humana, si los procedimientos empleados han respetado los criterios éticos de los comités responsables.
- Del mismo modo, si se trata de experimentación animal.
- No se identificará a los pacientes o enfermos ni con nombres o ni con iniciales.
- Las fotografías, si existieran, no identificarán a las personas.
- Se solicitará a personas e instituciones su consentimiento para realizar el 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 MANUSCRITOS:

Los trabajos deben enviarse a: colegio@enfermeriacantabria.com

- Carta de presentación.
- Certificado de autoría.
- Texto del manuscrito, incluyendo las ilustraciones o fotografías.
- Archivos con imágenes o ilustraciones (archivos con formato .jpg, .tif, .eps,...)