

Nuberos Científica



INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Conocimientos y aptitudes de los enfermeros del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla respecto a las úlceras de etiología venosa y su tratamiento.

Raquel Pardo Vitorero, Ester González Fernández

Imagen social de la enfermería en una población no sanitaria de la ciudad de Madrid.

Rafael Muñoz Cruz, María Dolores Consuegra Alférez

Violencia percibida/sufrida por el personal sanitario en un Centro Penitenciario.

Ángel M^a López Sánchez, María Pilar Fernández Prieto, José Ramón Borráz Fernández

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Pertinencia del uso de una escala de valoración nutricional en ancianos hospitalizados.

Lorena Santamaría Navarro, Gema Floranes Herrero

El correcto diagnóstico de las úlceras de la extremidad inferior de etiología venosa relacionado con evolución, prevención de recidas y calidad de vida de los pacientes.

M^a Teresa Herrería Argos

Musicoterapia versus anestésico local en la punción del Port-a-cath en niños.

Isabel M^a Fernández Medina

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Vivencias experimentadas por los hombres durante la cesárea urgente de su pareja.

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

ENFERMERÍA HOSPITALARIA

Plan de cuidados estandarizado durante el periodo expulsivo y de alumbramiento en el parto normal.

Cassandra García González, Oihane Terán Muñoz, Ana Rosa Alconero Camarero, M^a Teresa Gil Urquiza, Marta González Maestro, Izaskun Laurrieta Sáiz

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Problemas éticos, deontológicos y jurídicos de la negación al tratamiento.

Laura García Blanco, Ana Campos García

El maltrato en la vejez.

Tamara Alonso Galnares

CARTAS AL DIRECTOR

COMENTARIO DE LIBRO

AGENDA



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

Nuberos Científica

VOL. 2 NÚM. 14 NOVIEMBRE 2014-FEBRERO 2015

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



Inclusión de la
Revista Nuberos 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. Cardiotothoracic Surgery Dpt. University General Hospital of Thessaloniki AHEPA

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)

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)

Graciela Saiz Fernández

Diplomada en Enfermería. Máster en Ciencias de la Enfermería por la Universidad de Alicante. Profesora Asociada de Enfermería de la Universidad de Cantabria. Colaboradora Hospital Virtual. Gestora de Cuidados en la Unidad de Cardiología Críticos H.U.M.V.

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 colegios 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** CONOCIMIENTOS Y APTITUDES DE LOS ENFERMEROS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA RESPECTO A LAS ÚLCERAS DE ETIOLOGÍA VENOSA Y SU TRATAMIENTO.

Raquel Pardo Vitorero, Ester González Fernández

- 15** IMAGEN SOCIAL DE LA ENFERMERÍA EN UNA POBLACIÓN NO SANITARIA DE LA CIUDAD DE MADRID.

Rafael Muñoz Cruz, María Dolores Consuegra Alférez

- 20** VIOLENCIA PERCIBIDA/SUFRIDA POR EL PERSONAL SANITARIO EN UN CENTRO PENITENCIARIO.

Ángel M^a López Sánchez, María Pilar Fernández Prieto, José Ramón Borráz Fernández

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

- 27** PERTINENCIA DEL USO DE UNA ESCALA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS.

Lorena Santamaría Navarro, Gema Floranes Herrero

- 34** EL CORRECTO DIAGNÓSTICO DE LAS ÚLCERAS DE LA EXTREMIDAD INFERIOR DE ETIOLOGÍA VENOSA RELACIONADO CON EVOLUCIÓN, PREVENCIÓN DE RECIVIDAS Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES.

M^a Teresa Herrería Argos

- 45** MUSICOTERAPIA VERSUS ANESTÉSICO LOCAL EN LA PUNCIÓN DEL PORT-A-CATH EN NIÑOS.

Isabel M^a Fernández Medina

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

- 50** VIVENCIAS EXPERIMENTADAS POR LOS HOMBRES DURANTE LA CESÁREA URGENTE DE SU PAREJA.

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

ENFERMERÍA HOSPITALARIA

- 56** PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DURANTE EL PERIODO EXPULSIVO Y DE ALUMBRAMIENTO EN EL PARTO NORMAL.

Cassandra García González, Oihane Terán Muñoz, Ana Rosa Alconero Camarero, M^a Teresa Gil Urquiza, Marta González Maestro, Izaskun Laurrieta Sáiz

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

- 65** PROBLEMAS ÉTICOS, DEONTOLÓGICOS Y JURÍDICOS DE LA NEGACIÓN AL TRATAMIENTO

Laura García Blanco, Ana Campos García

- 72** EL MALTRATO EN LA VEJEZ.

Tamara Alonso Galnares

- 79** CARTAS AL DIRECTOR

- 80** COMENTARIO DE LIBRO

- 81** AGENDA

¿SABEMOS DEMOSTRAR CUÁNTO VALEMOS?

Según la Real Academia de la Lengua (RAE) la palabra competencia incluye varias acepciones. Una de ellas define que dicho término hace referencia a la incumbencia; que es la obligación y cargo de hacer algo. Además de la anteriormente citada, otra de sus acepciones describe que tal palabra se refiere a la pericia, aptitud, idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado.

Desde los comienzos de nuestra labor profesional, l@s enfermer@s tal y como describe la RAE; en el ejercicio de nuestra profesión, desarrollamos ampliamente y en diferentes dimensiones nuestra competencia.

Pero ¿conoce la sociedad cuáles son nuestras competencias? La entrada en vigor de la Ley 44/2003, del 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias, reconoce a los enfermer@s de forma resumida, entre otras, funciones en los ámbitos asistenciales, investigadoras, docentes, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitaria. Además de ello reconoce a todas las profesiones sanitarias participar activamente en proyectos que puedan beneficiar la salud y el bienestar de las personas en situaciones de salud y enfermedad, especialmente en el campo de la prevención de enfermedades, de la educación sanitaria, de la investigación y del intercambio de información con otros profesionales y con las autoridades sanitarias, para mejor garantía de dichas finalidades.

En el desarrollo de todas estas dimensiones, para las cuáles estamos ampliamente capacitad@s, en

muchas ocasiones, nos encontramos barreras de diferentes tipos, tanto políticas como institucionales, dificultando esta labor a pesar de las demandas sociales; y sin embargo, es de ley...

Por todo ello me cuestiono ¿Qué estamos haciendo mal? ¿Somos parte responsable en generar algún cambio?

Dado que nuestra profesión se ve inmersa en una constante vorágine de cambios, debido a las demandas sociales, es nuestro deber mostrar a aquellos que desconocen que mediante la educación para la salud realizada por enfermer@s, ya que es uno de los puntos de apoyo, se enseñan y refuerzan los cambios en los malos hábitos de la población. Todos estos avances se consiguen mediante la creación de campañas, programas y talleres destinados a la modificación de las malas conductas. Debido a estas y más razones su realización avala la importancia de nuestro que-hacer. Evolucionar en este campo tan coartado, con apoyo de nuestra labor asistencial, investigando, utilizando la herramienta de la práctica basada en la evidencia y demostrando que somos una profesión costo-efectiva, debemos defendernos de aquellas barreras que obstaculizan su desempeño, porque es nuestro pilar para poder demostrar lo que valemos, ya que sólo con el desarrollo de las competencias que tenemos reconocidas y las que nos quedan pendientes evitaremos problemas de salud futuros, y demostrar que cuidar es arte y es ciencia.

Mirian García Martínez. Enfermera

RESUMEN DE CONTENIDOS

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Conocimientos y aptitudes de los enfermeros del HUMV respecto a las úlceras de etiología venosa y su tratamiento.- Se trata de un buen trabajo de investigación con un excelente tratamiento estadístico y cuyos resultados deben estimular una reflexión para la enfermería y sus propias direcciones. El trabajo es el resultado del proyecto premiado en el año 2013 con el Primer Premio de Investigación del Colegio de Enfermería.

Imagen social de la Enfermería en una población no sanitaria de la ciudad de Madrid.- Se trata de un estudio descriptivo transversal, desarrollado en la ciudad de Madrid. Muestra qué imagen social tiene la población sobre la profesión. Entre sus resultados destacar que existió un gran desconocimiento de las funciones que llevan a cabo los enfermeros. A pesar de ello, producen respeto y admiración. Para los encuestados la Enfermería ocupó el segundo lugar en importancia y relevancia frente a otras profesiones; la situaron justo delante de los maestros y por detrás de los médicos.

Violencia percibida/sufrida por el personal sanitario en un centro penitenciario.- Estudio de investigación que refleja la violencia que sufre el personal sanitario de un Centro Penitenciario por parte de los usuarios y se compara con otros estudios similares en los Centros de Atención Primaria. Con los resultados obtenidos se demanda la necesaria implantación de un "Plan de Prevención y Atención al personal afectado".

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Pertinencia del uso de una escala de valoración nutricional en ancianos hospitalizados.- El estado nutricional de los ancianos es un tema recurrente en la investigación enfermera, por lo tanto parece un tema de preocupación para los profesionales enfermeros que atienden a este grupo poblacional. Una vez finalizados estos trabajos y extraídos resultados, deberían servir para su aplicación en la práctica clínica a través de intervenciones enfermeras específicas y/o protocolos estandarizados que resolvieran las situaciones de malnutrición detectadas, especialmente en grupos de ancianos frágiles.

El correcto diagnóstico de las úlceras de la extremidad inferior de etiología venosa relacionado con evolución, prevención de recidivas y calidad de vida de los pacientes.- Se trata de un proyecto planteado con el propósito de comprobar si el correcto diagnóstico de las úlceras de etiología venosa, está relacionado con la evolución, con la prevención y con la calidad de vida de los pacientes. Responde a la inquietud de las enfermeras por este problema de importante trascendencia para los propios pacientes y sus familias, para los profesionales y para los sistemas de salud.

Musicoterapia versus anestésico local en la punción de Port-a-cath en niños.- Proyecto de investigación en el que a través de la realización de un ensayo clínico aleatorizado se pretende comparar la efectividad de la musicoterapia frente a la utilización de una crema anestésica en la disminución del dolor asociado a la punción del Port-a-cath en niños con patología oncológica.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Vivencias experimentadas por los hombres durante la cesárea urgente de su pareja.- Proyecto de investigación de carácter cualitativo que pretende averiguar aspectos, poco investigados, de las situaciones que viven los hombres en los momentos de espera ante la cesárea de sus parejas. Presenta, didácticamente, una propuesta de investigación de rango cualitativo que sería deseable conocer sus futuros resultados.

ENFERMERÍA HOSPITALARIA

Plan de cuidado estandarizados.- Manuscrito que presenta, tal como se indicó en NC13, un plan de cuidados estandarizado para la segunda fase de un parto normal en los tiempos del expulsivo y alumbramiento. Pretende enseñar una situación excelente de atención holística a la mujer en esta situación.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Problemas éticos, deontológicos y jurídicos de la negación al tratamiento.- Importante revisión bibliográfica que pone de manifiesto los diversos enfoques que, sobre el tema, se pueden encontrar en la literatura. Al mismo tiempo, recuerda la relevante toma de decisiones del equipo profesional (sin eludir la responsabilidad enfermera) y resalta la autonomía de la persona en la toma de sus propias decisiones en situaciones de salud/enfermedad, entre ellas la negación al tratamiento.

El maltrato en la vejez- Se trata de una previsión narrativa sobre el maltrato en los ancianos, que recopila información sobre los diferentes tipos de maltrato en este sector de la población, considerándose el de menor visibilidad social. Su objetivo es dar a conocer el mismo a los profesionales de la salud, así como una serie de recomendaciones para su detección y abordaje.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Conocimientos y aptitudes de los enfermeros del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla respecto a las úlceras de etiología venosa y su tratamiento

Autores:

Raquel Pardo Vitorero

Graduada en Enfermería. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. España.

Ester González Fernández

Graduada en Enfermería. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. España.

*Dirección para correspondencia:
Rachel_sm3@hotmail.com*

Recibido: 28 de noviembre de 2014

Aceptado: 10 de diciembre de 2014

Trabajo de investigación resultado del proyecto premiado, como Primer Premio, otorgado por el Colegio de Enfermería de Cantabria en el año 2013.

RESUMEN

Las úlceras de etiología venosa (UV) son lesiones que afectan a la calidad de vida de las personas que las padecen. Su elevada prevalencia, cronicidad y alta tasa de recurrencias las convierten en un gran reto para los profesionales sanitarios.

El objetivo principal es determinar el nivel actual de conocimientos de los profesionales enfermeros sobre las UV y su tratamiento.

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en HUMV, en un año. La población a estudio incluyó a 124 enfermeros que trabajaron en unidades relacionadas con el cuidado de úlceras de la extremidad inferior, realizándose la recogida de datos mediante un cuestionario.

El nivel de conocimientos ha sido bajo en el 68%, medio en el 27% y alto en el 5% de los profesionales enfermeros. La formación influye favorablemente sobre el nivel de conocimientos, siendo éste mayor sobre aspectos generales de las UV (46,1%) que sobre el tratamiento de las mismas (44,75%).

Los enfermeros del HUMV tienen un nivel de conocimientos bajo sobre las UV y su tratamiento, lo que da lugar a que no lleve a cabo el tratamiento Gold Standard basado en la terapia compresiva multicapa, por lo que están justificadas actividades formativas para mejorar las áreas más deficitarias.

Palabras clave:

- Conocimiento
- Enfermería
- Úlcera varicosa
- Vendaje de compresión

ABSTRACT

Venous ulcers are injuries that concerns the quality of life of people affected by them. Its high prevalence, chronicity and recurrence rate, make them a big challenge for health professionals.

The main objective is to determine the current level of knowledge that nursing professionals have about venous ulcers and their treatment.

An observational, descriptive and cross-sectional study has been made at the University hospital "Marqués de Valdecilla" for one year. The study population included 124 nurses who had been working in those units dealing with ulcer care on legs. Data collection was carried out by a questionnaire.

The results about the level of knowledge of nursing Professional were in this way: low 68 per cent, medium 27 per cent and high 5 per cent.

Training has a favorable influence on the level of knowledge. There is more level of knowledge about characteristics of venous ulcers (46.1%) than about their own treatment (44.75%).

Nurses of University hospital "Marques de Valdecilla" have a low level of knowledge about venous ulcers and their treatment. This gives rise to the treatment based on application of multi-layer venous wound compression system, which is considered a Gold standard, was not carried out. Therefore, training activities are justified in order to improve the most deficient areas.

Keywords:

- Knowledge
- Nursing
- Varicose ulcer
- Compression bandages.

INTRODUCCIÓN, ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Las úlceras de la extremidad inferior son lesiones que afectan de forma significativa a la calidad de vida de las personas que las padecen. Constituyen una enfermedad crónica - recurrente, con una duración de los episodios que va desde semanas a más de 10 años⁽¹⁾. Esta enfermedad representa un costo considerable, tanto para el paciente en términos de dolor, restricción de la movilidad y aislamiento social como para el servicio de salud en términos económicos⁽¹⁾.

De todas las úlceras de la extremidad inferior, las úlceras venosas (UV) son las más frecuentes, representando entre 75-80% del total de las mismas⁽²⁾.

Se define la úlcera de etiología venosa como aquella lesión en la extremidad inferior, espontánea o accidental cuya etiología tiene como origen la insuficiencia venosa crónica (IVC) con su consecuente hipertensión venosa y que no cicatriza en el intervalo temporal esperado⁽²⁾.

La dimensión epidemiológica de las UV, según datos de la CONUEI (Conferencia Nacional de Consenso sobre las úlceras de la extremidad inferior), éstas lesiones tienen una incidencia de

2-5 nuevos casos/1000 personas/año y una prevalencia de 0,5-0,8% de la población⁽²⁾. En Europa, se ha calculado que afecta entre el 0.15% y el 1% de la población y en Estados Unidos afecta a 2,5 millones de personas, por lo que globalmente se estima que este problema afecta aproximadamente a un 1-2% de la población en los países desarrollados⁽³⁾.

Las UV son más frecuentes en mujeres, con una relación varón-mujer que oscila entre 1:5 a 1:10⁽³⁾, aumentando su incidencia y prevalencia considerablemente a partir de los 65 años⁽⁴⁾, multiplicándose ambas por dos en este segmento de edad^(5,2).

Según el Estudio DETECT-IVC, realizado en España, determinó que la edad, es el factor de riesgo más importante de padecer la enfermedad^(6,7).

Su elevada prevalencia dentro del grupo de úlceras de la extremidad inferior, cronicidad, recurrencia, gran impacto económico y sus enormes repercusiones sociosanitarias, constituyen las principales características de las UV. A esto, hay que añadirle que al ser un proceso crónico, de larga duración, está relacionado de manera importante con el absentismo laboral, pérdidas de trabajo, repercusión sobre los ingresos familiares y sobre aspectos anímicos⁽⁸⁾, lo que da lugar a que este proceso patológico deba ser considerado como un verdadero problema de salud.

Para la mayoría de las úlceras de la pierna no existe un tratamiento estandarizado. Esto conlleva que los profesionales sanitarios sigan criterios diferentes, existiendo una gran variabilidad en los tratamientos aplicados según las características de la úlcera y la disponibilidad y acceso a los distintos tratamientos existentes.

Actualmente, las evidencias clínicas nos sugieren que existen pocas medidas terapéuticas en la atención de salud con una efectividad similar al efecto de la terapia compresiva multicapa en el tratamiento de las UV⁽⁹⁾, considerándose actualmente a esta terapia como el tratamiento Gold Standard.

El tratamiento de las UV, se fundamenta en la corrección de la hipertensión venosa mediante el uso de diversos sistemas de compresión, lo que permite por una parte, una mejora del retorno venoso, dando lugar a una disminución del reflujo sanguíneo y por otra, mejorar la sintomatología y el edema, retardando la evolución de la enfermedad^(5,10,11).

Según diversos trabajos de investigación^(12,13), a estos beneficios, se deben añadir importantes mejoras en variables como la calidad de vida, el control del dolor, relación coste eficacia y aumento de las posibilidades de realizar las actividades de la vida diaria.

El primer estudio de prevalencia de las úlceras de la pierna realizado en España por el GNEAUPP en el año 2002⁽¹⁰⁾, evidenció una gran variabilidad en el tratamiento de este tipo de lesiones. El estudio concluyó que un 81,8% de los pacientes con úlceras venosas no utiliza la piedra angular del tratamiento, es decir, ningún sistema de compresión o sistemas de compresión no efectivos frente a un 18,2% que sí lo hace.

El cumplimiento del tratamiento con vendaje compresivo es un factor clave para la resolución de las úlceras. Sin embargo, se ha observado que la tasa de cumplimiento con el protocolo de tratamiento puede ser tan sólo de uno de cada tres pacientes ambulatorios tratados con vendaje de compresión⁽¹⁴⁾. A raíz de esta afirmación, surge la inquietud por esclarecer cuál es el motivo que justifica la baja tasa de cumplimiento del tratamiento de referencia, es decir de la terapia compresiva, pretendiendo determinar si el nivel de conocimientos de los profesionales sanitarios es una de las barreras que influye en este hecho.

El profesional de enfermería como miembro del equipo multidisciplinar de salud, resulta clave en la atención de los pacientes con UV, ya que es responsable de los cuidados a través de los que promueve, conserva y restablece su salud.

Por este motivo, resulta necesario que aquellos profesionales que se enfrentan a diario con pacientes que padecen esta patología, posean los conocimientos adecuados sobre la fisiopatología, el tratamiento y los cuidados específicos de las úlceras de etiología venosa, lo que contribuirá a mejorar tanto la calidad de vida de los pacientes, como la calidad de los cuidados prestados.

OBJETIVOS

- Determinar el nivel actual de conocimientos de los profesionales enfermeros sobre las UV y su tratamiento.
- Identificar la terapia que utilizan los profesionales enfermeros en el tratamiento de las UV, describiendo si esta coincide con el Gold Standard del tratamiento.
- Identificar la posible relación existente entre el nivel de conocimientos de los profesionales, la edad y la experiencia profesional.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo de corte transversal realizado en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Este hospital está constituido por tres edificios en los cuales se llevó a cabo el estudio: La Residencia Cantabria, el Edificio 2 de Noviembre y Liencres.

La recogida de datos tuvo lugar en las unidades de hospitalización en las que la enfermería se enfrenta a diario al cuidado de úlceras de la extremidad inferior. Se decidió incluir a las unidades de hospitalización que se detallan a continuación: nefrología, cardiología, cirugía cardiovascular-cirugía plástica, digestivo, UARH (unidad de alta resolución hospitalaria), urología-neurocirugía, cirugía general, traumatología-cirugía torácica, hematología, neumología, medicina interna, geriatría, neurocirugía, cuidados intensivos generales y cuidados intensivos cardiológicos.

El estudio se llevó a cabo en el periodo comprendido desde Junio de 2013 a Junio de 2014, incluyéndose como población diana a los profesionales de enfermería que desarrollan su actividad en las unidades de hospitalización detalladas.

La muestra estuvo compuesta por el número total de cuestionarios contestados por dichos profesionales (n=124).

Se incluyó a todos los profesionales enfermeros que trabajaban en dichas unidades a fecha de mayo de 2013, excluyendo:

- Otro profesional distinto a los especificados anteriormente, el estudio se centra exclusivamente en los profesionales de enfermería.
- Profesionales enfermeros que trabajaban en las unidades asistenciales de obstetricia, ginecología, salud mental y pediatría.

Para llevar a cabo la selección de la muestra, previamente al inicio del estudio el equipo investigador se puso en contacto con la dirección del HUMV, solicitando un listado en el que aparecían el número de enfermeras por unidad.

La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario (ANEXO I), en el cual las preguntas se dividen en cuatro apartados:

- Preguntas de 1-7: hacen referencia a datos sociodemográficos personales y profesionales de los participantes.
- Preguntas de 8-15: hacen referencia a conocimientos generales sobre las UV.
- Preguntas de 16-21: interrogan acerca del tratamiento de las UV.
- Preguntas de 22-23: interrogan sobre la terapia utilizada por cada enfermero en el tratamiento de las UV, determinando si coincide con el Gold Standard.

Por último, referente a la evaluación del cuestionario, ésta se realizará en base a las 16 preguntas relacionadas con los conocimientos de los profesionales enfermeros (preguntas de 8-23), sobre un total de 16 puntos, teniendo cada pregunta un valor de 1 punto. Para la evaluación final del cuestionario, se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- Nivel de conocimientos Bajo: Resultado del cuestionario entre 0-8 puntos.
- Nivel de conocimientos Medio: Resultado del cuestionario entre 9-12 puntos.
- Nivel de conocimientos Alto: Resultado del cuestionario entre 13-16 puntos.

Las variables estudiadas fueron:

- Variables sociodemográficas:
 - Edad (años)
 - Sexo (mujer/hombre)
 - Servicio en el que trabaja (especificar)
 - Edificio de Valdecilla en el que trabaja (Edificio 2 de Noviembre/ Residencia Cantabria/Hospital Santa Cruz de Liencres)
 - Experiencia profesional (En años desde la finalización de la carrera)
 - Formación relacionada con las heridas crónicas (Si/No)
 - Tipo de formación en el ámbito de las heridas crónicas (Curso online, curso presencial, experto o Máster en Heridas Crónicas)
- Conocimiento enfermero sobre las UV
- Conocimiento enfermero sobre el tratamiento de las UV
- Terapia utilizada en el tratamiento de las UV

Previamente a la entrega de los cuestionarios, se realizó un estudio piloto.

Del mismo modo, antes de la entrega de los cuestionarios, el equipo investigador informó a todos los supervisores de las distintas unidades involucradas del fin de la investigación. También se entregó un documento en el que se especificaron las normas de cumplimentación del cuestionario, procediéndose a su recogida en un mes.

Se realizó un análisis cuantitativo de cada una de las variables descritas. Para las variables cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes, y para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión de acuerdo con el tipo de variable estudiada.

Para estudiar la relación entre variables cualitativas se usó la prueba Chi2 y para variables cuantitativas y cualitativas se usó la prueba T-Student y ANOVA.

Se empleó también, dentro de la estadística inferencial. El coeficiente de correlación de Pearson para analizar la relación entre las variables de conocimiento sobre las úlceras venosas y su tratamiento, con la edad y los años de experiencia profesional.

Los datos obtenidos fueron codificados y analizados con el paquete estadístico SPSS versión 20.0 para Windows. Se ha aceptado significación estadística cuando $p < 0,05$, con un Intervalo de confianza (IC) del 95%.

RESULTADOS

La población estudiada fue de 124 profesionales, obteniendo un 29,3% de respuesta lo que se corresponde con 1/3 de la población diana.

En el gráfico 1 se aprecia que la mediana de las preguntas acertadas es inferior a la mitad de las preguntas del cuestionario (8/16), por lo que más de 2/3 de la población estudiada no alcanza el 50% de las preguntas acertadas.

En el gráfico 2 se representa el nivel de conocimientos de los profesionales enfermeros en función de la puntuación obtenida en el cuestionario sobre un total de 16 preguntas, objetivándose que el nivel de conocimientos es bajo en el 68% , medio en el 27% y alto en el 5% de los profesionales enfermeros.

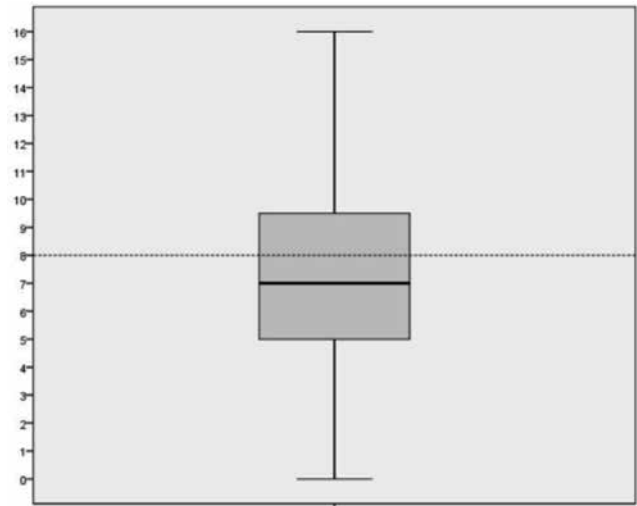


Gráfico 1. Mediana del número de preguntas acertadas por los profesionales enfermeros.

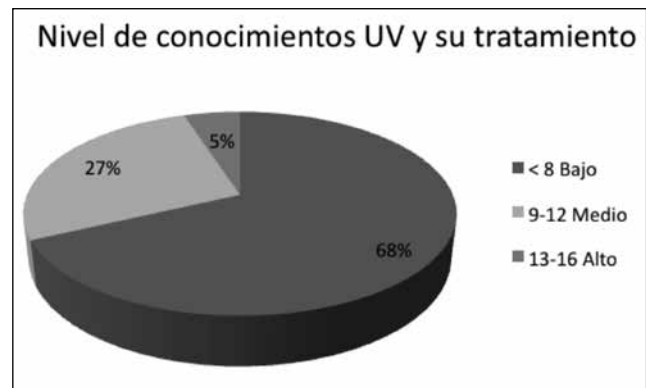


Gráfico 2. Nivel de conocimientos de los profesionales enfermeros.

Se observa que de un total de 16 preguntas solo en 8 de ellas respondieron correctamente más del 50% de los participantes. Observándose un bajo porcentaje de respuesta en las preguntas que hacen referencia a conocimientos generales sobre las úlceras venosas, obteniéndose en la pregunta 11 un 9,6%, 14 un 18,4% y 15 un 7,2% de aciertos. En las preguntas 16, 20 y 21 que hacen referencia al tratamiento de las úlceras venosas la tasa de aciertos ha sido de un 18,4, 13,6 y 36,8% respectivamente. Por último la pregunta 23 que hace referencia al Gold Standard ha sido acertada por un 36% de la población a estudio.

Por otro lado se observa un alto porcentaje de aciertos en las preguntas 8, 10 y 12 sobre conocimientos generales de las úlceras venosas, donde el porcentaje aciertos ha sido de 89,6, 69,6 y 79,2 respectivamente, del mismo modo en el bloque de preguntas acerca del tratamiento las preguntas 17, 18 y 19 han sido acertadas por 56,4, 62,2 y 64,8%. Por último en las preguntas que hacen referencia a la utilización del tratamiento Gold Standard, el mayor porcentaje de aciertos se objetivó en la pregunta 22 con un 69,6%.

Se puede concluir que el mayor porcentaje de respuestas acertadas está en las preguntas que hacen referencia a conocimientos generales de las úlceras venosas con un máximo de

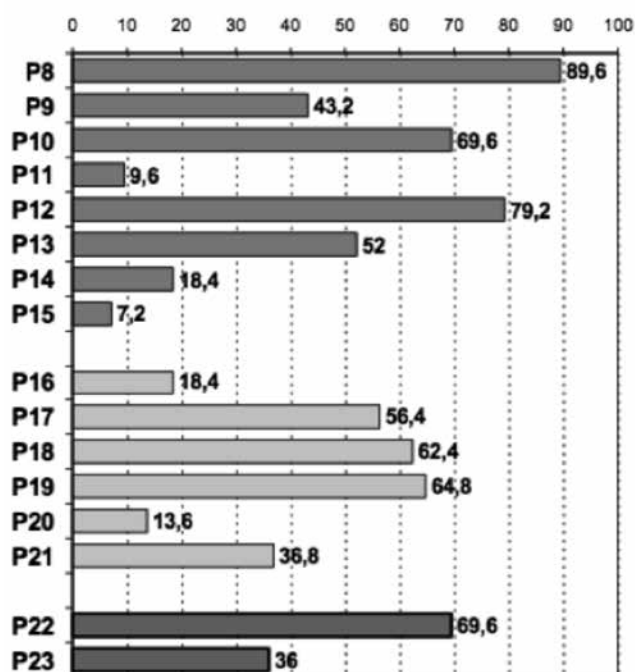


Gráfico 3. Porcentaje de profesionales que respondieron correctamente a las preguntas del cuestionario, en el total de la muestra (n=124).

aciertos del 89,6%, seguida del Gold Standard con un 69,6% y por último el tratamiento con un 64,8%.

En cuanto a la posible relación existente entre el nivel de conocimientos de los profesionales y la edad se observa que no existe relación estadísticamente significativa.

Por otro lado en cuanto a la posible relación existente entre el nivel de conocimientos de los profesionales y la experiencia profesional tampoco se han observado resultados estadísticamente significativos.

Por el contrario, si se han encontrado resultados estadísticamente significativos, ($p < 0,05$), entre los profesionales que han recibido formación relacionada con las heridas crónicas y el nivel de conocimientos de los mismos, concretamente en las preguntas que hacen referencia al tratamiento y Gold Standard de las úlceras venosas. Mientras que en el bloque de conocimientos generales la diferencia se sitúa en el límite de la significación estadística.

En la tabla 1 se muestra el promedio del número de respuestas acertadas según la formación sobre heridas crónicas o no. En cada uno de los tres bloques los profesionales que habían recibido formación alcanzaron un mayor promedio de preguntas acertadas, siendo significativa esta diferencia en los apartados de tratamiento y preguntas relacionadas con el Gold Standard ($P < 0,05$); en las preguntas sobre conocimientos generales aunque el promedio fue mayor, en las que habían recibido formación la diferencia se mantiene en el límite de la significación estadística ($p = 0,058$).

	Han recibido formación		Significación Mann-Whitney
	No	Si	
Preguntas generales	MA 3,32	3,90	0,058
	MD 3	4	
Preguntas tratamiento	MA 2,96	2,74	0,043
	MD 2	3	
Tratamiento GS	MA 0,84	1,16	0,037
	MD 1	1	

GS: Gold Standard. MA: Media aritmética. MD: Mediana

Tabla 1. Media aritmética y mediana del número de respuestas acertadas en cada uno de los tres bloques del cuestionario.

Seguidamente, se representa en el gráfico 4, la relación entre la formación y el nivel de conocimientos.

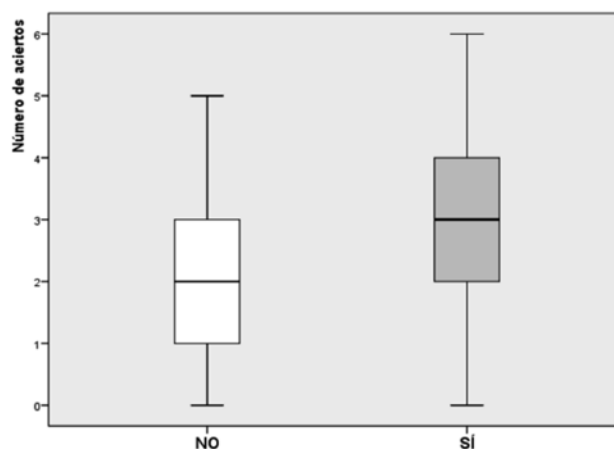


Gráfico 4. Diferencia del número de preguntas acertadas en el bloque de tratamiento entre los profesionales que recibieron formación sobre heridas crónicas y los que no.

Tabla 2. Porcentaje de respuestas correctas en cada pregunta del cuestionario, según la existencia de formación específica sobre heridas crónicas.

	Ha recibido formación		Significación X^2 Pearson ^a
	No	Sí	
Preguntas generales			
P8	84,2	93,0	0,126
P9	28,9	50,0	0,029
P10	60,5	74,4	0,119
P11	2,6	12,8	0,078
P12	78,9	80,2	0,869
P13	44,7	55,8	0,255
P14	26,3	15,1	0,139
P15	5,3	8,1	0,569
Preguntas tratamiento			
P16	10,5	22,1	0,127

P17	50,0	62,8	0,182
P18	52,6	67,4	0,116
P19	63,2	66,3	0,736
P20	7,9	16,3	0,211
P21	31,6	39,5	0,398
Tratamiento Gold Standard			
P22	55,3	76,7	0,016
P23	28,9	39,5	0,258

a: test de chi cuadrado de Pearson.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio incide en uno de los problemas de salud que afectan de forma significativa a la calidad de vida de las personas que padecen úlceras de etiología venosa.

Como respuesta al objetivo planteado se ha obtenido que 2/3 de los profesionales estudiados tienen un nivel de conocimientos bajo sobre las úlceras de etiología venosa y su tratamiento, por lo que están justificadas actividades formativas para mejorar las áreas más deficitarias.

Para tener en cuenta los resultados obtenidos se deben de valorar las limitaciones propias de la participación y del tamaño muestral, además de los sesgos inherentes a la aplicación de todo cuestionario.

La baja tasa de respuestas que ha supuesto el 29,3% de la población estudiada, puede haber sido debido a los siguientes aspectos:

- Han podido contestar los profesionales más motivados con el tema a estudio, dando lugar a unos resultados sesgados.
- Han podido contestar profesionales tanto motivados como no motivados dando lugar a unos resultados más objetivos, asemejándose con la realidad.

Al tratarse de un estudio localizado en un solo hospital de la región (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla), la relación obtenida entre las variables estudiadas debe de ser tomada con cautela.

Se trata de un cuestionario *ad hoc* de diseño propio el cual sería conveniente validarlo y evaluarlo. A pesar de esto cada una de las preguntas que lo componen y sus respuestas han sido extraídas de la Conferencia Nacional sobre el Consenso de Úlceras de la Extremidad Inferior (CONUEI), sin embargo, se han obtenido resultados estadísticamente significativos que sugieren determinadas asociaciones entre las variables del estudio, como son la formación y el nivel de conocimientos.

El estudio valora la práctica clínica mediante el uso de cuestionarios, por lo que los datos obtenidos son de práctica declarada en lugar de observada, pudiendo existir diferencias con la realidad asistencial.

Se debe de remarcar que al tratarse de un diseño descriptivo, estas asociaciones no demuestran asociación causal entre las variables, pero si pueden dar pie a futuros estudios con diseño analítico, orientados a investigar y contrastar las hipótesis correspondientes.

A día de hoy, la presente investigación ha proporcionado datos en nuestro ámbito geográfico, sobre la necesidad de forma-

ción y preparación de los enfermeros que atienden a personas con úlceras de etiología venosa. Se ha objetivado que los profesionales enfermeros tienen un mayor nivel de conocimientos en el bloque de conocimientos generales de las úlceras venosas que sobre el tratamiento de las mismas, lo que puede dar lugar a que las úlceras de esta etiología no estén siendo tratadas con los tratamientos más eficaces que existen actualmente.

Referente al Gold Standard se observa los encuestados conoce cuál es el tratamiento idóneo, es decir el tratamiento basado en la terapia compresiva, sin embargo en el momento de identificar el material correspondiente para llevar a cabo esta terapia lo desconocen, lo que hace sospechar que realmente no es llevando a cabo el tratamiento Gold Standard.

Dada la importancia y consecuencias de este tema existen numerosas investigaciones que han explorado el grado de conocimiento de los profesionales sanitarios sobre las recomendaciones acerca de las úlceras por presión (UPP), tanto en prevención como en tratamiento. Algunas de ellas son las desarrolladas en EE.UU.^(15,16), Holanda⁽¹⁷⁾, Reino Unido⁽¹⁸⁾ y Australia⁽¹⁹⁾. En España, se han desarrollado investigaciones similares, como son las de Esperón y Vázquez⁽²⁰⁾, García Fernández et al.⁽²¹⁾, Pancorbo Hidalgo⁽²²⁾, Zamora Sánchez⁽²³⁾ y Ramos et al.⁽²⁴⁾. Se trata en su mayoría de estudios descriptivos transversales, excepto la revisión sistemática elaborada por Pancorbo Hidalgo⁽²²⁾.

Según la literatura consultada el índice o puntuación global de conocimientos sobre úlceras por presión del profesional en los distintos estudios es variable, con un rango que oscila entre el 54% y el 81%, siendo los conocimientos sobre prevención algo más elevados que los conocimientos sobre el tratamiento. Casi todos los trabajos que analizan la influencia de la formación, indican que ésta influye en el índice de conocimientos de los profesionales, fundamentalmente si la han recibido en los tres últimos años, si la han recibido en el pre y postgrado o si han asistido a congresos y leen artículos científicos sobre el tema.

Sin embargo, se encuentra mayor discrepancia en cuanto a la experiencia profesional. Algunos autores como Esperón y Vázquez⁽²⁰⁾ encuentran que los conocimientos aumentan con la experiencia, mientras que otros como García Fernández et al.⁽²¹⁾ afirman que los extremos, es decir, poca experiencia (< 2 años) y mucha experiencia (> 20 años), son los que menos conocimientos tienen.

En la literatura científica, no se han encontrado investigaciones que aborden específicamente el nivel de conocimientos de los profesionales enfermeros acerca de las UV y la correspondencia con el tratamiento. Ante esta situación ha resultado interesante hacer un "análisis diagnóstico" del conocimiento que tienen los profesionales sobre las UV y su tratamiento, y evaluando así la situación en la que se encuentra la enfermería en el ámbito más próximo de esta comunidad autónoma, estableciendo de esta manera, primero, el punto de partida, para después diseñar estrategias correctoras.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Susan O'Meara, Nicky A Cullum, E Andrea Nelson. Compresión para las úlceras venosas de las piernas (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 1 Art no. CD000265. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

- 2.- Conferencia Nacional sobre el consenso de úlceras de la extremidad inferior (CONUEI). Documento de consenso. Madrid-Barcelona: EdiKaMed, S.L.; 2009.
- 3.- González Consuegra RV. Calidad de vida y cicatrización en pacientes con úlcera de etiología venosa: Adaptación transcultural y validación del "Charing Cross venous ulcer questionnaire (CCVUQ)" y del Pressure ulcer scale for healing (PUSH)" [Tesis]. Alicante: Universidad de Alicante; 2011.
- 4.- Rodríguez Vázquez, Carrasco Espinar R, López Larrubia F, Conde Crespillo L, Sáez Acosta A. Nuevas tendencias en el abordaje de úlceras venosas sistema de terapia compresiva "vendajes multicapas". *Hygia*. 2010; 73: 5-12.
- 5.- Grossi GP. Manejo del paciente con úlcera venosa de miembros inferiores [Trabajo final de Posgrado]. Argentina: Universidad Nacional del Rosario; 2009.
- 6.- Gesto-Castromil R, García JJ. Encuesta epidemiológica realizada en España sobre la prevalencia asistencial de la insuficiencia venosa crónica en atención primaria. Estudio DETECT-IVC. *Angiología*. 2001; 53: 249-60.
- 7.- Rubio-Terrés C, Domínguez-Gil Hurlé A. Análisis coste-efectividad del tratamiento de pacientes con úlceras venosas debidas a la insuficiencia venosa crónica con fracción flevotonica purificada y micronizada y terapia compresiva o con terapia compresiva solamente. *Rev Esp Econ Salud*. 2005; 4:87-94.
- 8.- Rodríguez-Piñero M. Epidemiología, repercusión sociosanitaria y etiopatogenia de las úlceras vasculares. *Angiología*. 2003; 55: 260-267.
- 9.- Comprendiendo la terapia compresiva. Documento de posicionamiento EWMA [Internet]. Londres: Medical Education Partnership. 2003. Disponible en: http://www.ulceras.net/monograficos/posicionamiento_compresion.pdf
- 10.- Rueda J, Torra JE, Martínez F, Verdú J, Soldevilla JJ, Roche E, et al. Primer estudio Nacional de prevalencia de úlceras de la pierna en España. Estudio GENEAUUP- UIFC-Smith & Nephew 2002-2003. Epidemiología de las úlceras venosas, arteriales, mixtas y de pie diabético. *Gerokomos*. 2004; 15: 230-247.
- 11.- Lindholm C, Bjllerup M, Christensen OB, Zederfeldt B. A demographic survey of leg and ulcer patients in a defined population. *Acta Derm Venerol (Stockh)*. 1992; 72: 227-230.
- 12.- Rueda J, Torra JE, Arboix M, Moffat C, Furtado K, Blanco J, et al. Úlceras venosas. Atención al paciente con úlceras venosas. In: Soldevilla JJ, Torra JE, editors. Atención integral de las Heridas crónicas. 1ª ed. Madrid: SPA; 2004. 273-303.
- 13.- Torra JE, Rueda J, Blanco J, Torres J, Toda Lloret L. Venous ulcers. Multilayer compression system or crepe bandage? Comparative study on effectiveness, cost and impact on quality of life. *Rev Enferm*. 2003; 26: 59-66.
- 14.- Serra, N.; Palomar, F.; Capillas, R.; Berenguer, M.; Aranda, J.; Sánchez et al. Efectividad del tratamiento de las úlceras venosas con vendaje compresivo multicapa asociado a protección de la piel con Cavilon (película barrera no irritante). *Gerokomos*. 2010; 21: 124-130.
- 15.- Beitz JM, Fey J, O'Brien D. Perceived need for education vs. actual knowledge of pressure ulcer care in a hospital nursing staff. *Medsurg Nurs*. 1998; 7: 293-301.
- 16.- Bostrom J, Kenneth H. Staff nurse knowledge and perceptions of pressure sores. *Dermatology Nursing*. 1992; 4: 365-367.
- 17.- Halfens R, Eggink M. Knowledge, beliefs and use of nursing methods in preventing pressure sores in Dutch hospitals. *International Journal of Nursing Studies*. 1995; 32: 16-26.
- 18.- Mockridge J, Anthony D. Nurses' knowledge about pressure sore treatment and healig. *Nurs Stand*. 1999; 13: 68-71.
- 19.- Sharp C, Burr G, Broadbent M, Cumminis M, Casey H, Merriaman A. Pressure ulcer prevention and care: a survey of current practice. *Journal of Quality Practice*. 2000; 20: 150-157.
- 20.- Esperón-Güimil JA, Vázquez-Vizoso F. Los conocimientos de las enfermeras sobre úlceras por presión y sus determinantes. *Gerokomos*. 2004; 15: 107-116.
- 21.- García FP, Pancorbo P, López J, López I. Conocimiento y utilización de las directrices de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en centros de salud de Andalucía. *Gerokomos*. 2002; 13: 214-222.
- 22.- Pancorbo P, García F, López I. Pressure ulcer care in Spain: nurses knowledge and clinical practice. *Journal of Avanced Nursing*. 2007; 58:327-338.
- 23.- Zamora J. Conocimiento y uso de las directrices de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en un hospital de agudos. *Gerokomos*. 2006; 17: 100-110.
- 24.- Ramos R, López P, Verdú J. Conocimientos del equipo de enfermería sobre los aspectos relacionados con las úlceras por presión en un centro sociosanitario. *Invest & Cuid*. 2004; 2: 14-19.

ANEXO 1

"CONOCIMIENTOS Y APTITUDES SOBRE LAS UV Y SU TRATAMIENTO"

Antes de contestar el cuestionario, lea atentamente las preguntas, reflexione las respuestas que se le ofrecen e identifique las opciones que más se aproximen a sus preferencias. Recuerde que el cuestionario es voluntario y totalmente anónimo.

Se trata de 23 preguntas con una única respuesta válida que deberá marcar con una X. Como instrucciones de cumplimentación, deberá responder de manera individual, durante el turno de trabajo, en un tiempo aproximado de 10-15 minutos y una vez cumplimentado deberá entregarlo al supervisor/a de su unidad.

Gracias por su colaboración.

Datos profesionales

1. Sexo: Hombre Mujer

2. Edad (Especifique su edad en años):
3. Especifique el servicio de HUMV en el que trabaja:

4. Seleccione el edificio en el que trabaja:

- Edificio 2 Noviembre Residencia Cantabria
 Hospital Santa Cruz Liencres

5. Especifique cuál es su experiencia profesional en años desde que finalizó la carrera de enfermería:

- Menos de un año
 De 1 a 5 años
 De 6 a 10 años
 De 11 a 15 años
 Más de 15 años

6. ¿Ha recibido algún tipo de formación relacionada con las heridas crónicas?

- Sí No

7. Si ha respondido que sí en la pregunta anterior. ¿Qué tipo de formación ha recibido?

- Curso online
 Curso presencial
 Experto Universitario
 Máster Universitario

Preguntas generales relacionadas con las úlceras venosas:

A continuación se exponen una serie de preguntas relacionadas con las úlceras de etiología venosa. Por favor, no marque las respuestas al azar, en caso de desconocer la respuesta marque la opción No sabe/No contesta.

8. ¿Sabe cuáles son las úlceras de la extremidad inferior más frecuentes?

- Úlceras arteriales.
 Úlceras etiología venosa.
 Úlceras neuropáticas.
 No sabe/No contesta.

9. ¿Cuál es la principal causa de las úlceras de etiología venosa?

- Los Traumatismos.
 La hipertensión venosa.
 Causas desconocidas.
 No sabe/No contesta.

10. ¿Qué es la insuficiencia venosa crónica (IVC)?

- Estado en el que el retorno venoso se haya dificultado, especialmente en bipedestación y en el que la sangre venosa fluye en sentido opuesto a la normalidad.
 Alteración funcional del sistema venoso secundaria a una incompetencia valvular.
 Ambas respuestas son correctas.
 No sabe/No contesta.

11. ¿Cuál es el principal sistema de clasificación de la insuficiencia venosa crónica (IVC)?

- Clasificación de la Fontaine.
 Clasificación de Wagner.
 Clasificación CEAP.
 No sabe/No contesta.

12. ¿Cuál es la localización más frecuente de las úlceras de etiología venosa?

- Área de polaina o región lateral interna del tercio inferior de la pierna.
 Sobre prominencias óseas, cabezas de metatarsianos o dedos.
 Sobre zonas de roce o apoyo metatarsal u otras prominencias óseas como juanetes.
 No sabe/No contesta.

13. ¿Cuáles son las principales características de la úlcera de etiología venosa?

- Sensibilidad intacta, superficiales, bordes irregulares y excavados, fondo granulomatoso, sangrantes, pulsos presentes, exudado abundante, poco dolorosas.
 Sensibilidad intacta, profundas, bordes planos, fondo atrófico, no suelen sangrar, pulsos ausentes, exudado escaso, dolor importante.
 Sensibilidad afectada, lecho con tejido de granulación, piel perilesional hiperqueratósica, pulsos presentes, no dolorosas.
 No sabe/No contesta.

14. El diagnóstico de la úlcera de etiología venosa se realiza en base a:

- Criterios clínicos: Localización, morfología, bordes, presencia o no de pulsos, dolor.
 Criterios clínicos que deben confirmarse con estudios hemodinámicos.
 Estudios angiográficos únicamente.
 No sabe/No contesta.

15. Además de los signos y síntomas, ¿Con que valor del Índice Tobillo brazo (ITB) estableceremos el diagnóstico de úlcera venosa?

- Con un valor del ITB >0.75
 Entre 0,5-0,75.
 Menor a 0,5.
 No sabe/No contesta.

Preguntas relacionadas con el tratamiento de las úlceras venosas:

16. Indique cuál es el tratamiento farmacológico más efectivo en la cicatrización de la úlcera de etiología venosa.

- Prostaglandina E1 (PGE1) Intravenosa en dosis de 40 nanog/12 h, cada 15-21 días.
 Pentoxifilina oral 600 mg/24 h y fracción flavonoica purificada y micronizada de la diosmina (MPFF) en dosis de 1000 mg/24 h.
 Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.
 No sabe/No contesta.

17. Imagine que en la planta en la que trabaja se dirige a curar por primera vez a un paciente que presenta una úlcera en la extremidad inferior izquierda. La lesión presenta características clínicas similares a las de una úlcera de etiología venosa, pero los pulsos están ausentes. ¿Qué haría en dicha situación?

- Curaría la úlcera mediante una cura en ambiente húmedo y realizaría un vendaje compresivo ya que se trata de una úlcera de etiología venosa.
 Previamente a la cura realizaría un índice tobillo-brazo, para descartar que la úlcera tenga un componente arterial.
 Sería necesario realizarle una plestiosmografía.
 No sabe/No contesta.

18. ¿Considera que la aplicación de vendas o medias de compresión ayuda a la cicatrización de las úlceras venosas?

- No, ya que la compresión empeora el proceso de cicatrización
- Si, ya que mejoran el retorno venoso, favoreciendo el proceso de cicatrización.
- El vendaje compresivo mejora el proceso de cicatrización, pero no las medias de compresión.
- No sabe/No contesta.

19. Ante una lesión, antes de considerar un tratamiento compresivo, deberemos de realizar una prueba con el Doppler portátil para determinar si existe una alteración arterial que contraindique dicha terapia.

- Verdadero
- Falso
- Falso, ya que el vendaje compresivo se puede aplicar ante alteraciones arteriales.
- No sabe/No contesta.

20. Imagine que el paciente al que está curando una úlcera en la extremidad inferior tiene un índice tobillo-brazo de 0,5 ¿Podré aplicarle un vendaje compresivo como terapia?

- Si siempre se puede aplicar un vendaje compresivo.
- No, ya que el valor es bajo, lo que nos indica isquemia.
- Si, ya que con ese valor del índice tobillo-brazo nos indica que se trata de una úlcera venosa.
- No sabe/No contesta.

21. ¿Qué sistema de compresión es el más efectivo en el tratamiento de las úlceras de etiología venosa?

- Vendaje de algodón más venda elástica o de crepé.
- Vendaje elástico multicapa.
- Vendaje elástico adhesivo.
- No sabe/No contesta.

Pregunta para determinar la terapia aplicada en las úlceras venosas:

22. ¿Qué tratamiento aplicaría Ud. una vez confirmado el diagnóstico de úlcera de etiología venosa?

- Tratamiento local mediante cura en ambiente húmedo. (CAH)
- Cura seca junto a vendaje compresivo.
- Tratamiento local con cura en ambiente húmedo junto con terapia compresiva.
- No sabe/No contesta.

23. Respecto a la terapia compresiva utilizada, ¿Qué sistema de compresión utilizaría?

- Vendaje multicapa.
- Venda de algodón más venda crepé.
- Venda crepé.
- No sabe/No contesta.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Imagen social de la enfermería en una población no sanitaria de la ciudad de Madrid

Autores:

Rafael Muñoz Cruz

*Enfermero. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.
España.*

María Dolores Consuegra

Alfárez

Enfermera, Fremap. El Ejido. Almería. España.

*Dirección para correspondencia:
rafamunozcruz@gmail.com*

Recibido: 10 de octubre de 2014

Aceptado: 20 de enero de 2015

RESUMEN

Objetivo: Identificar la imagen social de la Enfermería a través de una población no sanitaria.

Método: Estudio descriptivo transversal sobre 220 participantes de 18 a 60 años de la ciudad de Madrid. La información fue recogida mediante cuestionario autoadministrado de 7 preguntas referidas a la visión sobre la profesión enfermera.

Resultados: En general, la población prefiere que el personal de Enfermería sea de ambos sexos; además califican los cuidados brindados por los enfermeros como buenos o excelentes. Por otro lado, existe un gran desconocimiento de las funciones que llevan a cabo los enfermeros; a pesar de ello, producen respeto y admiración, y su profesión está muy bien valorada.

Conclusiones: Se observa una masculinización de la profesión con la que la sociedad está de acuerdo. Sin embargo, muchos ámbitos de la disciplina enfermera son desconocidos para la población general.

Palabras clave:

- Enfermería
- Opinión Pública
- Rol Profesional.

ABSTRACT

The main aim of this research is to identify the public image of nurses through a population who isn't health professional.

The method that will be used is a descriptive cross-sectional study conducted among 220 participants aged 18 to 60 years old, and besides, they were from Madrid City. The information was collected by self-administered questionnaire of 7 questions regarding the overview of the nursing profession.

As results, overall, people would prefer nursing staff to be of both sexes; in addition to this, on the one hand they rate the care provided by nurses either good or excellent. On the other hand, there is a lack of knowledge about the functions that nurses carry out. However, they inspire admiration and respect, and their profession is greatly appreciated.

Finally, as conclusion, it is observed a masculinization of the nursing profession and society agrees with it. However, a lot of nursing areas which are unknown to the population at large.

Keywords:

- Nursing
- Public Opinion
- Professional Role.

INTRODUCCIÓN

La profesión de Enfermería es una de las mejores valoradas, posiblemente porque tanto con médicos como con enfermeros son algunas de las profesiones más frecuentes con las que la población dice tener alguna relación^(1, 2). A pesar de ello, esta profesión siempre ha estado influida por las percepciones sobre género, ya que históricamente se ha tratado de una profesión fundamentalmente femenina^(3, 4). Respecto al tema de género, actualmente, se puede hablar de una masculinización de la Enfermería debida fundamentalmente a la proyección laboral, al amplio campo de trabajo, a las condiciones económicas de dicha profesión y al carácter científico humanista⁽⁵⁾.

En principio, todo el mundo conoce a grandes rasgos lo que es la Enfermería, pero en función de numerosos estudios, se deduce que esta profesión es una gran desconocida para la población en general⁽⁶⁾. Es por este motivo que sólo se conoce como ámbito de trabajo el hospital, ya que se supone que el objetivo de la Enfermería es mejorar la salud, pero no se tiene la concepción del personal enfermero como promotor de salud^(7, 8).

Muchos de los estereotipos en los que la Enfermería ha estado encasillada durante años se deben a la divulgación de algunos medios de comunicación, especialmente el cine y la televisión^(9, 10) y, lamentablemente, han mejorado poco a lo largo del tiempo⁽⁶⁾.

Por otro lado, a pesar de que la aprobación de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias en el año 2003 definió la Enfermería como un campo de actuación propio y una propia metodología, no se ha erradicado la imagen de subordinados del per-

sonal facultativo⁽³⁾, probablemente debido a la tradicional supervisión de las actividades enfermeras por el colectivo médico⁽⁶⁾, que representa la figura más importante relacionada con la salud^(7, 8).

A pesar de todo, algunas de las características que actualmente definen al personal de Enfermería son la amabilidad, el servicio, el respeto, el afecto o la paciencia⁽⁷⁾. Otra característica importante asociada a los profesionales de Enfermería es la humanización⁽¹¹⁾.

Una imagen negativa de la Enfermería puede tener numerosas consecuencias, como que la sociedad no recurra a ella y no aproveche los servicios que ofrece⁽⁶⁾. Es por ello que el objetivo del presente trabajo es dar a conocer la imagen que los usuarios tienen acerca de los profesionales de Enfermería y de la profesión enfermera.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal sobre 220 personas entre 18 y 60 años de edad; este límite de edad se estableció debido a que a partir de las seis décadas de vida, aumentan el número de patologías de difícil curación, hecho que puede dar una visión equivocada de nuestra profesión. La recogida de datos tuvo lugar en los exteriores de diversos hospitales de la ciudad de Madrid desde el 1 de junio al 15 de septiembre de 2014 y se hizo mediante un cuestionario auto administrado que había sido utilizado previamente en otros estudios⁽¹²⁾.

Previamente a la cumplimentación del cuestionario por parte de los participantes, se preguntó por la edad de éstos y se pi-

dió el consentimiento verbal para la participación en el estudio. Se excluyeron aquellas personas que nunca habían recibido cuidados de Enfermería, así como a aquellas personas que cuya actividad laboral se desarrollase en un hospital o centro de salud.

El tiempo medio de respuesta al cuestionario osciló entre los 3 y los 5 minutos.

El procesamiento de los datos se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS v.15 y el programa de análisis epidemiológico EPIDAT v.3.1, con los que se realizó un análisis descriptivo de los datos obtenidos en los cuestionarios.

RESULTADOS

De los 220 participantes, 110 fueron hombres y 110 fueron mujeres. La media de edad de la muestra fue de 38,7 años de edad (Mo= 52, Me= 38, DT= 11,03, IC 95% [37,2-40,2]). La media de edad de los hombres fue de 38,1 años (Mod= 52, Me= 37, DT= 9,3, IC 95% [36,3-39,9]). En el caso de las mujeres, la media de edad fue de 39, 2 años (Mod= 41, Me= 41, DT= 12,5, IC 95% [36,8-41,6]).

Respecto al sexo que deberían tener los profesionales de Enfermería, un 30,5% de todos los encuestados opinaron que debían de ser mujeres (IC 95% [23,3-35,8]), un 4,7% que deberían de ser hombres (IC 95% [1,6-7,5]) y un 64,8% que deberían de ser de ambos sexos (IC 95% [56,1-69,3]). En la tabla siguiente (Tabla 1) se pueden observar las respuestas a esta pregunta en función del sexo de los participantes:

Sexo del personal	Hombres	Mujeres
Sexo femenino	21,4% IC 95% [12,1-27,9]	39,1% IC 95% [29,5-48,7]
Sexo masculino	8,7% IC 95% [2,6-13,8]	0,9% IC 95% [0,02-4,9]
De ambos sexos	69,9% IC 95% [56,1-74,8]	60% IC 95% [50,4-69,6]

Tabla 1. Opinión acerca del sexo que debería de tener el personal de Enfermería dependiendo del sexo de los participantes.

En la pregunta referida a la satisfacción con los cuidados brindados por el personal de Enfermería se obtuvieron los resultados presentados en la tabla 2:

Nivel de satisfacción	Toda la muestra	Hombres	Mujeres
Excelentes	29,5% IC 95% [23,3-35,8]	30% IC 95% [20,9-39,1]	29,1% IC 95% [20,1-38]
Buenos	29,5% IC 95% [23,3-35,8]	20,9% IC 95% [12,9-28,9]	38,2% IC 95% [28,6-47,7]
Regulares	22,3% IC 95% [16,5-28]	24,5% IC 95% [16,1-33,1]	20% IC 95% [12,1-27,9]
Malos	16,8% IC 95% [11,6-21,9]	21,8% IC 95% [13,6-30]	11,8% IC 95% [5,3-18,3]
Pésimos	1,8% IC 95% [0,5-4,6]	2,7% IC 95% [0,6-7,8]	0,9% IC 95% [0,02-5]

Tabla 2. Satisfacción con los cuidados brindados por Enfermería.

En la tabla siguiente (Tabla 3) se pueden observar las respuestas a la pregunta sobre las actividades que los participantes consideran que realiza el personal de Enfermería.

Actividad	Toda la muestra	Hombres	Mujeres
Inyectar	70% IC 95% [63,7-76,3]	65,5% IC 95% [56,1-74,8]	74,5% IC 95% [65,9-83,1]
Ayudar	58,2% IC 95% [51,4-64,9]	63,6% IC 95% [54,2-73,1]	52,7% IC 95% [42,9-62,5]
Prevenir	36,4% IC 95% [29,8-42,9]	30,9% IC 95% [21,8-40]	41,8% IC 95% [32,2-51,5]
Ayudar al médico	60% IC 95% [53,3-66,7]	59,1% IC 95% [49,5-68,7]	60,9% IC 95% [51,3-70,5]
Recetar y tomar TA	25% IC 95% [19,1-31]	19,1% IC 95% [11,3-26,9]	30,9% IC 95% [21,8-40]
Examen físico	38,6% IC 95% [32-45,3]	31,8% IC 95% [22,7-41]	45,5% IC 95% [35,7-55,2]
No lo sabe	13,2% IC 95% [8,5-17,9]	17,3% IC 95% [9,8-24,8]	9,1% IC 95% [3,3-14,9]

Tabla 3. Opinión de los participantes acerca de las actividades que realiza el personal de Enfermería.

En la tabla 4 se muestran los resultados referidos a la pregunta acerca de la imagen que le merecen los profesionales de Enfermería a los participantes en el estudio.

Imagen	Toda la muestra	Hombres	Mujeres
Indiferencia	15,9% IC 95% [10,8-21]	22,7% IC 95% [14,4-31,01]	9,1% IC 95% [3,3-14,9]
Resentimiento	1,4% IC 95% [0,3-3,9]	2,7% IC 95% [0,6-7,8]	0% IC 95% [0-3,3]
Respeto	36,4% IC 95% [29,8-42,9]	26,4% IC 95% [17,735,1]	46,4% IC 95% [36,6-56,1]
Admiración	39,1% IC 95% [32,4-45,8]	40% IC 95% [30,4-49,6]	38,2% IC 95% [28,6-47,7]
No sabe	7,3% IC 95% [3,6-10,9]	8,2% IC 95% [2,6-13,8]	6,4% IC 95% [1,3-11,4]

Tabla 4. Imagen de los profesionales de Enfermería.

Por último, en la tabla siguiente se muestran las respuestas obtenidas sobre el nivel de importancia que se le concede a cada profesión de las sugeridas. Para ello, se muestra la nota media de importancia para cada profesión en función del sexo de los participantes.

Profesión	Toda la muestra	Hombres	Mujeres
Psicólogo/a	M= 7,2 Mod= 8 DT= 2,1 IC 95% [6,9-7,5]	M= 6,94 Mod= 5 DT= 2,1 IC 95% [6,5-7,3]	M= 7,45 Mod= 10 DT= 2,04 IC 95% [7,1-7,8]
Trabajador/a social	M= 7,1 Mod= 5 DT= 2 IC 95% [6,8-7,4]	M= 6,7 Mod= 5 DT= 1,9 IC 95% [6,3-7,1]	M= 7,47 Mod= 8 DT= 1,9 IC 95% [7,1-7,8]

Profesión	Toda la muestra	Hombres	Mujeres
Médico	M= 8,5 Mod= 10 DT= 2,1 IC 95% [8,2-8,8]	M= 8,32 Mod= 10 DT= 1,7 IC 95% [8-8,6]	M= 8,64 Mod= 10 DT= 2,5 IC 95% [8,2-9,1]
Enferme- ro/a	M= 8,25 Mod= 10 DT= 2,04 IC 95% [8-8,5]	M= 8,26 Mod= 10 DT= 1,9 IC 95% [7,9-8,6]	M= 8,25 Mod= 10 DT= 2,2 IC 95% [7,8-8,7]
Maestro/a	M= 7,84 Mod= 10 DT= 2 IC 95% [7,6-8,1]	M= 7,86 Mod= 10 DT= 1,8 IC 95% [7,5-8,2]	M= 7,8 Mod= 10 DT= 2,2 IC 95% [7,4-8,2]
Arquitecto	M= 6,59 Mod= 5 DT= 2 IC 95% [6,3-6,9]	M= 6,44 Mod= 5 DT= 2,1 IC 95% [6,04-6,8]	M= 6,74 Mod= 8 DT= 1,9 IC 95% [6,4-7,1]

Tabla 5. Nivel de importancia de las profesiones sugeridas.

DISCUSIÓN

Respecto a las preferencias en el sexo de los profesionales de Enfermería, la mayor parte de los participantes en el estudio declararon que debían de ser de los dos sexos, tanto masculino como femenino, aunque había una mayor predisposición hacia el género femenino (especialmente por parte de las mujeres encuestadas), lo que muestra la progresiva masculinización de la que Osses, Valenzuela y Sanhuesa hablan en su estudio de 2010⁽⁵⁾.

Los datos arrojados sobre la calidad de los cuidados proporcionados por el personal de Enfermería mostraron como la mayor parte de los participantes consideran como buenos o excelentes los cuidados recibidos; datos que concuerdan en términos generales cuando se diferencian por el sexo de los participantes, donde no existieron importantes diferencias entre las opiniones de éstos. Estos datos son similares a los obtenidos por Hernández y cols.⁽¹²⁾ en Cuba, donde un porcentaje muy bajo de los participantes consideraron que los cuidados recibidos no fueron los adecuados.

Al poner la atención sobre las funciones que se asocian al colectivo enfermero, hay unanimidad entre los dos sexos al identificar la administración de inyecciones a la disciplina enfermera. Destaca el bajo nivel de conocimiento que la población tiene acerca de las actividades enfermeras relacionadas con la prevención de la salud, ya que ni la mitad de los participantes de ninguno de los dos sexos identificaron las actividades preventivas con el personal enfermero. Lo mismo ocurre en la revisión sistemática llevada a cabo por Errasti, Arantzamendi y Canga en 2012⁽⁶⁾, donde según la literatura, la sociedad no tiene un gran conocimiento de la dimensión cuidadora de la enfermería, así como del rol preventivo y de promoción de salud.

Al hablar sobre la imagen que la población tiene acerca de los profesionales de Enfermería, la que se registró con más frecuencia fue la de admiración, que se dio aproximadamente en 2/5 partes de la población estudiada. Prácticamente el mismo porcentaje que se obtuvo al centrar la atención en los resultados obtenidos por los hombres. En el caso de las mujeres, la imagen predominante que tuvieron los enfermeros es la de respeto, seleccionada casi por la mitad de la muestra. Estos datos están en consonancia con los obtenidos por Quijano y cols.⁽⁷⁾ en su estudio de 2007, donde además de la amabilidad y la calidez, destaca el respeto como signo característico del personal de Enfermería. Destaca también la casi total ausencia de imagen de resentimiento que produce la enfermera en la población estudiada.

Por último, al hablar sobre la importancia de diversas profesiones para la población en general, se obtuvieron unos datos que no varían demasiado de un sexo a otro. En ambos casos, el médico es la profesión más relevante, con una nota media que ronda el 8,5 en ambos casos; mientras, la profesión que menos importancia tuvo según los participantes, es la que lleva a cabo el arquitecto, con una nota media que en ninguno de los dos sexos llega al 7. La Enfermería ocupó el segundo lugar en importancia, justo delante de los maestros. La media de la Enfermería es de 8,25, y apenas existieron diferencias entre ambos grupos. Estos datos están en contraposición con las respuestas obtenidas en el Barómetro del CIS de junio de 2006⁽²⁾, donde Enfermería ocupa el quinto lugar en las profesiones que los padres recomendarían a sus hijos, siendo la profesión de arquitecto la que ocupa el tercer lugar.

A modo de conclusión final, resultaría importante dar a conocer la profesión enfermera en todos sus ámbitos y todos sus roles, ya que la población sigue viendo al personal de Enfermería como subordinados del colectivo médico cuya función principal es pinchar; al cumplir este objetivo, la nota de valoración de los enfermeros mejoraría, pudiéndose equiparar a otras profesiones. Como propuesta de estudio para el futuro, sería interesante poder establecer las diferencias entre el nivel de satisfacción de los cuidados enfermeros diferenciando entre centros públicos y privados, con el objetivo de conocer qué opinan nuestros pacientes sobre los cuidados recibidos y poder dar cobertura a sus necesidades.

BIBLIOGRAFÍA

- Burguete Ramos MD, Martínez Riera JR, Martín González G. Actitudes de género y estereotipos en enfermería. *Antropología*. 2010; (28): 39-48.
- Barómetro de Junio. Centro de Investigaciones Sociológicas; 2006. Estudio nº 2649. [Acceso 5 de junio de 2014]. Disponible en: http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2640_2659/2649/e264900.html
- Calvo-Calvo M. Estereotipos y sesgos sexistas asociados al modelo de mujer enfermera en la comunicación publicitaria. *Texto y contexto Enfermería*. 2014; 23 (3): 530-537.
- Elena González-Iglesias M. La imagen social de la enfermería y los medios de comunicación. *Enfermería Clínica*. 2006; 16 (6): 350-351.
- Osses-Paredes C, Valenzuela Suazo S, Sanhuesa Alvarado O. Hombres en la enfermería profesional. *Enfermería Global*. 2010; 9 (1).
- Games M. Tópicos y arquetipos de la opinión pública: la construcción social de la enfermera. *Enfermería Global*. 2011; 10 (22): 15-19.
- Hernández Vergel LL, Rodríguez Brito ME, Jiménez Pérez M, Rangel Marín F. Imagen social de la enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 2003; 19 (1): 250-269.
- La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2012; 35 (2).
- Prat Canet C. Análisis de la imagen social de la Enfermería a través del cine y la televisión. *Universitat Internacional de Catalunya*. 2014.
- Quijano GA, Rodríguez EA, Picado AB, González EC, Morales SL, Matarrita AM, et al. Definición de enfermería en el tercer nivel de atención según los acompañantes de los usuarios de un hospital costarricense. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*. 2008; 14: 1-10
- Samaniego V, Cárcamo S, Frankel D. La imagen profesional de enfermería en su contexto de trabajo. *Hologramática*. 2011; 7 (14): 59-92.
- Seoane MP, Barral, María del Carmen Pita, Pazos CV. Imagen social de la enfermería: un vistazo al espejo público. *Enfuro*. 2004; (89): 32-33.

ANEXO

ANEXO I - Cuestionario

A continuación le formulamos una serie de preguntas que le agradecemos responda con la mayor sinceridad posible, sus respuestas se mantendrán en el anonimato ya que el único objetivo de las mismas es conformar una investigación de gran importancia para nuestra institución. Por adelantado gracias.

1. Edad: 2. Sexo: Hombre Mujer

3. ¿De qué sexo considera usted deben ser los profesionales de enfermería? Marque con una X una alternativa.
 Del sexo femenino. Del sexo masculino. De ambos sexos. No sabe.

4. En las visitas que usted realizó al centro de salud, hospital u otra unidad de salud. ¿Cómo considera que fueron los cuidados brindados por enfermería? Señale con un círculo una alternativa (1= Excelentes; 5= Pésimos).

1 2 3 4 5

5. De las siguientes actividades, marque con una X las alternativas que considere que son más importantes para el personal de enfermería.

Inyectar y curar.

Ayudar a los enfermos interesándose por sus problemas.

Prevenir enfermedades en escuelas, industrias, círculos infantiles y comunidades.

Ayudar al médico.

Escribir recetas y tomar tensiones.

Realizar examen físico.

No sabe.

6. ¿Qué imagen le merecen los profesionales de enfermería? Marque con una X una alternativa.

- Indiferencia.
- Resentimiento.
- Respeto.
- Admiración.
- No sabe.

7. Enumere las siguientes profesiones según la importancia social que usted le concede, con una puntuación del 1 al 10 a cada una.

Profesiones	Puntuación
Psicólogo	_____
Enfermero	_____
Trabajador social	_____
Maestro	_____
Médico	_____
Arquitecto	_____



Violencia percibida/ sufrida por el personal sanitario en un Centro Penitenciario

Autores:

Ángel M^a López Sánchez

*Enfermero. Centro Penitenciario "El Dueso".
Santoña. Cantabria. España.*

María Pilar Fernández Prieto

*Enfermera. Centro Penitenciario "El Dueso".
Santoña. Cantabria. España.*

José Ramón Borráz Fernández

*Enfermero. Centro Penitenciario "El Dueso".
Santoña. Cantabria. España.*

*Dirección para correspondencia:
angelopsan@gmail.com*

Recibido: 13 de diciembre de 2014
Aceptado: 9 de enero de 2015

RESUMEN

Se realiza un estudio observacional transversal con nivel de evidencia IV y un grado de recomendación medio para valorar la violencia percibida/sufrida por el personal sanitario de un Centro Penitenciario.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que el 75% del personal ha percibido/padecido violencia por un varón, con antecedentes de toxicomanía y/o enfermedad mental y/o sin cita previa.

La agresión es fundamentalmente verbal, afecta por igual a ambos sexos y se produce en el entorno en el que cada estamento realiza su actividad, siendo el más agredido el de enfermería. Se pone de manifiesto que la notificación del acto violento es escasa.

Estos resultados no difieren de forma significativa con los resultados obtenidos en los Centros de Atención Primaria de la Comunidad.

Su solución debe ser una prioridad, estudiando las causas que lo generan y para ello es necesario concienciar al profesional sanitario de la necesidad de comunicar estos actos violentos, registrarlos, hacer un adecuado estudio epidemiológico y elaborar un "Plan de Prevención y Atención al personal sanitario penitenciario ante incidentes violentos".

Palabras clave:

- Violencia laboral
- Prisiones
- Atención Primaria de Salud.

ABSTRACT

A cross-sectional research was carried out with evidence level IV and an average degree of recommendation to assess the perceived / violence experienced by health staff of a penitentiary.

The results obtained show that 75% of staff perceived / experienced violence by a man with history of drug abuse and / or mental illness and / or without an appointment.

Aggression is mainly verbal, affects equally both sexes and takes place in the workplace in which each category carries out its activity, nurses are among the most assaulted workers. It is also revealed that the act of violence is scarcely notified.

These results aren't significantly different from those which have been obtained from Primary Healthcare Centers in the Community.

Its solution should be a priority, studying the causes that create them. In order to do this, there is a need to raise health professional's awareness of the need to communicate these violent acts, register them, carry out an appropriate epidemiological study and make a "Plan of prevention and attention in dealing with violent incidents for penitentiary health personnel".

Keywords:

- Workplace violence
- Penal institutions
- Primary Care.

INTRODUCCIÓN. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA. JUSTIFICACIÓN

El art. 15 de la Constitución Española, referente a los derechos fundamentales y libertades públicas dice: "todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a torturas ni a penas o tratos inhumanos o degradantes". Las agresiones físicas y verbales, abusivas o acosantes recibidas durante el desempeño del trabajo violan este derecho¹.

Por otra parte, durante la reunión celebrada en la sede de la OIT en Ginebra del 8-15 Octubre 2003, el grupo de trabajo conjunto, compuesto por la Oficina Internacional del Trabajo, la Organización Mundial de la Salud, la Internacional de Servicios Públicos y el Consejo Internacional de Enfermeras, dio a conocer las "Directrices marco para tratar la violencia laboral en el sector de salud" publicadas en 2002. Definen la violencia en el lugar de trabajo como los "incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo - incluidos el viaje de ida y vuelta a él - que pongan en peligro, explícita o implícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud". Si bien la violencia en el lugar de trabajo se ha convertido en un problema grave en todos los sectores de servicios, el informe pone de manifiesto que los profesionales de la salud se encuentran entre los que sufren mayores riesgos².

Cada vez es más frecuente en España la violencia en el ámbito sanitario y siendo las instituciones penitenciarias un reflejo

de la sociedad, no están excluidas de tal violencia. Se desconoce, en este aspecto, la situación en el Centro Penitenciario (CP) y en las bases de datos consultadas (BDENF, CUIDATGE, DOCUMENT, ENFISPO, IBECS, IME, LATIDEX, LILACS, MEDEX, PUBMED, TESEO y SCIELO), no se encuentran referencias al respecto con la llamada "violencia Y sanitario Y preso". Por el contrario, sí que encontramos referencias a la violencia en el trabajo en Cochrane, Cuiden, ENFISPO y Medline, referidas a los Centros de Atención Primaria Comunitarios (CAPC) y servicios de Urgencia en España y otros países.

El estudio realizado entre el 2008 y el 2012 por el Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud Español, del que forman parte el Ministerio de Sanidad, las Comunidades Autónomas y los representantes de los profesionales de enfermería, desvela que 9.296 enfermeras han sido agredidas y que este número representa solo el 11% de las profesionales enfermeras agredidas, por lo que el número total realmente podría alcanzar las 82.000 en este periodo de tiempo. Desde el 2008 al 2011 se registró una tendencia ascendente y en el 2012 un ligero descenso. Desde estas instancias se está reclamando el desarrollo normativo necesario para que las enfermeras sean consideradas "autoridad pública" y se consiga así reducir los casos de agresiones físicas y verbales que se producen diariamente en los centros sanitarios³.

El Servicio Cántabro de Salud, referencia para el CP objeto de estudio, registró el año 2013 un total de 88 incidentes violentos hacia el personal sanitario (principalmente enfermeros

y médicos), lo que supone un descenso del 20% respecto a los ocurridos en 2012⁴.

El personal sanitario del CP desarrolla su actividad en una institución cerrada, entorno caracterizado desde el punto de vista de la salud, además de los aspectos habituales en la población general, por:

- Personas cuyo ingreso en prisión está relacionado con la violencia.
- Personas que padecen múltiples patologías, en ocasiones no diagnosticadas, ni tratadas o con deficiente o nula adherencia al tratamiento que tiene como consecuencia la existencia de un estado de salud descompensado.
- Personas que precisan de un informe sanitario de estado de salud adecuado para el cumplimiento de sanciones, por la realización de actividades contra el régimen de funcionamiento del centro o conductuales.
- Personal sanitario, con estatus mixto funcionario (autoridad)/profesional, que puede ser un impedimento en la relación sanitario/paciente.

La espera, la interrupción frecuente, la burocracia, lo no consecución de objetivos personales no relacionados con la sanidad, el desconocimiento de dónde dirigirse ante un determinado problema, afectan al sistema asistencial penitenciario de forma directa o indirecta y consecuentemente al paciente/usuario. Dicho problema multifactorial no está contemplado en el sistema de gestión sanitario penitenciario, en el que por sus características intrínsecas prima lo regimental y las actividades y programas penitenciarios dirigidos a la rehabilitación y reinserción social del paciente⁵.

El desconocimiento de la situación de violencia en el ámbito sanitario de este centro penitenciario y las características penales de las personas internadas en él, justifican ampliamente este trabajo.

OBJETIVOS

General.

Analizar la percepción/padecimiento de violencia por el personal sanitario de un Centro Penitenciario.

Específicos.

Conocer el porcentaje de trabajadores agredidos.

Determinar la tipología de agresión/agresor/agredido.

Valorar el conocimiento, uso y resultado del documento de notificación de actos violentos.

METODOLOGÍA

Estudio observacional transversal con nivel de evidencia IV y un grado de recomendación medio.

Para su realización se emplea como herramienta de medida el cuestionario de Cagigas MJ., Ojembarrena S., y Sainz E, utilizado para medir la violencia percibida/sufrida por los profesionales del CAPC, modificado y adaptado al CP⁶.

El cuestionario consta de dos partes, una primera en la que se recogen los datos sociodemográficos del profesional; edad, sexo, categoría, puesto funcional y antigüedad. La segunda parte está constituida por 16 preguntas cerradas y referidas al último acto violento.

Se realiza inicialmente una prueba piloto entre el personal sanitario, con el fin de adaptar la encuesta a las características de la sanidad penitenciaria y de este CP. Las modificaciones afectan a aquellos ítems que están relacionados con el entorno (Anexo 1).

El tamaño de la muestra en el CP es la totalidad del personal sanitario N=24 (9 enfermeras, 7 médicos, 6 auxiliares de enfermería y 2 administrativos).

Los datos tabulados del CP junto con los datos de los CAPC, son objeto de análisis estadístico con Epidat 3.1 obteniendo su significación, por el método de inferencia sobre parámetros de dos poblaciones con proporciones independientes. (Tabla 1).

RESULTADOS

El 75% del personal del CP refiere ser víctima de un acto violento en alguna ocasión.

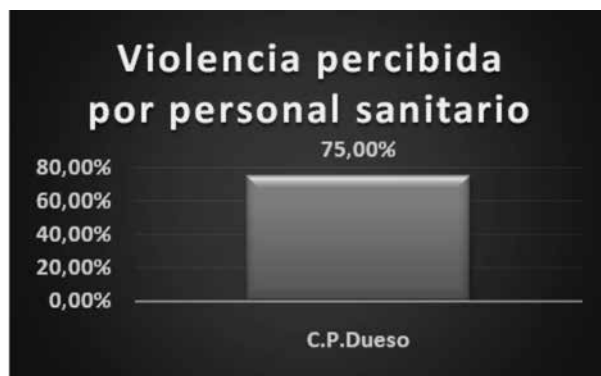


Gráfico 1. Personal sanitario del C.P. que percibe/padece violencia (%).

En el 89% de los casos la agresión es verbal, el 6% es física, en el 6% de los casos la agresión es de los dos tipos.



Gráfico 2. Tipo de violencia padecida/percibida por el personal sanitario del C.P (%).

En cuanto al lugar en que se produce la agresión, el médico es agredido en la celda y en la consulta fundamentalmente. La enfermera, en consulta, en la distribución de tratamientos pautados y en sus desplazamientos por el CP. El personal auxiliar de enfermería, es agredido en la distribución de tratamientos pautados y en sus desplazamientos. Por último, el personal administrativo refiere no percibir ni sufrir violencia.



Gráfico 3. Lugar en el que son agredidos los diferentes estamentos del personal sanitario (%).

Dentro de la tipología del agresor, en la totalidad de los casos los ocasiona el paciente.

El perfil del agresor es el de un hombre (100%), usuario de drogas (41%), con patología dual (12,5%) y sin cita previa (16,6%).

El perfil del agredido en CP corresponde por igual a ambos sexos.

Por categorías las más agredidas en el CP son las enfermeras (89%), seguidas por los médicos (85,7%) y personal auxiliar de enfermería (75%).

El 85% de las víctimas siguen atendiendo al agresor.



Gráfico 4. Personal sanitario que continúa prestando asistencia al agresor (%).

La sensación percibida mayoritariamente por el agredido es la de enfado, seguida de frustración y una asociación de miedo, temor e impotencia.



Gráfico 5. Sensación percibida por el personal sanitario agredido (%).

El 79% del personal del CP tiene conocimiento de cómo notificar la agresión sufrida, de ellos solamente notifica el 45%, recibiendo respuesta el 77% de los casos. En el 90% de los casos, los agredidos han padecido otra agresión por otro autor distinto.



Gráfico 6. Notificación de actos violentos por el personal sanitario (%).

DISCUSIÓN

El personal sanitario afectado por violencia y el tipo de agresión no son distintos a los padecidos en los CAPC, lo que indica que la situación de preso no implica mayor riesgo que en situaciones de libertad y que la condición de funcionario/autoridad, no facilita la disminución de la violencia, lo que cuestiona los resultados que se esperan obtener dotando de autoridad al personal sanitario de los CAPC.

El lugar de agresión está en relación con los lugares en que cada uno de los estamentos ejerce su actividad, siendo las diferencias las propias de cada categoría profesional en cada centro.

Es notorio, aunque no estadísticamente significativo debido al pequeño tamaño del colectivo penitenciario estudiado, que exista violencia entre profesionales o violencia interna en el CAPC (12%) que debería ser estudiada en profundidad, dirigida fundamentalmente a mejorar el ambiente laboral y los beneficios que ello conlleva⁷.

A diferencia de lo que ocurre en los CAPC en que parece no influir los antecedentes de toxicomanía y de enfermedad mental, el perfil del agresor en el CP corresponde a un paciente, varón, con antecedentes de toxicomanía y/o enfermedad mental y/o sin cita previa. La diferencia significativa ($p < 0,05$) que se obtiene entre ambos colectivos (Tabla I), está en relación con el entorno de cada uno de ellos. El CP tiene proporcionalmente más hombres y los usuarios de drogas están proporcionalmente exacerbados, al ser éste un delito tipificado por el que están cumpliendo sentencia. Otros estudios apoyan los resultados obtenidos en los CAPC, en los que los agresores identificados más frecuentemente son los familiares y/o acompañantes de pacientes y como agresores a compañeros, los trabajadores con mayor jerarquía. Se concluye que los trabajadores de atención primaria reconocen frecuentemente la presencia de violencia laboral, siendo la más percibida la de tipo psicológico⁸.

El perfil del agredido se corresponde a la proporción de profesionales en cada uno de los centros.

Los colectivos profesionales más afectados son aquellos que más se relacionan con los pacientes (Tabla 1). Que existan diferencias entre administrativos del CAPC y el CP se debe a que en

el CP los administrativos no se relacionan directamente con los pacientes ya que no realizan sus funciones de atención al paciente en mostrador.

La posibilidad de dejar de atender al agresor en una población cerrada, es sin duda menor que en los casos de instituciones abiertas en las que existe variabilidad de personal, lo que explica las diferencias estadísticamente significativas (Tabla 1) que aparecen en la continuidad de asistencia al agresor.

Las sensaciones producidas son desagradables y sean cuales sean, son causa de estrés y por ello de influencia negativa sobre la actividad profesional, tanto en el CP como en los CAPC.

El número de notificaciones no es el deseable pese a ser superior al obtenido en el CAPC. El desconocimiento de como notificar un acto violento, la lentitud en la resolución, la continuidad asistencial, la interpretación de que el origen de esa violencia está en el estrés que supone para el paciente su padecimiento, el no saber dónde dirigirse, la antigüedad en el puesto de trabajo, pueden explicar el bajo número de notificaciones.

El registro informático de las agresiones es un recurso eficaz para la investigación epidemiológica. Para ello es fundamental el promover entre los trabajadores la necesidad de comunicar siempre estos incidentes violentos, para que posibilite tener una visión real del problema, de cara a desarrollar políticas preventivas eficaces por parte de la organización⁹.

Este problema debe de ser una prioridad en la gestión y para ello es necesario contar con los pacientes/usuarios, con los profesionales, con el órgano de gestión el CP y con los órganos de gestión centrales para conocer las situaciones violentas y la implantación de medidas preventivas que podrían ayudar a minimizar la violencia en el lugar de trabajo como restringir el acceso al público, mejorar las instalaciones, una adecuada asistencia médica, la formación del personal, la inversión en el desarrollo de recursos humanos y reducir los períodos de tiempo en los que se trabaja solo¹⁰.

De acuerdo con la Joint Commission's Environment of Care Standard, todas las instituciones sanitarias deben tener un plan de seguridad para la protección de sus empleados. El plan debe incluir una declaración de compromiso con la salud y seguridad del personal, los pacientes, los visitantes y la comunidad, así como para la protección del medio ambiente. Se debe elaborar un "Plan de Prevención y Atención ante Incidentes Violentos en el ámbito sanitario penitenciario", como el que se ha elaborado para el ámbito sanitario de la Comunidad de Cantabria y otras Comunidades Autónomas, con un texto que debe potenciar la prevención en este aspecto y difundir las consecuencias que pueden tener las agresiones verbales y físicas a los profesionales sanitarios¹¹.

Se hace necesaria la presencia de un plan de profesionales de asistencia, higiene y seguridad en el trabajo que atienda al personal afectado y promueva las estrategias adecuadas de prevención de la violencia.

CONCLUSIONES

La violencia padecida/percibida por los profesionales sanitarios del CP es elevada y no difiere con la padecida/percibida por los profesionales sanitarios de los CAPC.

Las diferencias significativas recogidas entre el colectivo sanitario del CP y el colectivo de personal sanitario de los CAPC son debidos a las características temporales de la población privada de libertad internada en este CP.

En el CP se tiene mayor conocimiento de los sistemas de notificación que en los CAPC, siendo baja en ambos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Constitución Española de 1978. Título I. De los derechos y deberes fundamentales. Capítulo segundo. Derechos y libertades. Sección 1ª De los derechos fundamentales y de las libertades públicas. Artículo 15.
- 2.- Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. 1-4. Organización Internacional del Trabajo OIT. Consejo internacional de enfermeras CIE Organización Mundial de la Salud OMS. Internacional de Servicios Públicos ISP. Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra 2002. Disponible en: http://www.femi.com.uy/archivos_v/WVguidelinesSP.pdf
- 3.- SATSE reclama que la Enfermería sea considerada "autoridad pública". Mundo Sanitario. Abril 2014. 1-3.
- 4.- Plan de Prevención y Atención ante incidentes violentos en el ámbito sanitario público de Cantabria. Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria. 15/4/14. Disponible EN: <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/noticias/141/4728?ntotal=636&pag=&t=1>
- 5.- Percepción y utilización de un plan de seguridad corporativa por el colectivo enfermero de un área de salud. Madrid P.J, Luna E, Romero M, Salas M J, Madrid M. Enfermería del Trabajo 2011;1:186-192. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3868082>
- 6.- Violencia percibida y/o sufrida por el personal sanitario y no sanitario de los centros de salud de atención primaria del SCS. Autores: Cagigas M.J. Ojembarrera S. Sainz E. Nuberos Científica. Vol.2, (9). Marzo-Junio 2013; 45-49.
- 7.- Repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector de los servicios y medidas para combatirla. Autor: Organización Internacional del Trabajo. Programa de Actividades Sectoriales. MEVSW-S-2003-10-0295-2-ES. Doc. 4.3.2: 15. Disponible en: <http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/gb/docs/gb288/pdf/mevsws-11.pdf>
- 8.- La violencia ocupacional en centros de atención primaria de la salud. Farias, A; Sánchez, J; Acevedo G..Rev. Salud Pública -Arg | 2012 | Vol. XVI (1):18-26
- 9.- La violencia contra los profesionales de enfermería en los Servicios de Urgencias. Estudio en los Hospitales de Palestina. Autores: Naji A.; Sánchez-Díaz. R. Nisa A.; Rivera A. Ciber Revista de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias 2ª Epoca nº 9 Septiembre-Octubre 2009. Disponible en: <http://www.enfermeria-deurgencias.com/ciber/septiembre2009/pagina3.html>
- 10.- Violencia en el trabajo: prevalencia y medidas preventivas contra las agresiones a profesionales de la salud. Almanzor F; Martín A.M.; Hygia 2012; 81: 17-23.
- 11.- Diez estrategias para controlar un comportamiento explosivo. Leckey. D. K.; Nursing 2011; 29(10): 25-27.

ANEXOS

Tabla 1. Violencia padecida/percibida por el personal sanitario del Centro Penitenciario “El Dueso” y el personal sanitario de los Centros de Atención Primaria de Cantabria. Valor de p y significación estadística.

	CP	CAPC	p	<ó>	Significación
Muestra	24	295	-	-	-
Padecen violencia	75%	76%	0,96	p>0,05	No significativa
Violencia verbal	89%	91%	0,55	p>0,05	No significativa
Violencia física	6%	3%	0,89	p>0,05	No significativa
Violencia ambas	6%	6%	0,77	p>0,05	No significativa
Agresor					
Paciente	100%	66%	0,04	P<0,05	Significativa
Familiar	0%	21%	0,06	p>0,05	No significativa
Compañero	0%	12%	0,22	p>0,05	No significativa
Otros	0%	1%	0,34	p>0,05	No significativa
Perfil agresor					
Hombre	100%	65%	0,03	P<0,05	Significativa
Usuario drogas	39%	0%	-	-	-
Paciente mental	6%	0%	0,1	p>0,05	No significativa
Con cita previa	11%	30%	0,14	p>0,05	No significativa
Sin cita previa	44%	70%	0	P<0,05	Significativa
Perfil agredido					
Hombre	39%	31,6%	0,78	p>0,05	No significativa
Mujer	61%	68,4%	0,62	p>0,05	No significativa
Categoría profesional*					
Médico	85%	80%	0,89	p>0,05	No significativa
Enfermera	89%	72%	0,84	p>0,05	No significativa
Auxiliar de enfermería	67%	58%	0,07	P>0,05	No significativa
Administrativo	0%	88%	0	P<0,05	Significativa
Notificación					
Sabén notificar	63%	40%	0	P<0,05	Significativa
Notifican	50%	12,4%	0	P<0,05	Significativa
Obtienen respuesta	39%	68%	0,88	p>0,05	No significativa
Continuidad asistencial	89%	40%	0	P<0,05	Significativa
Antecedentes de agresión previa	78%	-	-	-	-
Otro agresor	78%	-	-	-	-

*El porcentaje está referido al número de encuestados de cada uno de los estamentos.

ANEXO 1. CUESTIONARIO PARA LA VALORACIÓN DE LA VIOLENCIA PERCIBIDA Y/O SUFRIDA POR EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO DE LOS SERVICIOS MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA EN UN CENTRO PENITENCIARIO.

Violencia percibida y/o sufrida por el personal sanitario y no sanitario de los Servicios Médicos en un Centro Penitenciario.

CUESTIONARIO PARA LA VALORACION DE LA VIOLENCIA PERCIBIDA y/o SUFRIDA EN EL AMBITO DE LA ENFERMERIA.

La OIT define violencia laboral como toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable; mediante el cual, una persona es o se siente amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma.

DATOS PERSONALES DEL ENCUESTADO:

Edad:.....años.

Categoría profesional:

Sexo: Hombre. Mujer.

Administrativo. Aux.. Enfermería. Enfermera/o.

Medico. Funcionarios de vigilancia.

Antigüedad en su actual puesto:.....años.

Antigüedad profesional total:.....años.

1- ¿Ha sufrido o percibido algún tipo de violencia como consecuencia de su labor asistencial? Si. No.

2 - La última agresión sufrida, ¿se ha producido en su puesto de trabajo actual? Si. No.

3 - Su última agresión ha sido de tipo: Física. Verbal. Ambas.

4 - Lugar de su última agresión sufrida: Pasillo. Consulta. Mostrador. Celda. Otros.

5 - Causa del acto violento:

No cumplir con las exigencias del paciente. Discrepancias con la atención recibida. Discrepancias personales.

Tiempo de espera prolongado. Malestar por el funcionamiento interno del centro. Otros (especificar).

6 - Autor de la agresión: Paciente/usuario. Familiar. Compañero. Otros (especificar).

7 - Tipología del agresor: Hombre. Mujer.

Paciente con antecedentes de toxicomanía. Paciente con antecedentes psiquiátricos. Paciente con cita previa.

Paciente sin cita previa. Paciente con patología urgente. Pacientes crónicos.

8 - Sensación que le ha generado su última agresión:

Miedo/Temor. Impotencia. Frustración. Enfado. Otros.

9 - ¿Ha tenido que seguir atendiendo al agresor? Si. No.

10 - ¿Ha comentado la agresión a un superior o a un compañero? Si. No. Superior. Compañero.

11 - ¿Ha recibido apoyo de sus superiores o compañeros? Si. No.

12 - ¿Ha dado parte a la dirección de la agresión? Si. No.

13 - ¿En caso afirmativo ha recibido respuesta al mismo? Si. No.

14 - ¿Sabe como realizar la notificación? Si. No.

15 - ¿Ha causado baja laboral por la última agresión sufrida? Si. No.

16 - ¿Había sufrido con anterioridad otro episodio violento? Si. No. Mismo autor. Otro autor.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Pertinencia del uso de una escala de valoración nutricional en ancianos hospitalizados

Autoras:

Lorena Santamaría Navarro

Diplomada en Enfermería. Hospital Sierrallana. Cantabria. España.

Gema Floranes Herrero

Diplomada en Enfermería. Hospital Sierrallana. Cantabria. España.

*Dirección para correspondencia:
enfermerasantamaria@hotmail.com*

Recibido: 10 de octubre de 2014
Aceptado: 28 de diciembre de 2014

RESUMEN

El estado nutricional de los pacientes hospitalizados es determinante para alcanzar un estado óptimo de salud. Si además hablamos de ancianos, el estado de malnutrición unido al proceso de envejecimiento y otras patologías subyacentes, pueden dar lugar a situaciones de dependencia física, agravamiento de dichas patologías, incremento de estancia hospitalaria y en definitiva una disminución en su calidad de vida. Por eso creemos importante poder detectar de forma precoz el déficit alimenticio, utilizando como herramienta una escala de valoración nutricional en pacientes ancianos hospitalizados.

Objetivo general: Conocer el estado nutricional de ancianos ingresados en el Hospital Sierrallana de edad superior a 70.

Objetivos específicos: Conocer valores bioquímicos predictivos del estado nutricional, como la Albúmina, Prealbúmica, Linfocitos y Transferrina, medir valores antropométricos como el pliegue braquial o IMC y detectar diferencias entre hombres y mujeres.

Estudio observacional descriptivo de corte transversal. Población: pacientes que ingresen en las plantas de Medicina Interna del Hospital Sierrallana (3ªA y 3ªC) con edad superior a 70 años en un periodo de 18 meses.

Palabras clave:

- Valoración nutricional
- Estado nutricional
- Ancianos
- IMC
- Análisis de sangre.

ABSTRACT

The nutritional status among in-patients is a key element for achieving an optimum state of health. Moreover, when we talk about elderly people, the level of malnutrition beside the process of ageing and other underlying pathologies may lead to physical dependency, aggravation of these pathologies, an increase in the length of hospital stay. As consequence of that, there would be a decrease in their quality of life. For that reason we believe it's important to identify food-deficit early. For that purpose, a nutritional assessment scale is used in elderly hospitalized patients.

The main aim is to know the nutritional state of elderly people over 70 years old admitted to Sierrallana Hospital.

Furthermore, there are some specific objectives. On the one hand, to know biochemical data which are predictive indicators of the nutritional status such as Albumen, Prealbumin, Lymphocytes and Transferrin. On the other hand, to take anthropometric measurements such as triceps skinfold and body mass index (BMI). And finally, to detect the differences between men and women.

This is a cross-sectional observational study, whose participants are in-patients over 70 years old admitted to the Internal Medicine Unit (3ªA – 3ªC) at the Sierrallana Hospital for a period of 18 months.

Keywords:

- Nutrition assessment
- Nutritional status
- Aged
- BMI
- Blood chemical analysis.

INTRODUCCIÓN. JUSTIFICACIÓN. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

El estado nutricional de toda persona es un factor influyente en la consecución de un estado óptimo de salud. Esta afirmación adquiere una especial importancia en personas con determinadas patologías que se ven agravadas por un déficit proteico y vitamínico así como cuando se trata de ancianos.

Las situaciones de déficit alimentario acompañado de las limitaciones físicas de determinados ancianos pueden repercutir y comprometen los sistemas endocrinos, cardiovasculares y otros^(1,2).

Por esta razón, el proyecto se diseña con actuaciones que permitan, identificar y valorar potenciales situaciones derivadas de una nutrición incorrecta. Esto, se contempla como una valoración importante dada la escasa consideración que, de estas situaciones, se tiene por parte de los dirigentes hospitalarios⁽²⁾.

Según datos de la literatura consultada, la alta prevalencia de este problema crea la necesidad de estudiar la población de esta zona sanitaria, con el fin de comprobar similitudes y, tras los resultados, poder actuar en consecuencia.

Por otro lado, parece que, aunque la conciencia médica del estado nutricional de los ancianos no está consolidada^(6,7,8) sien-

do este un hecho conocido, la incidencia de complicaciones en personas mal nutridas es significativamente mayor que las detectadas en pacientes bien nutridos⁽⁹⁾.

En aquellos pacientes hospitalizados que padecen malnutrición la estancia hospitalaria se prolonga, disminuyendo la resistencia a la infección, retrasándose la cicatrización de heridas y por tanto, aumentando los índices de morbilidad^(10,11).

OBJETIVOS

General:

Conocer el estado nutricional de ancianos ingresados en el Hospital Sierrallana.

Específicos:

- Conocer valores bioquímicos predictivos del estado nutricional, como la albúmina, prealbúmica, linfocitos y transferrina.
- Medir valores antropométricos como el pliegue braquial o IMC.
- Detectar diferencias entre hombres y mujeres.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo de corte transversal a realizar en toda la población de pacientes que ingresen en las plantas de Medicina Interna del Hospital Comarcal Sierrallana (3ªA y 3ªC) con edad superior a 70 años en un periodo de 18 meses pudiendo ser variable el tiempo en función del número muestral que se precise a través del programa GRAMMO.

Para la obtención de los parámetros necesarios no indicados de rutina se le solicitará expresamente al laboratorio correspondiente.

La valoración nutricional será realizada por enfermeras y se sustentará en las siguientes valoraciones realizadas a través de:

- Analítica pedida el día del ingreso para el día posterior,
- Peso y talla el día posterior al ingreso en ayunas y con muda y pijama- sabiendo de manera estándar lo que pesan de media la ropa. Se pesará a los pacientes con una báscula mecánica de columna clase III homologada SECA modelo 709 con intervalo 0-220 Kg y división cada 100 gramos. Es importante en este punto tener en cuenta si el paciente es capaz de mantenerla bipedestación por si solo o si precisa de ayuda parcial o total para llevar a cabo nuestra medición. Las básculas estarán calibradas cada 100 gramos con un intervalo de 0 a 220 Kg. Además, se les medirá con un tallímetro mecánico de plataforma para adultos "T226" para posteriormente calcular el índice de masa corporal (IMC) con la fórmula (peso/talla²) (kg/m²).
- Se medirá el pliegue tripital (PT) cuya técnica consiste en que el paciente se encuentre de pie y con su brazo no dominante colgado libremente. A continuación se localiza el punto medio entre el acromion y el olecranon de la cara posterior del brazo, y pellizcaremos suavemente la piel y el tejido celular subcutáneo en este punto para a continuación aplicar perpendicularmente un calibrador regulado a presión (10 g/mm²) durante 3 segundos. La medición será realizada 3 veces y tomaremos como medición final la media de éstas expresándola, finalmente, en milímetros con una precisión de 0,1 mm.
- Se determinará la circunferencia del brazo (CB) y la circunferencia muscular del brazo (CMB). Para determinar dichos valores se medirá el primero con una cinta métrica no extensible SECA modelo 200 con intervalo de 12-200 cm y división milimétrica en el mismo lugar del brazo donde se realizará la medición del PT. Para el cálculo final de la CMB se utilizará la fórmula (CMB = CB - (PT x 0,0314), expresado en milímetros.

Estos índices entre los que se encuentran la pérdida de peso reciente, la reducción de la circunferencia braquial, el pliegue cutáneo del tríceps e índice de masa corporal serán utilizados para determinar el riesgo nutricional^(14,15).

Además, es necesaria una evaluación clínica y marcadores de laboratorio^(14,15), entre los que se valorará desde valores antropométricos hasta valores bioquímicos como la albúmina, prealbúmina, transferrina, etc.

Estos parámetros serán medidos por la misma profesional para evitar la variabilidad interindividual en las medidas antropométricas. Se utilizarán como tablas de referencia las modificadas de Alustré A, et al⁽¹⁷⁾.

Variables a estudio:

- Albúmina. Variable Cuantitativa.
- Prealbúmina. Variable Cuantitativa.
- Linfocitos. Variable Cuantitativa.
- Transferrina. Variable Cuantitativa.
- Pliegue cutáneo. Variable Cuantitativa.
- IMC. Variable Cuantitativa.
- Pérdida reciente de peso. Variable Cuantitativa.
- Circunferencia braquial. Variable Cuantitativa.

Se informará al Laboratorio de su necesaria colaboración para la realización del proyecto.

Se considera adecuada y precisa la realización de una prueba piloto en una muestra de 20 pacientes de manera previa a la realización del estudio con el fin de corregir y mejorar lo que fuera preciso en la encuesta de valoración nutricional diseñada de elaboración propia (ANEXO I)

En esta tabla, se ha tenido en cuenta variables recogidas de diferentes escalas, como la MNA (Mini Nutritional Assessment) o en diversos textos valorados^(18,19). Respecto a la MNA, se trata de una escala de difusión y repercusión mundial en la que se tiene en cuenta diversos valores nutricionales junto a una valoración nutricional

Se incluyen en ANEXO II los parámetros de las pruebas de laboratorio y los parámetros antropométricos considerados como normales.

Los criterios de inclusión de los pacientes son: una capacidad cognitiva moderada, colaboración mínima y capacidad de bipedestación del paciente. Se excluirá al resto a los pacientes que no tengan estas capacidades.

Se tendrá en cuenta determinados sesgos que se prevén, para ello, se contará con las posibles patologías que subyacen al estado del paciente y que indudablemente inciden en algunas de las determinaciones analíticas y de valores antropométricos. Como ejemplo, aquellas personas que sufran una retención de líquidos verán incrementado su peso corporal, lo que conlleva a un aumento de su IMC, y también de la circunferencia braquial.

Con respecto a estos sesgos, se hará mención a ellos en la escala propuesta por el equipo investigador, de tal manera que en uno de los ítems se hará referencia a "posibles sesgos para el estudio", y en tal caso formarán parte de un estudio paralelo en el que se tendrán en cuenta dichos casos, pero en el estudio principal quedaran excluidos, refiriendo en las conclusiones el número de pacientes han sido excluidos y cuáles son los motivos principales de su exclusión.

PLAN DE TRABAJO. CRONOGRAMA

La duración del proyecto 18 meses, prolongándose durante el tiempo necesario hasta cubrir la muestra necesaria para el estudio. Será desarrollado por los dos miembros que conforman el equipo investigador.

PERIODOS	ACTIVIDADES	TIEMPO
1º	Presentación del proyecto a los responsables del centro Captación de muestra piloto y prueba piloto	1º mes (enero 2015)
2º	Recogida de datos y procesado de datos	2º- 13º mes (febrero 2015-enero 2016)

PERIODOS	ACTIVIDADES	TIEMPO
3º	Análisis, evaluación y conclusiones	14º-18º mes (febrero-junio 2016)

1º Periodo. (Duración 1 mes).

Durante este periodo se solicitará autorización a los responsables del centro correspondiente mediante carta formal elaborada por el equipo investigador. (Anexo III).

Captación de la muestra para la realización de la prueba piloto y puesta en marcha de la misma, con el fin de detectar y corregir posibles deficiencias en la toma de datos.

2º periodo. (Duración 12 meses).

Captación de la muestra a estudio, recogida de datos, creación de base de datos tipo Excel y procesado de dichos datos.

3º Periodo. (Duración 5 meses).

- Análisis estadístico con el programa informático SPSS.
- Discusión de los resultados y conclusiones.

Asignación de tareas: Equipo investigador.

- Captación muestra piloto y realización de la prueba piloto.
- Recogida de datos antropométricos.
- Recogida, procesado y análisis de los datos.
- Recogida de datos antropométricos.
- Elaboración de Discusión y Conclusiones.

EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR

Investigadora principal:

- Diplomada Universitaria en Enfermería por la Universidad de Cantabria, Escuela Universitaria de Enfermería "Casa Salud Valdecilla" (Septiembre 2000-Junio 2003).
- Diplomada Universitaria en Magisterio por la Universidad de Cantabria, Maestro Educación Primaria (Septiembre 2009-Junio 2012).
- Experiencia asistencial en hospitalización del HUMV y del Hospital Sierrallana.
- Asistencia a diversos cursos y formación en Geriátrica.
- Curso de Metodología de investigación (CCOO Noviembre 2007).
- Curso iniciación a la investigación cuantitativa. Colegio de Enfermería Cantabria (2013).
- Curso de Elaboración y presentación de comunicaciones en reuniones científicas (Hospital Sierrallana (Noviembre 2012).
- Presentación de una comunicación en las jornadas de Buenas Prácticas del Hospital Sierrallana (Noviembre 2012).

Segunda investigadora:

- Diplomada Universitaria en Enfermería por la Universidad de Cantabria, Escuela Universitaria de Enfermería "Casa Salud Valdecilla" (Septiembre 2004-Junio 2007).
- Experiencia asistencial en geriátricos, servicios de Medicina Interna y Atención Primaria.
- Formación en atención de enfermería en Síndromes Geriátricos, atención al Paciente Oncológico y formación continuada en Nutrición para enfermería (2009-2014).

- Curso de Experto Universitario en Cuidados y Curas de Heridas Crónicas. Universidad de Cantabria (2012).
- Curso iniciación a la investigación cuantitativa. Colegio de Enfermería Cantabria (2013).

UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS

La desnutrición interfiere con la respuesta del paciente a la enfermedad y su tratamiento⁽¹⁹⁾, lo que supone un aumento de la dependencia, sobrecarga de trabajo e incremento del tiempo de estancia hospitalaria con las conocidas consecuencias.

Con los resultados del proyecto se pretende reflejar el estado nutricional de los pacientes ancianos hospitalizados a su ingreso, contribuyendo a una detección precoz y mejora en su estado de salud.

Del mismo modo se pueden modificar los protocolos ya existentes para este tipo de pacientes y marcar nuevas directrices que permitan seguir investigando en el ámbito geriátrico, considerando la esperanza de vida actual, el envejecimiento de la población y la frecuencia de hospitalización en esta etapa de la vida. Mejorando, de este modo las consecuencias, ya descritas, en este tipo de pacientes.

Estos resultados podrán ser divulgados en jornadas, congresos y en revistas científicas de enfermería y/o geriatría. Así mismo serán presentados en el centro hospitalario donde se llevará a cabo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se mantendrá la confidencialidad conforme a la Ley de Protección de datos de Carácter Personal.

El equipo investigador elaborará y entregará un consentimiento informado (Anexo V) a los pacientes o en su defecto a las personas responsables. Previamente se dará una explicación verbal del estudio a realizar.

Se ha solicitado la autorización a la Gerencia del Hospital para la realización del proyecto (ANEXO IV).

Se ha solicitado la aprobación de dicho proyecto al Comité Ético de Investigación Clínica, mediante carta formal realizada por el equipo investigador. (Anexo V).

MEDIOS DISPONIBLES Y NECESARIOS PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO

Medios necesarios:	
Equipo investigador	0
Material de papelería varios	200
Báscula mecánica clase III homologada "SECA modelo 709" (2 ud.)	150
Tallímetro mecánico de plataforma "T226" (2 ud.)	290
Cinta métrica no extensible SECA "modelo 200" (2 ud.)	50
Compás de pliegues cutáneos o Plicómetro (2 ud)	130
Asistencia a congresos para difusión de los primeros resultados	1200
Medios disponibles:	
Determinaciones analíticas varias	0
Revistas, libros	0

Subtotal gastos de ejecución	2020
Total ayuda solicitada	2020

BIBLIOGRAFÍA

1.- The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clin Nutr* 2003; Correia MITD, Waitzberg;2003 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12765661>. *Nutr. Hosp.* (2002) XVII (4) 179-188. ISSN 0212-1611 • CODEN NUHOEQ S.V.R. 318. Disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/3323.pdf> [consultado abril 2013].

2.- Ulíbarri Pérez J.I, González-Madroño Giménez A, González Pérez P, Fernández G, Rodríguez Salvanés F, Mancha Álvarez-Estrada A. y Díaz A. Sección de Nutrición Clínica y Dietética. Unidad de Epidemiología Clínica. Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España.

3.- Martínez R, Jiménez Sanz M, Gómez Jiménez F. J,Pérez C. Nuevo procedimiento para la detección precoz y control de la desnutrición hospitalaria. De Nutrición artificial hospitalaria. Zaragoza Ed.Venus I.Gráfica.Zaragoza; 1989. Disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/3323.pdf> [consultado abril 2013].

4.- Villalobos Gámez J.L, García-Almeida J.M, Guzmán de Damas J.M, Rioja Vázquez R. et al. Proceso INFORNUT: validación de la fase filtro —FILNUT— y comparación con otros métodos de detección precoz de desnutrición hospitalaria. *Nutr. Hosp.* 2006; 21: 491-504. 2006. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112006000700007&script=sci_arttext [consultado abril 2013].

5.- Valero Mª. A, Díez L, El Kadaoui N, Jiménez A.E, Rodríguez H. y León M. ¿Son las herramientas recomendadas por la ASPEN y la ESPEN equiparables en la valoración del estado nutricional? *Nutr. Hosp.* (2005) XX (4) 259-267 ISSN 0212-1611 CODEN NUHOEQ S.V.R. 318. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021216112005000600005&script=sci_arttext&tlng=e [consultado abril 2013].

6.- Gª de Lorenzo A., Álvarez J,Calvo M.V ,De Ulíbarri J.I, Del Río J, Galbán C, García Luna P.P, García Peris P, La Roche F, León M, Planas M, Pérez de la Cruz A, Sánchez C, Villalobos J.L. Conclusiones del II Foro de Debate SENPE, desnutrición hospitalaria. *Nutr. Hosp.*V.20n.2 Madrid mar.-abr.2005Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021216112005000200003&script=sci_arttext&tlng=pt [consultado abril 2013].

7.- Barbosa-Silva M.C.G, Jardim Dornellas de Barros A. Avaliação nutricional subjetiva. Parte 1, Revisão de sua validade após duas décadas de uso. *Arquivos de Gastroenterologia* 2002; 39(3):181-7. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S000428032002000300009&script=sci_abstract&tlng=pt [consultado abril 2013].

8.. Gonzalez Barbosa Silva M.C, Jardim Dornellas de Barros Aluísio. Avaliação nutricional subjetiva. Parte 2, Revisão de suas adaptações e utilizações nas diversas especialidades clínicas. *Arquivos de Gastroenterologia* 2002; 39(4):248-52. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-28032002000400008&script=sci_arttext [consultado abril 2013].

9.- Correia Isabel M, Waitzberg Dan L The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clinical Nutrition* 2003; 22(3):235-9. Department of Surgery, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Brazil, y Department of Gastroenterology, Digestive Surgery Discipline, Faculdade de Medicina da Universidade de Sao Paulo, Brazil. 2003 Disponible en: Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-28032002000400008&script=sci_arttext [consultado abril 2013].

10.- Roldán J.P, Pérez I, Irlés J.A. y Martín R. Malnutrición en pacientes hospitalizados: estudio prospectivo y aleatorio. *Nutr. Hosp.*, 4:192-198.;1995 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112005000200009&script=sci_arttext [consultado abril 2013].

11.- Giner M, Laviano A, Meguid M.M y Gleason J.R Correlation between malnutrition and poor outcome in critically ill patients. *Nutrition*, 12(1):23-29.. 1996. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743378/> [consultado abril 2013].

12.- Kyle UG, Unger P, Mensi N, Genton L, Pichard C Nutrition status in patients younger and older than 60 y at hospital admission: a controlled population study in 995 subjects. 18(6):463-9.; 2002. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12044817> [consultado abril 2013].

13.- Sungurtekin H, Sungurtekin U, Hanci V, Erdem E. Comparison of two nutrition assessment techniques in hospitalized patients. 20(5):428-32.; 2004. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15105029> [consultado abril 2013].

14.- Agarwal N, Acevedo F, S Leighton L, Cayten C. Gene, Pitchumoni; Predictive ability of various nutritional variables for mortality in elderly people. *Am J Clin Nutr* 1988; 48: 1173- 8. 1998. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3189202>. Garcia Peris P. Prevalencia y factores asociados a malnutrición en ancianos hospitalizados.; 21: 261-262. *An Med Interna Madrid*. 2004. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v21n6/editorial.pdf> [consultado abril 2013].

15.- Cuesta FM, Matía P, Rodríguez C. Valoración nutricional en el anciano. *Medicine*; 9(92):4037-47 2007. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2083055> [consultado abril 2013].

16.- Izaola O, De Luís Román D A, Cabezas G, Rojo S, Cuellar L, Terroba M C, Aller R, González Sagrado M. Mini Nutritional Assessment (MNA) como método de evaluación nutricional en pacientes hospitalizados.; V.22 (n7). *An. Med. Interna Madrid*;2005. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021271992005000700003&script=sci_arttext#t3 / <http://rafalafena.files.wordpress.com/2011/02/desnutricion-en-el-anciano.pdf> [consultado abril 2013].

17.- Universidad Andrés Bello, Sistema de Bibliotecas. Guía de referencias bibliográficas según Normas Vancouver [Internet]. Santiago de Chile: Universidad Andrés Bello; 2012 [consultado 8 abril 2013].

18.- Rodríguez I. Prevalencia del riesgo de desnutrición en el paciente quirúrgico programado en la fase preoperatoria medida a través de la valoración nutricional de enfermería 1 nº6 Nuberos Científica. Disponible en: <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/1/5> [consultado abril 2013].

ANEXOS

ANEXO I

TABLA DE VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

SEXO: HOMBRE MUJER

EDAD:

PATOLOGÍA MOTIVO DEL INGRESO:

PATOLOGÍAS QUE PADECE:

VALORES ALBÚMINA:

VALORES PREALBÚMINA:

VALOR DE LINFOCITOS:

VALOR DE TRANSFERRINA:

IMC: PESO (KG) / TALLA (M²)

PLIEGUE TRICIPITAL (Reserva de grasa):

CIRCUNFERENCIA BRAQUIAL (Reserva de proteína):

.....

ANEXO II

PUNTUACIÓN VALORES DEL LABORATORIO

Riesgo Desnutrición.	Albúmina. (g/dl)	Pre-albúmina. (mg/dl)	Linfocitos. (células/mm ³)	Transferrina. (mg/dl)
Alto (3).	<2,1	<5	<800	<100
Medio (2).	2,1-2,7	5-10	800-1200	100-150
Bajo(1).	2,8-3,5	10-15	1200-2000	150-175

VALORES DE NORMALIDAD PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA.

	Pliegue Tripicipal	Circunferencia braquial	Circunferencia muscular del brazo
VARONES ≥ 70			
P 5	4	19,96	18,04
P 10	5,45	21,08	18,86
P 25	7,84	22,93	20,20
P 50	10,46	24,96	21,67
MUJERES ≥ 70			
P 5	4,34	18,15	15,84
P 10	7,06	19,74	16,79
P 25	11,53	22,36	18,35
P 50	16,44	25,24	20,07

ANEXO III

CONSENTIMIENTO INFORMADO.
INFORMACIÓN AL PACIENTE.

Estimado paciente:

Nos dirigimos a usted para informarle de que en la actualidad estamos desarrollando un trabajo de investigación que intentamos redunde en la mejora del estado nutricional del paciente y así, en la contribución a la resolución del proceso de enfermedad que sufra.

En el estudio usted contribuye con la aceptación de que el equipo investigador le realice algunas mediciones tales como el peso, talla, pliegues... así como algunas determinaciones analíticas que extraeremos con su analítica de rutina, sin que tenga que someterse a extracciones supletorias a las que el facultativo precise.

Es por esto que precisamos de su colaboración y así podremos detectar de manera precoz posibles problemas asociados.

Atentamente, reciba un saludo del equipo investigador.

Lorena Santamaría Navarro. Colegiada 5567

Gema Floranes Herrero. Colegiada 6482

D/Dña. _____ (o en su caso el representante legal del paciente _____ con D.N.I. _____,

y en plenas facultades doy mi consentimiento para formar parte del estudio sobre la pertinencia de una escala de valoración nutricional que se desarrolla en el Hospital Sierrallana tras haber sido informado adecuadamente.

En Torrelavega, a _____ de _____ de 201__.

Firma del paciente.

Firma del equipo investigador.

ANEXO IV

CARTA DIRIGIDA A LA SRA. GERENTE

Hospital Sierrallana
 Área de Salud Torrelavega – Reinoso
 Bº Ganzo, S/N
 39300 Torrelavega (Cantabria)
 A la att. Sra. Gerente

Torrelavega, a de de 201..

Estimada Señora:

Nos dirigimos a usted con el objetivo de solicitar autorización para desarrollar un Proyecto de Investigación en las Plantas de Medicina Interna del Hospital de Sierrallana.

El equipo investigador está conformado por dos profesionales de enfermería que intentamos contribuir a la mejora asistencial.

Nuestro estudio pretende conocer el Estado Nutricional de los Pacientes Hospitalizados de Edad igual o superior a los 70.

Creemos que detectar de forma precoz la desnutrición en estos pacientes puede revertir beneficios en su respuesta ante la enfermedad y en su tratamiento. Y como consecuencia, acortar el tiempo de estancia hospitalaria y la reducción de costes sanitarios.

Adjuntamos copia del Proyecto de Investigación al que nos referimos.

Estando a su plena disposición para resolver cualquier duda que pudiera surgir, y agradeciéndole de antemano su atención, reciba un cordial saludo.

El equipo investigador.

Fdo. Lorena Santamaría Navarro Fdo. Gema Floranes Herrero

ANEXO V

CARTA AL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

Hospital Sierrallana
 Área de Salud Torrelavega – Reinoso
 Bº Ganzo, S/N
 39300 Torrelavega (Cantabria)

A la att. Sr. Presidente del Comité Ético de Investigación Clínica

Nos dirigimos a usted con el objetivo de solicitar autorización para desarrollar un Proyecto de Investigación en las Plantas de Medicina Interna del Hospital de Sierrallana.

Nuestro estudio pretende conocer el Estado Nutricional de los Pacientes Hospitalizados de Edad igual o superior a los 70.

Para el desarrollo del proyecto debemos acceder a las historias clínicas de los pacientes que quieran participar en dicho proyecto, a su vez el equipo investigador realizará algunas mediciones tales como el peso, talla, pliegues...así como algunas determinaciones analíticas que extraeremos con su analítica de rutina, sin que tenga que someterse a extracciones supletorias a las que el facultativo precise.

Para llevar a cabo la investigación, lo haremos en base a la legislación vigente en cuanto a privacidad y protección de datos:

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Adjuntamos copia del Proyecto de Investigación al que nos referimos.

Atentamente,

Fdo. Lorena Santamaría Navarro Fdo. Gema Floranes Herrero



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

El correcto diagnóstico de las úlceras de la extremidad inferior de etiología venosa relacionado con evolución, prevención de recidivas y calidad de vida de los pacientes

Autora:

M^a Teresa Herrería Argos

Enfermera del servicio de consultas externas del Hospital Comarcal de Laredo. Cantabria. España.

*Dirección para correspondencia:
teresaherreria@hotmail.com*

Recibido: 12 de julio de 2014
Aceptado: 13 de noviembre de 2014

RESUMEN

Es fundamental establecer un diagnóstico diferencial entre los distintos tipos de úlceras vasculares.

El objetivo es estudiar las úlceras en la extremidad inferior consideradas de etiología venosa, su correcto diagnóstico y su relación con la evolución, la prevención y la calidad de vida de los pacientes.

Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio y prospectivo. Incluirá pacientes de la zona de Gerencia Área de Laredo en Cantabria que presenten úlceras en las extremidades inferiores, mayores de 18 años, ambos sexos, sin distinción de raza y acepten participar en el estudio. Excluirá pacientes con deterioro cognitivo severo, dificultades para la comunicación, obstrucción arterial y diabetes mellitus.

Las variables a estudio son: etiología de la úlcera, disponibilidad de eco doppler, utilización de la técnica eco doppler, diagnóstico realizado con dicha técnica, factores de riesgo modificables, calidad de vida del paciente, seguimiento a los 6 meses.

Se realizará una entrevista a cada profesional de enfermería, registro de los factores de riesgo modificables, exploración física para determinar el correcto diagnóstico de las úlceras, índice de medida RESVECH V 2.0. y cuestionario CCVUQ-e.

Paquete estadístico SPSS.15. Análisis descriptivo univariante, bivariado y multivariante.

Palabras clave:

- Venoso
- Etiología
- Doppler
- Ecografía
- Factor de riesgo
- Evolución
- Calidad de vida.

ABSTRACT

It is essential to set a differential diagnosis between different kinds of vascular ulcers.

The aim is to study venous ulcers of the lower extremities, their right diagnosis and their relation among the evolution, the prevention and the patients' quality of life.

This is a prospective descriptive exploratory study. The sample will include patients belonging to Health Area of Laredo, either sex, over 18 years of age, without distinction of race and they will accept to take part in the study. Patients with severe cognitive impairment, problems in communication, arterial obstruction and diabetes mellitus.

The variables of the study are: etiology ulcer, available Echo-Doppler, echo technique using the Doppler diagnosis by this technique, modifiable risk factors, patients' quality of life and 6 months follow-up.

An interview will be made each health professional, a registration modifiable risk factors, a physical examination in order to establish the right ulcers diagnosis, the RESVECH 2.0 measurement index and the CCVUQ-e questionnaire.

Data will be analyzed using statistical analysis programme SPSS version15.0. Analysis strategies will be computerized for all the variables including univariate, bivariate and multivariate analysis.

Keywords:

- Venous
- Etiology
- Doppler
- Echography
- Risk factor
- Evolution
- Life quali.

INTRODUCCIÓN. ESTADO ACTUAL DE TEMA. JUSTIFICACIÓN

Las úlceras de las extremidades inferiores (EE.II.) se puede definir como un síndrome caracterizado por la pérdida circunscrita o irregular de tegumento, pudiendo afectar al tejido subcutáneo y subyacente y cuya causa está, generalmente, relacionada con el sistema vascular arterial o venoso⁽¹⁾.

Estas úlceras se pueden clasificar en grandes grupos:

- Úlceras de origen vascular, que representarían más del 90% de los casos. De las cuales, 75 al 80% de las úlceras son de etiología venosa⁽²⁾.
- Úlceras de otro origen, que representarían menos del 10% de las úlceras: úlceras postraumáticas, úlceras infecciosas, úlceras iatrógenas, ulceraciones cancerosas.

Las úlceras venosas se definen como la pérdida de la integridad cutánea debido a una incompetencia del sistema venoso, ya sea:

- Del sistema venoso profundo: por una secuela postflebítica establecida tras un episodio de trombosis venosa profunda, o
- Del sistema venoso superficial: generalmente asociado a un cuadro de varices tronculares dependientes de una insuficiencia de la vena safena o de una insuficiencia de las venas perforantes.

La lesión se localiza sobre la piel dañada previamente por una dermatitis secundaria. Siendo la complicación más importante en la evolución de la insuficiencia venosa crónica⁽³⁾.

La Insuficiencia Venosa Crónica (IVC) es el conjunto de síntomas y signos derivados de una hipertensión venosa en los miembros inferiores debido a un mal funcionamiento valvular de los sistemas venosos⁽⁴⁾. La hipertensión venosa (HTV) induce a alteraciones hemorreológicas a nivel de los capilares y de las vénulas cuya consecuencia final es el infarto tisular.

Dicho infarto es la causa de las alteraciones pre-ulcerosas (atrofia blanca o lopedermatoesclerosis) y de la úlcera⁽⁵⁾.

La etiología de la IVC puede ser:

- Primaria, idiopática o esencial. Producida por lesión parie-

tal o valvular del sistema venoso de causa desconocida. La principal patología que la representa son las varices.

- Secundaria. Condicionada por la lesión valvular a consecuencia de la obstrucción al flujo sanguíneo venoso por inflamación y fibrosis secundarias a la recanalización de un trombo en el sistema venoso profundo, tras una trombosis venosa previa.

Sus manifestaciones clínicas son: pesadez de pierna, prurito, dolor, calambres nocturnos, parestesias, varículas, sensación de quemazón, varices, piernas inquietas, enrojecimiento de la piel, hinchazón al final del día, edema constante, cambios tróficos y, finalmente, úlcera venosa⁽⁶⁾.

Varios son los factores de riesgo que se han asociado con el desarrollo de la IVC, estos se pueden considerar como situaciones extremas que ponen a prueba, de forma reiterada, mecanismos fisiológicos adaptativos presentes normalmente en el sector vascular venoso, tales como los mecanismos de distensión-contracción y remodelación vascular, que con su acción permiten enfrentar cambios en la volemia y en la presión de la sangre. Los más importantes son⁽⁴⁾:

- Congénitos: angiodisplasias (Klippel-Trenaunay), fistulas arterio-venosas, agenesias valvulares, enfermedades del tejido conectivo.
- Primarios o Idiopáticos:
 - No modificables:
 - Herencia, la IVC se transmite de forma variable, unas veces con carácter recesivo y otras dominantes. Según el estudio (Cornu-Thénard et al., 1994), el riesgo de que los hijos desarrollen venas varicosas es del 89% si ambos padres sufren IVC, del 47% si sólo un progenitor la sufre y del 20% si ninguno de ellos tiene evidencia de IVC⁽⁴⁾.
 - Edad, es el primer factor de riesgo. La prevalencia se incrementa de manera lineal con la edad (Evans et al., 1999; Criqui et al., 2003; Jawien, 2003) y a su vez, la población cada vez más longeva estaría incrementando la prevalencia de la enfermedad⁽⁷⁾. Según el estudio Detect-IVC 2006 su incidencia es mucho mayor a partir de los 65 años, donde se presenta en un porcentaje del 5,6 de cada 100 personas⁽⁸⁾.
 - Sexo, es el segundo factor en importancia. Según el estudio Detect-IVC 2006 cabe decir que son más frecuentes en mujeres, con una relación varón-mujer de 1 a 3⁽⁸⁾. En un estudio trasversal que incluyó 24 ciudades en Italia, las varices tronculares fueron más frecuentes en hombres (1,5 veces mayor en los hombres que en las mujeres sin hijos), así como el reflujo safeno-femoral detectado por ultrasonografía doppler (Chiesa et al., 2005)⁽⁷⁾.
 - Raza, la prevalencia es muy baja en las poblaciones aborígenes de África y Asia o Australia aunque los sujetos de inmigrantes procedentes de estas regiones tienen el mismo riesgo que la población de su país de acogida⁽⁹⁾. El estudio de población de San Diego, fue el primero en examinar una población multi-étnica (Criqui et al., 2003). Reportaron una mayor prevalencia de venas varicosas en hispanos (26.3%) y más baja en asiáticos (18.7%)^(7,10).
 - Modificables: son en los que se puede y se debe incidir

tanto en la prevención como en el tratamiento de la úlcera para favorecer su evolución.

- Obesidad, comporta dificultades en el retorno venoso debido a la compresión de los pedículos vasculares en el sector ilio-cavo, favorecido por el acúmulo de tejido adiposo en la región retroperitoneal y al aumento de presión intraabdominal. Varios estudios sugieren que el peso y la masa corporal están asociados con un aumento del riesgo de varices. Así, datos de estudios sobre las venas en Basilea, Framingham y Edimburgo⁽¹¹⁾ apuntan hacia una asociación significativa entre las varices del tronco y el IMC solo en las mujeres.
- Bipedestación prolongada: Conduce a un aumento de la presión hidrostática que puede causar distensión crónica de las venas y, secundariamente, incompetencia valvular en cualquier lugar del SVS. En su estudio, Kontosic (2000) evalúa un grupo de estudio de 1324 personas en función de su ocupación que se divide en cinco grupos representativos (camareros, vendedores, la industria ligera, industria pesada, el trabajo de oficina). Se detectó una diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de las venas varicosas en los camareros y vendedores en comparación con los empleados de oficina. El estudio proporciona evidencia de que permanecer mucho tiempo sentado y de pie se asocia con aumento de la severidad de la IVC, siendo una de las causas de la progresión de la enfermedad⁽¹²⁾.
- Exposición al calor, puede producir una venodilatación cutánea y ralentización circulatoria.
- Embarazo, incrementa la susceptibilidad porque factores hormonales circulantes asociados a la gestación incrementan la distensibilidad de la pared venosa. Del mismo modo, las venas tienen que acomodarse a un gran volumen expandido de sangre. Al final del embarazo, el crecimiento uterino comprime la vena cava superior, causando hipertensión venosa y distensión secundaria de las venas de las extremidades inferiores. La principal influencia en el desarrollo de las varices durante el embarazo se piensa que es la hormonal (estrógenos) por causar una disminución en el tono del músculo liso de la pared venosa (Mazuch, 1988). Según algunas estadísticas, hasta el 30% de las venas varicosas se desarrollan justo en este período. STVrtinová (1991) o Preziosi en el Estudio de Cohorte de SUVIMAX (Preziosi, 1999) también confirman la correlación positiva entre el embarazo y las venas varicosas. Se considera que la causa es el aumento de la presión venosa debido al aumento del volumen de sangre. El embarazo y el puerperio son periodos críticos para la enfermedad venosa de las extremidades inferiores (Zicot, 1999)⁽⁹⁾.
- Hábito intestinal, el estreñimiento crónico actúa por efecto del aumento de presión en la prensa abdominal que se transmite al sistema venoso de extremidad inferior, favorecido por la ausencia de válvulas en el sector íleo femoral. El cambio en el

El correcto diagnóstico de las úlceras de la extremidad inferior de etiología venosa relacionado con evolución, prevención de recidivas y calidad de vida de los pacientes

estilo de vida y los hábitos alimentarios de los países industrializados, especialmente una dieta baja en fibra, lo que induce el estreñimiento y el aumento de la presión intrabdominal, se considera que es una de las principales causas de este fenómeno (Carpentier, 1994; Capita, 1995)⁽⁹⁾.

- Compresiones locales o selectivas (prendas de vestir ajustadas, vendajes, medias...).
- Factores secundarios: trombosis venosa profunda, compresión (tumoral, adenopatía, quiste de Baker, etc.), traumatismo, iatrogenia.

La metodología diagnóstica vascular se orientará a la identificación del correcto funcionamiento del sistema arterial y la historia o anamnesis profunda. El protocolo diagnóstico de la úlcera de etiología venosa es preceptivo⁽⁵⁾.

El Índice tobillo Brazo (ITB) o índice de Yao, deberá ser el método diagnóstico no invasivo de elección para determinar el estado de la circulación arterial de los miembros inferiores, en una primera evaluación.

Después de la evaluación con el ITB se procederá a la realización de la historia completa que deberá de incluir, al menos, los siguientes aspectos:

- Anamnesis:
 1. Antecedentes personales: sobrepeso, embarazos, tratamiento hormonal, profesión de riesgo, vida sedentaria etc.
 2. Antecedentes familiares.
 3. Sintomatología o clínica vascular actual.
 4. Patologías crónicas asociadas: Diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipemias, cardiopatías, antecedentes de trombosis venosa.
- Exploración física: color, temperatura de la piel.
- Características y descripción de las lesiones, signos y síntomas clínicos:
- Localización en la zona lateral interna del tercio distal de la pierna.
- Morfología, redonda / oval.
- Bordes excavados.
- Tejido periulceroso significado por alteraciones cutáneas previas (dermatitis ocre, hiperqueratosis, atrofia blanca).
- Expresión de dolor baja, excepto en presencia de infección.
- Cuantificación y calidad de pulsos tibial posterior y pedio.

En los estudios epidemiológicos de la IVC, en los que se utiliza la historia y examen clínico, no siempre indican la naturaleza y extensión de la anomalía subyacente. Por tanto para conseguir un diagnóstico más fiable y riguroso es preciso hacer un correcto estudio clínico, anatómico, etiológico y fisiopatológico siendo necesaria la utilización de la clasificación CEAP y un estudio funcional hemodinámico venoso para confirmar la localización, extensión y severidad de reflujo y/o obstrucción utilizándose el eco-doppler.

La enfermedad venosa crónica de las extremidades inferiores es una de las enfermedades más comunes que afectan a la población adulta en general⁽¹¹⁾.

Los últimos estudios realizados en centros de salud de Atención Primaria en España permiten constatar el porcentaje de población adulta afectada de IVC, así:

- El estudio Detect-IVC 2006⁽⁷⁾ realizado a nivel nacional, permitió constatar que la IVC afecta al 50-60% de la población

adulta y que un 20% de la población la sufren en sus estadios más avanzados, además se observó que el 2,5% de las personas que acuden al médico de atención primaria padecen UUVV, la consecuencia más grave de la IVC. Entre otros datos a destacar, cabe decir que son más frecuentes en mujeres, con una relación varón-mujer de 1 a 3 y que su incidencia es mucho mayor a partir de los 65 años, donde se presenta en un porcentaje del 5,6 de cada 100 personas⁽¹³⁾.

- El estudio VEIN Consult 2010, realizado a nivel internacional, permite constatar que la IVC afecta en España al 60% de la población adulta. Prevalencia C1-C6: 54% y prevalencia COs: 21.2%⁽¹⁴⁾.

La literatura sobre la prevalencia y la incidencia de la enfermedad venosa crónica ha variado mucho debido a las diferencias en los métodos de evaluación criterios para la definición, y las regiones geográficas analizadas⁽¹⁵⁾.

Es una enfermedad crónica con una alta incidencia en la población entre 2 y 5 nuevos casos por mil personas y año⁽⁵⁾ y en sus formas más severas, como son: las varices, trastornos cutáneos y úlceras, asimismo es responsable de una baja calidad de vida, intervenciones quirúrgicas y bajas laborales en los pacientes.

Elevada prevalencia cifrada entre un 0,5-0,8% de la población^{(2) (15)}, cronicidad, con una duración media de heridas sin cicatrizar hasta los 43,7 meses⁽¹⁵⁾ o el 50% de las úlceras venosas (UUVV) abiertas hasta nueve meses⁽¹⁶⁾. Si pensamos que la tasa de recurrencia oscila entre 55 % y el 60% a los cinco años, nos damos cuenta de la magnitud del reto que tenemos por delante.

Por las razones expuestas, la magnitud del problema y su repercusión en la calidad de vida de los pacientes, justifican la realización de este proyecto. Si, a través de él, se confirma la necesidad de la utilización del eco dopler para la medición del ITB, será preciso que se cuente con ese recurso para el correcto diagnóstico de las úlceras vasculares.

HIPÓTESIS

Un correcto diagnóstico de las úlceras de la extremidad inferior de etiología venosa mejorará su evolución, su prevención y la calidad de vida de los pacientes.

OBJETIVOS

General:

Estudiar las úlceras en la extremidad inferior consideradas de etiología venosa, su correcto diagnóstico y su relación con la evolución, la prevención y la calidad de vida de los pacientes.

Específicos:

- Conocer si se dispone y utiliza el eco dopler como técnica diagnóstica.
- Saber si se realiza un correcto diagnóstico basado en la técnica de eco dopler.
- Identificar los factores de riesgo modificables en los pacientes correctamente diagnosticados.
- Valorar la calidad de vida de los pacientes.
- Realizar seguimiento del paciente a los 6 meses tras la cicatrización de la úlcera.

METODOLOGÍA

Estudio observacional de tipo descriptivo, exploratorio y prospectivo.

Tendrá una duración de 1 año.

Población de la zona de Gerencia Área de Laredo en Cantabria. Zona geográfica que cuenta con aproximadamente 96.000 habitantes, de los cuales 80.000 son mayores de 18 años.

La muestra estará constituida por los pacientes que presenten úlceras en las extremidades inferiores consideradas venosas, que acuden a la consulta de enfermería de los centros de salud y del hospital de Laredo y que cumplan los criterios de inclusión en el estudio.

Criterios de inclusión

- Pacientes de ambos sexos sin distinción de raza.
- Pacientes mayores de 18 años que presentan úlceras en extremidad inferior.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con deterioro cognitivo severo (pacientes con IC-TUS, ACVA, Alzheimer o Parkinson) o tuvieran dificultades para la comunicación por idioma u otras causas.
- Pacientes con patología asociada de obstrucción arterial y diabetes mellitus.

VARIABLES A ANALIZAR:

- Etiología de la úlcera.
- Disponibilidad de eco doppler.
- Utilización de la técnica eco doppler.
- Diagnóstico realizado con dicha técnica.
- Factores de riesgo modificables de cada paciente: obesidad, embarazo, bipedestación prolongada, exposicional calor, estreñimiento, compresiones locales.
- Calidad de vida del paciente.
- Seguimiento a los 6 meses.

Métodos y técnicas de recogida

Se realizará una entrevista individualizada a cada profesional de enfermería en su centro de referencia (ANEXO I).

Para el registro de los factores de riesgo modificables se utilizará el ANEXO II.

El cuestionario "Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire" (CCVUQ-e)⁽¹⁷⁾ (ANEXO III) para medir calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con úlceras venosas. Ha sido adaptado semántica y culturalmente al idioma español⁽¹⁸⁾.

Para conocer la cicatrización se usará el índice de medida "Resultados Esperados de la Valoración y Evaluación de la Cicatrización de las Heridas Crónicas" (RESVECH V 2.0)⁽¹⁹⁾ (ANEXO IV).

Para el seguimiento, se realizará una llamada telefónica a los pacientes coincidiendo con los 6 meses del alta por cicatrización de la úlcera.

Análisis estadístico

Se organizará la información en una planilla (cuaderno de campo) de datos y variables.

Se realizará a través de la utilización el paquete estadístico SPSS.¹⁵

Se realizará análisis descriptivo univariante: para las variables cualitativas se calculará la frecuencia y porcentajes; si se

estima de interés, se llevará a cabo representación gráfica.

Para las variables cuantitativas, se calcularán las medidas de tendencia central más adecuadas a las características de la variable.

En el caso de análisis bivariados se utilizarán las pruebas estadísticas que correspondan en función de las características de las variables a estudio. Se llevará a cabo análisis multivariante para estudiar el peso de cada una de las variables en la variable de resultado.

Limitaciones del estudio:

- La no aceptación del profesional a participar en el proyecto.
- La falta de objetividad tanto del paciente como del profesional sanitario en las respuestas.
- El número de pacientes o profesionales que puedan salir del estudio durante la realización del mismo.

ASPECTOS ÉTICOS

En términos prácticos, los principios éticos comúnmente aceptados en investigación biomédica con seres humanos son cuatro: Autonomía, No maleficencia, Beneficencia y Justicia y en el estudio se cumplen todos.

Se solicita la autorización al Servicio Cántabro de Salud a través de su departamento de calidad y docencia tanto de Atención Primaria como del Hospital de Laredo.

Enviado para su veredicto al Comité de Ética e Investigación clínica regional.

Para el consentimiento y autorización del paciente se utilizará la hoja de información y consentimiento informado debidamente firmada (ANEXO V).

Se hará énfasis en la confidencialidad de la información y en la libertad y posibilidad del paciente de abandonar el estudio en cualquier momento.

UTILIDAD DE LOS RESULTADOS, EN RELACIÓN A LA COMUNIDAD CIENTÍFICA Y A LA SOCIEDAD.

Resulta fundamental establecer un diagnóstico diferencial entre los distintos tipos de úlceras vasculares, ya que el tratamiento difiere en función de que su etiología sea venosa o arterial.

En ocasiones los diagnósticos por la falta de recursos, tiempo, cualificación o concienciación profesional no se realizan completamente tal como indica el protocolo perdiéndose la objetividad. Todo ello puede conducir a un diagnóstico erróneo y como consecuencia una mala evolución de la úlcera, revertiendo en la calidad de vida del paciente.

Si tras la realización del trabajo se demuestra la hipótesis, se verá la necesidad del correcto diagnóstico a través de técnicas de eco doppler. Se demostrará la mejora en la evolución, prevención de recidivas y la consiguiente recuperación en la calidad de vida del paciente.

De este modo, se podrá contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario a través de la reducción del gasto material y tiempo de los profesionales.

El correcto diagnóstico de las úlceras de la extremidad inferior de etiología venosa relacionado con evolución, prevención de recidivas y calidad de vida de los pacientes

PLAN DE TRABAJO

Octubre 2014.

La investigadora principal, enviará el proyecto solicitando la autorización del Servicio Cántabro de Salud.

Se informará y solicitará la colaboración a los departamentos de Calidad y Docencia tanto de Atención Primaria como del Hospital de Laredo.

Noviembre de 2014.

Se establecerán dos sesiones con los profesionales de enfermería de cada Centro de Salud y consulta de enfermería del Hospital de Laredo.

- 1ª Sesión, con los siguientes contenidos:
 - Presentación del documento para el diagnóstico y material disponible (Anexo I).
 - Conocer la aceptación por parte de las profesionales de enfermería.
- 2ª Sesión: Orientada a los profesionales que acepten participar, sobre criterios seguidos.
 - Se explicará, poniendo en común el proyecto detalladamente, se resolverán dudas, y se establecerán las vías de comunicación (telefónica) con la investigadora principal.
 - Presentación del consentimiento informado al paciente que participe y que reúna los criterios (Anexo V).

Febrero 2015.

- Recogida del Anexo I cumplimentado.
- Recoger el consentimiento informado (Anexo V).
- Presentación del Anexo II. Se fijará fecha de recogida con el profesional colaborador.

De Marzo a Mayo 2015. Estudio clínico.

Una vez analizado e identificado el correcto diagnóstico de úlcera venosa se entregará al profesional colaborador el cuestionario CCVUQ-e (Anexo III) y el cuestionario RESVECH V 2,0 (Anexo IV) para ver la evolución de la úlcera con periodicidad mensual, que serán devueltos una vez cumplimentados.

De Junio a Octubre. Análisis de datos.

Análisis de datos y redacción del trabajo.

Experiencia del equipo investigador.

Formación académica

- Diplomada universitaria en Enfermería.
- Máster universitario en gestión e investigación de las heridas crónicas. Universidad de Cantábrica. 2011-2012.

Publicaciones

- Nuberos científica. Volumen 1 núm. 4, JULIO-OCTUBRE 2011/ISSN 2173-822X. "Revisión y creación de nuevos protocolos de enfermería en las consultas externas del hospital de Laredo de la gerencia única de área II".
- Libro de ponencias titulado 2º congreso internacional virtual de enfermería Ciudad de Granada "Calidad y seguridad del paciente a través del cuidado continuo personalizado". Capítulo 180 denominado: "Acción de mejora: Actuación enfermera ante un paciente con un dispositivo de drenaje externo". SATSE ANDALUCÍA ISBN-978-84-922453-9-0. Fecha de edición 09/04/2012.

Participante

- I Congreso Internacional virtual de Enfermería "Ciudad de Granada". "Soluciones para la prevención y mejora en la seguridad paciente".
- COMUNICACIÓN ESCRITA: "Implantación de protocolo y cuidados de enfermería en las consultas: objetivo la seguridad del paciente". Mayo 2010.
- El congreso internacional virtual de enfermería "ciudad de Granada". "Calidad y seguridad del paciente a través del cuidado continuo personalizado".
- COMUNICACIÓN PÓSTER: "Acción de mejora: Actuación enfermera ante un paciente con un dispositivo de drenaje externo". Mayo 2011.
- IX Simposio Nacional sobre Úlceras por Presión y Heridas Crónicas con la COMUNICACIÓN PÓSTER: "Tratamiento de la osteomielitis en el pie diabético. Revisión sistemática". Noviembre 2012.

Medios disponibles y necesarios

Medios disponibles	Medios necesarios
Ordenador portátil Impresora	Teléfono e Internet USB para almacenaje Folios Bolígrafos Tinta para impresora Programa SPSS Desplazamientos Factura telefónica y cuota de Internet Técnico informático Traductor de publicaciones científicas

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Enfermería Global. Revista cuatrimestral de enfermería. Nº20. Octubre 2010. www.um.es/eglobal/. Directrices para el tratamiento de úlceras venosas.
- 2.- Marinello J. Úlcera de etiología venosa. Úlceras de la extremidad inferior Barcelona: Glosa 2005; 111-172.
- 3.- Grupo de Trabajo sobre Úlceras Vasculares de la AEEV. Consenso sobre Úlceras Vasculares y Pie Diabético de la AEEV. Guía de Práctica Clínica. Marzo 2004.
- 4.- Atención Primaria de Calidad. Guía de Buena Práctica Clínica en Patología venosa
- 5.- CONUEI. Conferencia Nacional De Consenso Sobre Las Úlceras de la Extremidad. Documento de Consenso S.L: Madrid 2009.
- 6.- Palomino Medina MA. Tárraga López PJ. Robayna Elvira AV. García Olmo D. Rodríguez Montes JA. Celada Rodríguez A. et al. Impacto socio económico de la insuficiencia venosa crónica en una zona básica de salud de atención primaria Rev Esp Econ Salud 2004; 3(6):336-344.
- 7.- Duque Botero J. Buitrago Jaramillo J. Epidemiología de los desordenes venosos crónicos.
- 8.- Álvarez-Fernández LJ. Lozano F. Marinello- Roura J. Masegosa-Medina JA. Encuesta epidemiológica sobre la insuficiencia venosa crónica en España: estudio DETECT-IVC ,2006. Angiología 2008; 60(1):2736.
- 9.- Staffa R. -Clinical Study. Chronic venous insufficiency. Epidemiology Bratisl Lek Listy 2002; 103 (4.5): 166.168.
- 10.- Beebe-Dimmerl JL. Pfeifer JR. Engle JS. Schottenfeld D. The Epidemiology of Chronic Venous Insufficiency and Varicose Veins. AEP, March 2005; 15(3): 175-184.
- 11.- Robertson L. Evans† C. and Fowkes FGR. Venous Disease A-Z-se-

ries: no 4. Epidemiology of chronic venous disease. Peripheral. Phlebology, 2008; 23:103-111.

12.- Eiffel Ron K. G., Ashour Ashour Hamdy Y. Heslop Peta S. Walker David J. Lees Tim A. Association of 24-hour activity levels with the clinical severity of chronic venous disease. Journal of vascular surgery, 44 (3).

13.- Rueda J. Torra JE. Arboix M. Moffatt C. Furtado K. Blanco J, et al. Úlceras venosas. Atención al paciente con úlceras venosas. In: Soldevilla JJ, Torra JE, editors. Atención integral de las Heridas Crónicas. 1ª ed. Madrid: SPA; 2004; 273-303.

14.- Vein Consult Program.

15.- Lindholm C. Bjellerup M. Christensen OB. Zederfeldt B. A demographic survey of leg and foot ulcer patients in a defined population. Acta Derm Venereol 1992; 72(3): 227-230.

16.- Callam MJ. Harper DR. Dale JJ. Ruckley CV. Chronic ulcer of the leg: clinical history. Br Med J (Clin Res Ed) 1987 May 30; 294(6584): 1389-1391.

17.- González-Consuegra RV. Verdú J. Proceso de adaptación al castellano del Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire (CCVUQ) para medir la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con úlceras venosas. Gerokomo 2010; 21 (2): 80-87.

18.- Eberhardt RT. Raffetto JD. Chronic Venous Insufficiency. Circulation 2005; 111:2398-2409. doi: 10.1161/01.CIR.0000164199.72440.08
19.- Restrepo Medrano JC. Instrumentos de monitorización clínica y medida de la cicatrización en úlceras por presión (UPP) y úlceras de la extremidad inferior (UEI). Desarrollo y validación de un índice de medida. Tesis Doctoral. Alicante. Diciembre 2010.

ANEXOS

ANEXO I

CRITERIOS SEGUIDOS PARA EL DIAGNÓSTICO / MATERIAL

CENTRO:

FECHA DE RECOGIDA DE DATOS:

• CRITERIOS SEGUIDOS PARA EL DIAGNÓSTICO

1. DIAGNÓSTICO CLÍNICO: - Si: - No:

- Características y descripción de las lesiones.

• Localización: Región lateral interna del tercio inferior de la pierna: - Si: - No:

• Morfología : redonda u oval: - Si: - No:

• Bordes: - Si: - No:

• Tejido perulceroso: Con alteraciones cutáneas previas (dermatitis ocre, hiperqueratosis o atrofia blanca). - Si: - No:

• Expresión de dolor baja, excepto en presencia de infección: - Si: - No:

- Pulsos pedio y tibial posterior - Si: - No:

- Índice tobillo/brazo (ITB) - Si: - No:

- Otras pruebas más específicas (eco-Doppler, pletismografía...) - Si: - No:

2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (Úlceras Venosas , Úlceras arteriales): - Si: - No:

	Úlceras Venosas	Úlceras arteriales
ASPECTO	Bordes delimitados, excavados Fondo granulatoso Sangrantes	Bordes planos Fondo atrófico No suelen sangrar
LOCALIZACIÓN	Región lateral interna del tercio inferior de la pierna	Sobre prominencias óseas, cabezas de metatarsianos y dedos
ETIOLOGÍA	Insuficiencia venosa primaria o secundaria	Arteriosclerosis, enfermedad de Buerger, Hipertensión, tabaquismo, diabetes...
PULSOS DÍSTALES	Conservados, normales	Ausentes o débiles
CLÍNICA	Moderadamente dolorosas Se alivian con el decúbito	Dolor importante El dolor aumenta con el decúbito
OTROS SIGNOS	Edema de la pierna Piel enrojecida, calor local Eczematosa Dermatitis ocre Varicosidades Prurito	Piel delgada y seca Atrófica Brillante y blanquecina Descenso de la temperatura Uñas engrosadas

• MATERIAL

- Se dispone de doppler: - Si: - No: Se utiliza: - Si: - No:

El correcto diagnóstico de las úlceras de la extremidad inferior de etiología venosa relacionado con evolución, prevención de recidivas y calidad de vida de los pacientes

ANEXO II

DIAGNÓSTICO CLÍNICO / FACTORES DE RIESGO

CENTRO:

FECHA DE RECOGIDA DE DATOS:

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: Úlcera de etiología venosa.

A- Características y descripción de las lesiones. Signos y síntomas clínicos

1- Localización: Región lateral interna del tercio inferior de la pierna: - Si: - No:

2- Morfología: redonda u oval: - Si: - No:

3- Bordes excavados: - Si: - No:

4- Tejido periulceroso: Con alteraciones cutáneas previas (dermatitis ocre, hiperqueratosis o atrofia blanca). - Si: - No:

5- Expresión de dolor baja, excepto en presencia de infección: - Si: - No:

B- Presencia de pulsos pedio y tibial posterior: - Si: - No:

C- Se realiza el índice tobillo/brazo(ITB), (>a 0,75): - Si: - No:

FACTORES DE RIESGO.

Antecedentes familiares de úlceras venosas(herencia): - Si: - No:

Sobrepeso (<25):

- Talla:

- Peso:

- IMC:

Vida sedentaria: - camina <1 hora: - Si: - No:

Profesión de Riesgo:

- Bipedestación: - Si: - No:

- Sentado: - Si: - No:

Exposición al calor: - Si: - No:

Embarazo: - Si: - No:

Estreñimiento: - Si: - No:

Enfermedades Asociadas:

- DM: - Si: - No:

- Dislipemias: - Si: - No:

ANEXO III

CUESTIONARIO CHARING CROSS PARA ÚLCERAS VENOSAS (CCVUQ-e)

CENTRO:

FECHA DE RECOGIDA DE DATOS:

Este cuestionario pretende permitirnos llegar a comprender mejor cómo su úlcera afecta a su vida.

Por favor, intente contestar a todas las preguntas de la manera más exacta posible. Si no está seguro de cómo contestar una pregunta, escoja la opción más apropiada (la que mejor se ajuste a su situación).

Al completar el cuestionario, lea las preguntas y, primero de todo, decida si el problema le afecta. En caso afirmativo, marque el número que corresponda.

1. La úlcera me duele:

Nunca	Pocas veces	En algunas ocasiones	En bastantes ocasiones	Siempre
1	2	3	4	5

2. Tener úlceras en la pierna me impide:

2. a. Quedar con amigos y familiares:

Nunca	Pocas veces	En algunas ocasiones	En bastantes ocasiones	Siempre
1	2	3	4	5

2. b. Ir de vacaciones:

Nunca	Pocas veces	En algunas ocasiones	En bastantes ocasiones	Siempre
1	2	3	4	5

2. c. Practicar mis hobbies-aficiones:

Nunca	Pocas veces	En algunas ocasiones	En bastantes ocasiones	Siempre
1	2	3	4	5

2. d. Utilizar el transporte público (autobús, metro, taxi,...):

Nunca	Pocas veces	En algunas ocasiones	En bastantes ocasiones	Siempre
1	2	3	4	5

3. Indique su grado de acuerdo o de desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre la úlcera:

3. a. La úlcera me ha vuelto más torpe o me ha vuelto más inútil:

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No lo sé	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
5	4	3	2	1

3. b. La úlcera afecta negativamente a mis relaciones personales:

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No lo sé	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
5	4	3	2	1

3. c. Que la úlcera supure-exude es un problema para mí:

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No lo sé	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
5	4	3	2	1

3. d. Paso mucho tiempo pensando en mi úlcera:

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No lo sé	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
5	4	3	2	1

3. e. Me preocupa que la úlcera no se cure nunca:

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No lo sé	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
5	4	3	2	1

3. f. Estoy harto/a de la cantidad de tiempo que supone tratar la úlcera:

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No lo sé	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
5	4	3	2	1

4. Me incomoda la apariencia de mis piernas debido a la úlcera y/o los apósitos-vendajes:

Por supuesto que no	En algunas ocasiones	A menudo	Siempre
1	2	3	4

5. Mi úlcera me impide realizar (llevar a cabo) las siguientes tareas domésticas o cotidianas:

Nunca	Pocas veces	En algunas ocasiones	En bastantes ocasiones	Siempre
1	2	3	4	5

5. a. Cocinar:

Nunca	Pocas veces	En algunas ocasiones	En bastantes ocasiones	Siempre
1	2	3	4	5

5. b. Limpiar:

Nunca	Pocas veces	En algunas ocasiones	En bastantes ocasiones	Siempre
1	2	3	4	5

5. c. Hacer la compra:

Nunca	Pocas veces	En algunas ocasiones	En bastantes ocasiones	Siempre
1	2	3	4	5

5. d. Arreglar el jardín:

Nunca	Pocas veces	En algunas ocasiones	En bastantes ocasiones	Siempre
1	2	3	4	5

El correcto diagnóstico de las úlceras de la extremidad inferior de etiología venosa relacionado con evolución, prevención de recidivas y calidad de vida de los pacientes

6. Me encuentro deprimido debido a la/s úlcera/s de mi/s pierna/s:

Nunca	En algunas ocasiones	A menudo	Siempre
1	2	3	4

7. Por favor, indique en qué medida le resultan problemáticos los siguientes factores relacionados con los apósitos-vendajes de su pierna:

7. a. Lo aparatoso/s que es/son (en términos de grosor, volumen, etc.):

Un problema enorme	Un gran problema	Un problema moderado	Un pequeño problema	Ningún problema
5	4	3	2	1

7. b. Su apariencia:

Un problema enorme	Un gran problema	Un problema moderado	Un pequeño problema	Ningún problema
5	4	3	2	1

7. c. Su influencia en la ropa que llevo o en mi forma de vestir:

Un problema enorme	Un gran problema	Un problema moderado	Un pequeño problema	Ningún problema
5	4	3	2	1

8. La úlcera hace que me resulte difícil caminar:

Nunca	En algunas ocasiones	A menudo	Siempre
1	2	3	4

ANEXO IV

RESVECH V 2.0 “Resultados Esperados de la Valoración y Evaluación de la Cicatrización de las Heridas Crónicas”

CENTRO:

Ítems	Medida Fecha:
<p>1. Dimensiones de la lesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. superficie = 0 cm² 1. superficie <4 cm² 2. superficie = 4 - <16 cm² 3. superficie = 16 - <36 cm² 4. superficie = 36 - <64 cm² 5. superficie = 64 - <100 cm² 6. superficie ≥ 100 cm² 	
<p>2. Profundidad / Tejidos afectados</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Piel intacta cicatrizada 1. Afectación de la dermis-epidermis 2. Afectación del tejido subcutáneo (tejido adiposo sin llegar a la fascia del músculo) 3. Afectación del músculo 4. Afectación de hueso y/o tejidos anexos (tendones, ligamentos, cápsula articular o escara negra que no permite ver los tejidos debajo de ella) 	
<p>3. Bordes</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. No distinguibles (no hay bordes de herida) 1. Difusos 2. Delimitados 3. Dañados 4. Engrosados (“envejecidos”, “evertidos”) 	
<p>4. Tipo de tejido en el lecho de la herida</p> <ul style="list-style-type: none"> 4. Necrótico (escara negra seca o húmeda) 3. Tejido necrótico y/o esfacelos en el lecho 2. Tejido de Granulación 1. Tejido epitelial 0. Cerrada/cicatrización 	

Ítems	Medida Fecha:
5. Exudado 3. Seco 0. Húmedo 1. Mojado 2. Saturado 3. Con fuga de Exudado	
6. Infección / inflamación (signos-biofilm) 8.1. Dolor que va en aumento Si =1 No = 0 8.2. Eritema en la perilesión Si =1 No = 0 8.3. Edema en la perilesión Si =1 No = 0 8.4. Aumento de la temperatura Si =1 No = 0 8.5. Exudado que va en aumento Si =1 No = 0 8.6. Exudado purulento Si =1 No = 0 8.7. Tejido friable o que sangra con facilidad Si =1 No = 0 8.8. Herida estancada, que no progresa Si =1 No = 0 8.9. Tejido compatible con Biofilm Si =1 No = 0 8.10. Olor Si =1 No = 0 8.11. Hipergranulación Si =1 No = 0 8.12. Aumento del tamaño de la herida Si =1 No = 0 8.13. Lesiones satélite Si =1 No = 0 8.14. Palidez del tejido Si =1 No = 0 ¡SUME LA PUNTUACIÓN DE CADA SUB-ITEM!	
PUNTUACIÓN TOTAL (Máx. = 35, Mín. = 0)	

ANEXO V**HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE**

Le invitamos a participar en un estudio de investigación.

Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica correspondiente y respeta la normativa vigente actualmente.

Nuestra intención es proporcionarle información adecuada y suficiente para que pueda evaluar si quiere o no participar en el estudio. Tras leer esta hoja informativa puede preguntar cualquier duda que le surja y consultar con cualquier persona que considere oportuno.

El estudio no va a influir en el tratamiento de su ulcera.

Cuando la ulcera cicatrice al cabo de 6 meses y al año respectivamente le llamaremos por teléfono para hacer un seguimiento de su calidad de vida sin úlcera.

Su participación en este estudio es totalmente libre y voluntaria; puede decidir no participar sin que por ello se altere la relación con los profesionales sanitarios que le atienden y sin sufrir ningún tipo de perjuicio en su tratamiento. Si decide participar puede retirar su consentimiento en cualquier momento y sin dar explicaciones.

- He leído y comprendido la hoja de información sobre el estudio.
- He recibido suficiente información y he realizado todas las preguntas que he precisado.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.

- Sin dar explicaciones.

- Sin que repercuta en mis cuidados médicos.

- Comprendo que mi información personal será confidencial.
- Comprendo que participando acepto que me realice la entrevista.
- Y presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

D./Dña. _____

(Nombre y apellidos del paciente en mayúsculas)

Dña. _____

(Nombre y apellidos de la investigadora principal en mayúsculas)



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Musicoterapia versus anestésico local en la punción del Port-a-cath en niños

Autora:

Isabel M^a Fernández Medina

*Enfermera interna residente del Complejo
Hospitalario Torrecárdenas. Almería. España.*

Dirección para correspondencia:

isabelmariafm@hotmail.com

Recibido: 13 de agosto de 2014

Aceptado: 9 de diciembre de 2014

RESUMEN

Se conoce que la musicoterapia puede aliviar los estados de ansiedad, mejorar el ánimo, el dolor y la calidad de vida de enfermos oncológicos, incluso sus beneficios se extienden a mitigar los efectos de la quimioterapia y reforzar el sistema inmune.

Objetivo: Comparar la efectividad de la musicoterapia en la reducción del dolor por punción del Port-a-cath en niños oncológicos, con la aplicación de una crema anestésica tópica.

Metodología: Ensayo clínico controlado aleatorizado. Los sujetos serán niños diagnosticados de patología oncológica con una edad comprendida entre 5 y 12 años. La muestra será aleatorizada en dos grupos: un grupo que recibirá terapia musical anterior a la punción del Port-a-cath y otro grupo al que se le aplicará una crema anestésica tópica anterior a la punción.

Los resultados serán medidos utilizando la escala facial de dolor y la modificación en la frecuencia cardíaca y la tensión arterial.

Palabras clave:

- Servicio de oncología en hospital
- Pediatría
- Musicoterapia
- Dolor
- Punciones
- Catéteres
- Enfermería.

ABSTRACT

It is known that the music therapy may relieve states anxiety as well as improve mood, pain and quality of life of cancer patients. Besides its benefit is extended to reduce the bad effects of chemotherapy and reinforce the immune system.

Objective: To compare the effectiveness of music therapy with the application of a topical anesthetic cream in order to reduce the pain from the puncture at the Port-a-cath in children with cancer.

Methodology: The clinical trial is randomized controlled trial. The subjects are children between the ages of 5 and 12 with a diagnosis of cancer. The participants will be randomly assigned to one of two groups: one group will receive music therapy and other group will be applied to a topical anesthetic cream before puncturing the Port-a-cath.

The results will be measured by the faces pain scale and changes in heart rate and blood pressure.

Keywords:

- Oncology Service Hospital
- Pediatrics
- Music Therapy
- Pain
- Punctures
- Catheters
- Nursing.

INTRODUCCIÓN, ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA. MARCO TEÓRICO

La musicoterapia se define como la aplicación de música que induce en el ser humano cambios psicológicos, fisiológicos y cognitivos que contribuyen a aumentar el nivel de salud en su complejidad holística, minimizar el efecto de algunas intervenciones hospitalarias dolorosas y procesos de enfermedad¹.

La Nursing Interventions Classification, establece la terapia musical como una más de las intervenciones enfermeras y la define como "la utilización de música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o parámetros fisiológicos"². Haciendo ejemplo de ello, Florence Nightingale, en su libro "Notas de enfermería", relata cómo utilizó la música como parte de los cuidados que prestaba a los soldados en la guerra de Crimea para aliviar el dolor³.

Se han descrito varios beneficios de la musicoterapia en el ámbito de la oncología. En este sentido, una revisión bibliográfica realizada en 2011, dio a conocer que la musicoterapia ayuda a mitigar los efectos indeseables de la quimioterapia, mejora la ansiedad, el dolor, el estado de ánimo y actúa sobre los parámetros fisiológicos, disminuyendo la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la tensión arterial⁴.

A pesar de que el dolor es uno de los síntomas más frecuentes de los enfermos oncológicos, estos se ven sometidos en la mayoría de las ocasiones, a pruebas diagnósticas y tratamientos

que también son fuente de dolor, cabe destacar la administración de tratamiento quimioterápico a través de la venopunción o de reservorios subcutáneos tipo Port-a-cath. Actualmente, y sobre todo, en el caso de los niños con patología oncológica, para aliviar el dolor producido por la punción del Port-a-cath, se utiliza una crema anestésica local administrada media hora o una hora antes del procedimiento. Este preparado como cualquier sustancia farmacológica, no está exenta de efectos adversos. Sin embargo, la música es una de las herramientas de las que disponemos para aliviar el dolor, carente de efectos adversos, fácil de administrar y sin coste alguno.

La música incrementa la liberación de endorfinas, neurotransmisores que enmascaran la sensación dolorosa. Diversos estudios realizados han concluido que los enfermos oncológicos que escuchan música poseen menos dolor y por consiguiente requieren menos sustancias analgésicas^{5,6,7}.

Referente a la oncología pediátrica, hemos encontrado que las terapias integradoras como la música, el arte, la imaginación guiada, el masaje, los juegos terapéuticos y las actividades de distracción, son eficaces para el dolor y la ansiedad en los niños sometidos a tratamiento contra el cáncer⁸.

Debido a todo lo comentado anteriormente, consideramos apropiado y relevante la realización de un ensayo clínico que desvele los resultados de la musicoterapia en comparación con otras terapias llevadas a cabo actualmente como la aplicación de crema anestésica local para llevar a cabo la punción del Port-a-cath.

HIPÓTESIS

Los niños con patología oncológica a los que se les aplica musicoterapia presentan menos dolor en la punción del Port-a-cath que aquellos a los que se le aplica una crema anestésica tópica.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Comparar la efectividad de la musicoterapia en la reducción del dolor por punción del Port-a-cath en niños oncológicos, con la aplicación de una crema anestésica tópica.

Objetivos específicos

- Evaluar el nivel de dolor por punción del Port-a-cath, utilizando como medida analgésica la musicoterapia.
- Evaluar el nivel de dolor por punción del Port-a-cath, utilizando como medida analgésica una crema anestésica tópica.

METODOLOGÍA

Diseño

Ensayo clínico aleatorizado.

Sujetos de estudio

Los sujetos serán captados del servicio de oncología infantil del complejo hospitalario que acepte la realización del estudio.

Criterios de inclusión

Niños entre 5 y 12 años diagnosticados de patología oncológica, con Port-a-cath e ingreso hospitalario para la administración de tratamiento.

Criterios de exclusión

- Niños con patología de base que proporcione un desarrollo psicomotor anormal para la edad.
- Niños en situación terminal.
- Niños con alteración del estado de conciencia o inestabilidad hemodinámica.

Aleatorización

Todos los niños que cumplan los criterios de inclusión serán aleatorizados en dos grupos, en función de un programa generador de números aleatorios. Esta situación, se llevará a cabo mediante la entrega de un sobre opaco a los padres de dichos niños, correctamente sellado, tras la firma del consentimiento informado, que determinará su inclusión en un grupo u otro:

- Grupo 1: Musicoterapia como medida analgésica para mitigar el dolor en la punción del Port-a-cath.
- Grupo 2: Anestésico tópico como medida analgésica para mitigar el dolor en la punción del Port-a-cath.

Estandarización de la intervención

La captación de participantes se llevará a cabo en la unidad de oncología infantil tras el ingreso del niño para la administración de tratamiento.

La enfermera correspondiente verificará si el niño cumple los criterios de inclusión. Si este cumple los criterios, se informará a los padres acerca del proyecto entregándole la hoja informativa y el consentimiento informado junto con el sobre que permite su inclusión en uno de los dos grupos. Tras la aceptación y firma del consentimiento informado, antes de proceder a la punción del Port-a-cath, la enfermera comprobará a cuál de los dos grupos pertenece:

- Grupo 1: Aplicación de musicoterapia receptiva media hora antes de la punción. La música será aplicada en la propia habitación del hospital donde se ubique el niño. Este permanecerá en compañía de sus padres durante el tiempo que dure la sesión de musicoterapia. El tipo de música a aplicar será música clásica.
- Grupo 2: Aplicación de anestésico local media hora antes de la punción. Se aplicará una crema anestésica tópica compuesta por 25 mg/g de lidocaína y 25 mg/g de prilocaina, en el lugar de ubicación del dispositivo Port-a-cath, donde posteriormente se realizará la punción. El niño en este caso también permanecerá en compañía de sus padres.

El nivel de dolor por la punción será medido en ambos grupos, cinco minutos tras la misma, utilizando la escala facial de dolor y la modificación en la frecuencia cardíaca y la tensión arterial.

Descripción de las variables de estudio

Variables principales

- Dolor: medido mediante la alteración de los parámetros fisiológicos frecuencia cardíaca y tensión arterial (aumento mayor del 20% de los parámetros basales) y la escala visual analógica "Faces Pain Scale" de Wong-Baker^{9,10}.

Variables secundarias

- Edad.
- Sexo.
- Tipo de tumor.

Tamaño de la muestra

La estimación del tamaño muestral se ha realizado contando aproximadamente con una población de 21.000 niños con enfermedades oncológicas¹¹, con un intervalo de confianza del 95%. Se ha incluido que aproximadamente un 5% de los casos no serán analizados debido a pérdidas. Por lo tanto, se estima un tamaño muestral de 14 niños oncológicos en el grupo 1 y 2, con un tamaño muestral total de 28 niños.

El cálculo del tamaño de la muestra se ha realizado mediante la siguiente fórmula:

$$\frac{N\sigma^2 Z^2}{e^2 (N - 1) + \sigma^2 Z^2}$$

Donde:

N: es el tamaño de la población (en este caso 21.000 niños afectados de patología oncológica).

σ : Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z: es una constante que depende del nivel de confianza que asignemos. En este caso, hemos asignado un nivel de confianza del 95%, por tanto, el valor de k se obtiene de una tabla de distribución normal estándar, objetivándose que este valor corresponde a 1,96.

e: es el error muestral deseado, en tanto por uno. En este caso del 5% (0,05).

Análisis de los datos

El análisis de los datos se realizará por grupo mediante el programa estadístico SPSS 18.0 para Windows. Se incluirá un intervalo de confianza del 95% en la medición de los resultados. Se expresará para las variables cualitativas, las frecuencias y porcentajes y para las variables cuantitativas, la media y la desviación típica.

El nivel de significación estadística entre ambos grupos será medido con la prueba T-Student.

Se calculará la homogeneidad de ambos grupos para las variables edad, sexo y tipo de tumor, mediante el test Chi-cuadrado.

Limitaciones del estudio

Al establecer criterios de inclusión, se ha limitado el número de la muestra, por lo que en futuros estudios se podría extender este proyecto a niños con otras patologías.

ASPECTOS ÉTICOS

Todos los padres de los niños incluidos en el estudio serán informados acerca del proceso a llevar a cabo, así como se les pedirá su participación voluntaria y la firma del correspondiente consentimiento informado según la Ley Básica de Autonomía del Paciente, en cumplimiento de los principios éticos referentes a investigaciones médicas recogidos en la declaración de Helsinki y por otros muchos textos internacionales como la Directiva Europea sobre Ensayos Clínicos, de 2001, o el Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina de 1997, del Consejo de Europa, donde se proclama abiertamente la primacía del interés y el bienestar del ser humano sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia.

Se exigirá también el consentimiento expreso del menor siempre que este tenga doce o más años.

No obstante, antes de la puesta en marcha del proyecto, se solicitará su aprobación al Comité Ético de Investigación Clínica del complejo hospitalario correspondiente.

Los datos serán tratados de manera confidencial, en base a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal y a la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

El ensayo clínico controlado aleatorizado, es el estudio que mejor permite corroborar la efectividad de los tratamientos o intervenciones.

El estudio pretende extrapolar sus resultados, si estos son favorables, a las unidades de oncología infantil, para que puedan incorporar la terapia musical como una más de las intervenciones enfermeras, y así poder ofrecer otra alternativa además de la crema anestésica para poder reducir el dolor por la punción del Port-a-cath.

La aplicación de esta práctica enfermera también supondrá

un cambio de la metodología enfermera en base al tratamiento de los niños oncológicos.

PLAN DE TRABAJO

- Primera etapa: Solicitud de permisos (2 meses).
 - Solicitud y obtención de la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica del centro.
 - Reunión con el equipo de atención a niños oncológicos.
- Segunda etapa: Puesta en marcha del proyecto (6 meses).
 - Selección de los participantes en base a criterios de inclusión.
 - Información del estudio.
 - Obtención del consentimiento informado.
 - Aleatorización de los participantes en el grupo 1 o 2.
 - Recogida inicial de datos.
 - Recogida de datos anterior a la punción.
 - Aplicación de la medida analgésica correspondiente según el grupo.
 - Recogida de datos tras la punción.
- Tercera etapa: Análisis de los datos y extracción de resultados (4 meses).
 - Inclusión de los datos en el programa estadístico.
 - Interpretación de los datos.
 - Comparación de los datos entre ambos grupos.
 - Elaboración de resultados.
 - Elaboración de conclusiones.
 - Elaboración del informe final de investigación.
 - Divulgación de los resultados.

EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR

El investigador principal del estudio posee amplia formación en investigación y es autor de diversas revisiones bibliográficas, estudios de casos clínicos y comentarios críticos de artículos en lengua española e inglesa.

MEDIOS NECESARIOS

Será necesario adquirir al menos dos reproductores musicales para poder aplicar la terapia correctamente, así como contratar un auxiliar administrativo para poder incorporar los datos a la base correspondiente y un experto en el manejo del programa SPSS para la transcripción y traducción de los datos recogidos, pudiendo extrapolarlos a conclusiones válidas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Loewy J, Stewart K, Dassler AM, Telsey A, Homel P. The effects of music therapy on vital signs, feeding, and sleep in premature infants. *Pediatrics*. 2013; 131(5): 902-18.
- 2.- Bulechek G, Buthcer H, Dochterman J. *Nursing Interventions Classification (NIC)*, 6 th. Barcelona: Elsevier; 2008.
- 3.- Jiménez AB, Salinas MT, Sánchez T. Algunas reflexiones sobre la

filosofía de Virginia Henderson. *Rev. enferm. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2004; 12 (2): 61-63.

4.- Bradt J, Dileo C, Grocke D, Magill L. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2011 [cited 2014 July 28]. Available from: <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD006911/frame.html>.

5.- Evans D. The effectiveness of music as an intervention for hospital patients: a systematic review. *J Adv Nurs* 2002; 37 (1): 8-18.

6.- Cepeda MS, Carr DB, Lau J, Alvarez H. Música para el alivio del dolor (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

7.- Matsota P, Christodoulou T, Smyrnioti ME, Pandazi A, Kane-

llopoulos I, Koursoumi E et al. Music's use for anesthesia and analgesia. *J Altern Complement Med.* 2013; 19(4): 298-307.

8.- Thrane S. Effectiveness of integrative modalities for pain and anxiety in children and adolescents with cancer: a systematic review. *J Pediatr Oncol Nurs.* 2013; 30(6): 320-32.

9.- Miró J, Huguet A, Nieto R, Paredes S, Baos J. Valoración de la escala de dolor de caras- revisada (faces pain scale-revised) para evaluar la intensidad del dolor pediátrico en niños castellano parlantes. *Rev Soc Esp Dolor.* 2005; 12 (7): 407-416.

10.- McGrath PA, Seifert CE, Speechley KN, Booth JC, Stitt L, Gibson MC. A new analogue scale for assessing children's pain: an initial validation study. *Pain.* 1996; 64: 435-43.

11.- Peris Bonet R, et al. Cáncer infantil en España. Estadísticas 1980-2009. *Registro Nacional de Tumores Infantiles (RNTI-SEHOP)*. Valencia: Universitat de València, 2010.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Vivencias experimentadas por los hombres durante la cesárea urgente de su pareja

Autoras:

Ana Casteleiro Vallina

Enfermera Especialista en Obstetricia y ginecología. Hospital Universitario Basurto. Vizcaya. España.

Eva Diez Paz

Enfermera Especialista en Obstetricia y ginecología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España.

Belén Barroso Lazuén

Enfermera Especialista en Obstetricia y ginecología y Enfermera Especialista en Salud Mental. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España.

Ana Alejo Holgado

Enfermera Especialista en Obstetricia y ginecología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España.

*Dirección para correspondencia:
acasteleiro@msn.com*

Recibido: 4 de agosto de 2014
Aceptado: 16 de diciembre de 2014

RESUMEN

En los últimos años la figura paterna ha adquirido un gran protagonismo en la vida familiar desde la incorporación de la mujer al mundo laboral. Por otro lado, muchos hombres empiezan a reivindicar una vivencia diferente de la paternidad y una mayor valoración de su papel durante el embarazo, el nacimiento y la crianza de sus hijos desde el inicio del proceso reproductivo.

El objetivo del estudio es conocer los sentimientos experimentados por los padres durante la espera en una cesárea urgente, con la intención de poder identificar las posibles necesidades de estos durante la espera.

Para llevar a cabo el estudio de carácter cualitativo, se realizarán entrevistas en profundidad compuestas por preguntas abiertas, de no más de una hora de duración, a las parejas de las mujeres sometidas a una cesárea urgente, una vez instaladas en la planta de puerperio. Se realizarán entrevistas hasta la saturación de la muestra. Para la organización y análisis de los datos obtenidos, se utilizará el programa Atlas.ti.

El conocimiento de los sentimientos experimentados por las parejas durante la espera en una cesárea urgente, ayudará a mejorar la atención que reciben de los profesionales sanitarios.

Palabras clave:

- Hombre
- Cesárea
- Sentimientos.

ABSTRACT

In recent years, father figure has become more relevant in the family life since the incorporation of women into the workplace.

Furthermore, many men start claiming a different experience of the fatherhood and better appreciation of their role during pregnancy, birth and in the upbringing of their children since the start of the reproductive process

The aim of this study is to know father's feelings experienced during the wait for an emergency cesarean delivery in order to identify the needs of fathers while waiting.

A qualitative study will carry out. Depth interviews will be realized with open questions and a duration less than one hour. Male partners, whose women have been undergone an emergency cesarean, will be interviewed once they are in the postpartum ward.

Interviews will be made until saturated. Atlas.ti program will be used to organize and analyze data.

Awareness of parent's feelings during the waiting period of emergency cesarean will help to improve the care, which they receive from health professionals.

Keywords:

- Men
- Cesarean section
- Feelings.

INTRODUCCIÓN

Cuando los padres imaginan el momento del nacimiento de su hijo, pocos se plantean vivir una cesárea, sea ésta programada o no. Siendo esto así, ¿qué podrían experimentar unos padres que nunca se han planteado vivir esa situación? y por otro lado ¿y si se tratase de una cesárea urgente?

En los últimos años la figura paterna ha tomado un gran protagonismo en la vida familiar desde la incorporación de la mujer al mundo laboral. En los últimos años, muchos hombres han comenzado a reivindicar una vivencia diferente de la paternidad y una revaloración de su papel durante el embarazo, el nacimiento y la crianza de sus hijos e hijas desde el inicio del proceso reproductivo⁽¹⁾. Por esta razón parece necesario acercarse a los hombres como algo más que las parejas de las mujeres, como una parte integral del proceso reproductivo que también vive su pareja.

En el caso de las cesáreas, con frecuencia, el recién nacido va a pasar las primeras horas de vida junto al padre en ausencia de la madre. Algunos estudios han señalado que los padres de hijos nacidos por cesárea participaban más activamente en el cuidado del bebé e incluso se mostraban más satisfechos con dicha relación que los padres de bebés nacidos por parto vaginal⁽²⁾.

El número de cesáreas realizadas en España se sitúan entre un 25 y 28%, frente al 15% que fija como adecuado la Organización Mundial de la Salud. El número de partos registrados en las maternidades públicas durante el año 2011 en la Comunidad de

Cantabria fue de 4.404, siendo por cesárea el 18,10% en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV)⁽³⁾.

Dado que, al contrario de lo que recomienda la OMS, nos encontramos con un elevado número de cesáreas, se considera conveniente incrementar los conocimientos y la comprensión de cómo los hombres experimentan el nacimiento de su bebé por cesárea.

Según el momento de su indicación la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)⁽⁴⁾ define como cesárea urgente aquella que se realiza ante circunstancias vitales o accidentales tanto maternas como fetales y que a su vez puede ser anteparto o intraparto. Es en este tipo de cesáreas en las que nos centraremos para desarrollar nuestro estudio.

Las investigaciones sobre el proceso de nacimiento principalmente se centran en la maternidad. Son recurrentes los estudios en relación con la vivencia experimentada por la madre durante el proceso de parto y cesárea, en una monografía sobre las emociones del parto, Zubizarreta⁽⁵⁾ afirma que las principales emociones que aparecen durante el parto son: el dolor, el miedo, el temor o el sentido del control. Y, dependiendo de cómo la mujer utilice todas estas emociones, generarán en ella una experiencia de parto positiva o negativa.

En otro estudio realizado en Inglaterra durante el año 2002, analizan la experiencia vivida por las mujeres antes, durante y después de una cesárea electiva demostrando como sus parejas desempeñaban un papel importante en la experiencia del miedo y del dolor asociados con procedimientos quirúrgicos, sugi-

riendo que un manejo cuidadoso de los factores psicológicos y sociales durante tales procedimientos son componentes esenciales en el manejo del paciente⁽⁶⁾.

Sin embargo, el sentir masculino ha sido menos analizado hasta ahora. La incertidumbre, el miedo, la ansiedad y la impotencia han estado presentes de manera frecuente en los hombres durante el transcurso del parto. En un estudio de Johansson⁽⁷⁾ durante los años 2008-2009 en Suecia, se entrevistó a 22 padres que pasaron por la vivencia de una cesárea. Ellos describieron esa experiencia como traumática y desencadenante de ansiedad. Sus emociones negativas aumentaron, cuando no se les permitió entrar en el quirófano durante la cesárea y los hombres que se han quedado solos y sin apoyo, han informado de un altísimo nivel de ansiedad y estrés; temiendo por la seguridad y el bienestar tanto de su pareja como del recién nacido.

Una experiencia de parto menos gratificante ha sido descrita en relación con partos quirúrgicos instrumentales y urgentes. Estas situaciones a menudo incluyen un tiempo limitado para dar soporte a los padres y puede conducir a sentimientos de ansiedad y una pérdida de control⁽⁸⁾.

En otro estudio realizado por esos mismos autores durante el año 2007 en Suecia, en el cual se preguntó a 827 padres sobre la atención recibida intraparto, el 46% de las parejas consideró la atención recibida como deficiente después de una cesárea urgente y un 40% de los padres tras una cesárea electiva consideró su participación en la toma de decisiones también como deficiente⁽⁹⁾.

En España, existen escasas publicaciones que estudien la incorporación de la figura masculina a los servicios sanitarios durante el proceso de nacimiento de los hijos. Maroto et al⁽¹⁰⁾ analizaron las experiencias y expectativas de los hombres hacia la atención sanitaria del embarazo, parto y posparto de sus parejas. Para ello, realizaron durante el año 2004 en Granada entrevistas individuales a 10 hombres que habían sido padres recientemente, obteniendo como resultado un limitado protagonismo de los hombres durante el proceso del nacimiento de sus hijos y cómo los servicios sanitarios invisibilizan a los hombres y coartan su participación separándoles del proceso.

Olza en su artículo "Secuelas psicopatológicas de las cesáreas" hace una pequeña referencia al efecto que tiene una cesárea sobre la relación de pareja: "a pesar de sentirse aliviados o contentos por tener un hijo sano, los padres también suelen experimentar sentimientos de incompetencia, aislamiento, ansiedad, tristeza, miedo, estrés, rabia, preocupación, nerviosismo, decepción y sensación de fracaso por no haber cumplido con el papel que se esperaba de ellos como soporte activo en el parto. Estos sentimientos se intensifican si el padre no ha podido estar con su mujer mientras le hacían la cesárea"⁽¹¹⁾.

JUSTIFICACIÓN

La escasez de estudios referentes a los sentimientos paternos, ha impulsado a centrar este proyecto en la parejas de las mujeres, ya que es importante analizar qué sienten y piensan en ese momento tan estresante en el que a su pareja se le realiza una cesárea urgente.

En los diferentes estudios sobre comunicación y salud, los pacientes-usuarios demandan respeto, sensibilidad, acogida, tiempo suficiente, apoyo y comunicación centrada en el pacien-

te⁽¹²⁾. Durante todo el proceso de dilatación-parto e incluso durante la cesárea los profesionales que acompañan a los futuros padres son las matronas, estas son las que establecemos una relación estrecha, íntima e intensa con la pareja y por ello es importante para nuestra profesión indagar en sus necesidades mediante la programación de intervenciones dirigidas a ellos.

Un enfoque cualitativo permite conocer más de cerca las experiencias individuales de estos padres proporcionando una información adecuada, variada y complementaria, lo cual permite aproximarse a distintos aspectos de dicha realidad.

Por tanto, el objetivo del presente trabajo es explorar las vivencias experimentadas por un grupo de hombres de acuerdo a la experiencia que tuvieron durante la espera de una cesárea urgente en el nacimiento de sus hijos e hijas. De esta manera se puede conseguir una base de conocimiento con el fin de mejorar la atención a los padres en esta situación.

MARCO TEÓRICO

Entre los diferentes paradigmas cualitativos, el fenomenológico hermenéutico, es el más adecuado para este proyecto, ya que nos permite conocer qué significados asignan los padres, a través de las entrevistas realizadas, a sus experiencias vividas tras las cesáreas practicadas a sus parejas⁽¹³⁾.

Este paradigma sostiene que la realidad es una interpretación del mundo y por tanto mantiene que la realidad no es única ni fija y que no existe una verdad absoluta, sino tantas realidades como interpretaciones de las mismas⁽¹³⁾.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las vivencias que experimenta la pareja cuando a la gestante se le practica una cesárea urgente por primera vez?

OBJETIVOS

- Describir los sentimientos experimentados por el padre durante la espera en una cesárea urgente.
- Identificar los factores personales y/o contextuales que influyen en sus sentimientos.
- Enumerar aspectos que hubieran mejorado la experiencia.

METODOLOGÍA

Se propone un diseño de estudio de tipo cualitativo fenomenológico hermenéutico realizado mediante entrevistas abiertas.

El estudio se realizará en la planta cuarta de Puerperio de la Residencia Cantabria localizada en Santander (Cantabria), a través de entrevistas (ANEXO I) hasta la saturación de la muestra. La técnica de muestreo será intencional.

Se incluirán todas las parejas que cumplan los siguientes criterios:

- Parejas cuyas mujeres hayan experimentado por primera vez una cesárea urgente.
- Perfil de la pareja: hombre comprendido entre 30 y 45 años con el fin de tener personas con similares experiencias de vida.

Vivencias experimentadas por los hombres durante la cesárea urgente de su pareja

- Padres primerizos.
- Parejas de nacionalidad española para evitar los sesgos culturales que existen en relación a la cultura del embarazo y parto.

Se excluirán aquellos padres cuyas parejas sean sometidas a cesáreas no urgentes o programas.

Una vez seleccionados se les informará del objetivo del estudio y se le solicitará el consentimiento informado para poder formar parte de él (ANEXO II y III).

Las entrevistas se realizarán cuando se encuentren en la planta de Puerperio, pasado la cesárea, se considera que este es el momento más adecuado para conocer sus sentimientos de la forma más extensa posible, queremos dar la oportunidad a los padres de que se expresen libremente para que aporten información lo más enriquecedora posible para el estudio.

Se usarán magnetófonos para grabar las entrevistas, así como papel y lápiz para recoger las notas necesarias, si el interesado acepta.

Para la organización y análisis de los datos obtenidos, se utilizará el programa Atlas.ti, software específico para el análisis cualitativo de los datos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

A todos los participantes del estudio se les solicitará su consentimiento para formar parte del mismo, tal como se indica en el capítulo de metodología.

El tratamiento de los datos se hará de forma que quede garantizada la confidencialidad de los mismos y de la información del estudio (Ley Orgánica 1999 de Protección de Datos de Carácter Personal).

Los datos obtenidos sufrirán un proceso de anonimización, de tal manera que resulte imposible para alguien ajeno al estudio relacionar la entrevista con los datos personales del entrevistado. Este proceso se realizará mediante un sistema de códigos numéricos consecutivos comenzando por 001.

Se procederá a solicitar formalmente a la dirección del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla la realización de este estudio (ANEXO IV).

Así mismo, el proyecto se remitirá al Comité Ético de Investigación Clínica de la Fundación Valdecilla para que dé la aceptación de llevarlo a cabo (ANEXO V).

UTILIDAD DE LOS RESULTADOS, EN RELACIÓN A LA COMUNIDAD CIENTÍFICA Y A LA SOCIEDAD

El número de cesáreas en la comunidad de Cantabria representa el 18,10% en el HUMV, esto supone un elevado porcentaje del total los partos ocurridos en esta comunidad, por esta razón y dado que el número de personas afectadas por esta situación, hace necesario prestar una especial atención a este acontecimiento.

Uno de los implicados en el nacimiento de un bebé es el padre. Una vez obtenidos los resultados, este estudio nos permitirá conocer cómo es la experiencia que vive el padre durante la cesárea urgente de su mujer, y de esta forma conocer las nece-

sidades que presentan, de tal manera que podamos desarrollar protocolos de asistencia a estos padres, para mejorar la calidad, la eficiencia y la efectividad en la atención a los mismos, en una situación tan estresante como es una cesárea urgente. De este modo, se atenderá de una forma integral a la familia.

PLAN DE TRABAJO

Cuando se lleve a cabo el proyecto este será el cronograma que se empleará.

Actividades	Tiempo (en meses).												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Unificación de criterios del equipo investigador	■												
Elaboración instrumentos de medida	■												
Recogida de datos*		■	■	■	■	■	■	■					
Análisis e interpretación de datos								■	■	■	■		
Elaboración documento												■	
Presentación													■

El tiempo empleado en la recogida de datos es aproximado, ya que se realizarán entrevistas hasta la saturación de la muestra.

EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR

El equipo investigador está formado por 4 Enfermeras Especialistas en Obstetricia y Ginecología (Matronas).

La investigadora principal Ana Casteleiro Vallina es Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Máster Universitario en Investigación en Cuidados de Salud en la Universidad de Cantabria.

Eva Díez Paz es Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Máster Universitario en Investigación en Cuidados de Salud en la Universidad de Cantabria.

Ana Alejo Holgado es Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Máster Universitario en Investigación en Cuidados de Salud en la Universidad de Cantabria.

Belén Barroso Lazuén es Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología así como Enfermera Especialista en Salud Mental. Máster Universitario en Investigación en Cuidados de Salud en la Universidad de Cantabria.

Con este equipo se garantiza la realización del proyecto. Se trata de un equipo con amplios conocimientos y experiencia en el ámbito de estudio.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración de Gloria Santos Hernández, Matrona en HUMV (Santander) y de Ana Rosa Alconero, Profesora de la Universidad de Cantabria.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Grupo de trabajo del Programa de Preparación para la maternidad y paternidad. Programa de preparación para la maternidad y paternidad. Consejería de Sanidad Dirección General de Salud Pública. Santander; 2010.
- 2.- Clement S. Psychological aspects of caesarean section. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2001;15(1):109-26.
- 3.- Consejería de Sanidad. Indicadores básicos de calidad de atención al parto y nacimiento. Santander: Consejería de Sanidad y Servicios sociales; 2011 [Consultado 22 Feb 2014]. Disponible en: <http://www.saludcantabria.es/index.php?page=atencion-al-embarazo>
- 4.- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolo cesárea abdominal. Madrid: SEGO; actualizado en 2002.
- 5.- Zubizarreta R. Monografía sobre las emociones del parto. *Nuber Científ.* 2013;2(8): 22-28.
- 6.- Keogh E, Hughes S, Ellery D, Daniel C, Holdcroft A. Psychosocial Influences on Women's Experience of Planned Elective Cesarean Section. *Psychosom Med.* 2006;68(1):167-74.
- 7.- Johansson M, Hildingsson I, Fenwick J. Important factors working to mediate Swedish fathers' experiences of a caesarean section. *Midwifery.* 2013; 29(9); 1041-9.

- 8.- Johansson M, Rubertsson C, Radestad I, Hildingsson I. Childbirth an emotionally demanding experience for fathers. *Sex Reproduc Healthc* 2012;3(1):11-20.
- 9.- Johansson M, Hildingsson I. Intrapartum care could be improved according to Swedich fathers: mode of birth matters for satisfaction. *Women Birth.* 2013;26(3):195-201.
- 10.- Maroto G, Castaño E, García M, Hidalgo N, Mateo I. Paternidad y servicios de salud. Estudio cualitativo de las experiencias y expectativas de los hombres hacia la atención sanitaria del embarazo, parto y posparto de sus parejas. *Rev Esp Salud Pública.* 2009;83(2):267-78.
- 11.- Olza I. Secuelas psicopatológicas de las cesáreas. Asociación española de matronas [Internet]. 2010 [Consultado 20 Feb 2014]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/CONFERENCIAS_AESMATRONAS/07_PARTO/26_SECUELAS.pdf.
- 12.- Díaz J, Catalán D, Fernández M, Granados G. La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. *Gac Sanit.* 2011;25(6):483-489.
- 13.- Salamanca A. Paradigmas en las ciencias sobre la salud. El aeiou de la investigación en enfermería. Madrid: Fuden; 2013. p. 55-66.

ANEXOS

ANEXO I ENTREVISTA ABIERTA

- Cuéntenos como fue su experiencia. ¿Como la calificaría?
- ¿Qué ideas se le pasaron por la mente en esa espera?
- ¿Qué sentimientos fueron los más relevantes?
- ¿Tuvo la necesidad de contactar con alguien?
- ¿Podría relacionar esta experiencia con alguna otra situación de su vida?
- ¿Qué aspectos le ayudaron a sentirse mejor?
- ¿Qué le hubiera ayudado a sentirse mejor?
- Factores personales y contextuales: Edad, formación académica, profesión, situación laboral, estado civil, creencias, estilo de vida.

La entrevista finalizará agradeciendo a la persona el tiempo empleado y animándole a añadir algo que le parezca importante, pero que no se haya abordado en el transcurso de la entrevista, en aras a mejorar la atención en cuidado que se presta a las parejas en situaciones similares.

ANEXO II DOCUMENTO DE DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./Dña.
..... con DNI nº

Manifiesto que he leído y entendido la hoja de información que se me ha entregado, que he hecho las preguntas que me surgieron sobre el proyecto y que he recibido información suficiente sobre el mismo.

Comprendo que mi participación es voluntaria, que puedo retirarme del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el Pro-

yecto de Investigación titulado "Vivencias experimentadas por los hombres durante la cesárea urgente de su pareja".

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la Ley 15/1999 de 13 de diciembre De Protección de Datos de Carácter Personal.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Santander, a de de 201...

Fdo. D/Dña, Fdo. Investigadora principal del proyecto

ANEXO III HOJA INFORMATIVA PARA LOS PARTICIPANTES

TÍTULO DEL ESTUDIO:

"Vivencias experimentadas por los hombres durante la cesárea urgente de su pareja"

AUTORAS DEL ESTUDIO: Ana Alejo Holgado, Belén Barroso Lazuén, Ana Casteleiro Vallina, Eva Díez Paz. Matronas, Área de partos, HUMV.

CONTACTO: matronascantabria@gmail.com

CENTRO: Escuela Universitaria de Enfermería de Cantabria en colaboración con el Servicio Cántabro de Salud.

Nos dirigimos a Ud. para informarle sobre un estudio de investigación, que llevarán a cabo los autores del mismo y arriba nombrados, en colaboración con el área de Obstetricia y Ginecología de la Residencia Cantabria. Nuestra intención es tan sólo que Ud. reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar, si quiere o no que sus datos se incluyan en nuestro estudio. Para ello le ruego lea esta hoja informativa

con atención, pudiendo consultar con las personas que considere oportuno, y nosotras le aclararemos las dudas que le puedan surgir.

Participación voluntaria. Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria, y que puede decidir no participar, o cambiar su decisión y retirar su consentimiento en cualquier momento.

Descripción general del estudio. El estudio consiste en la realización de entrevistas en profundidad, con el fin de conocer los sentimientos experimentados por las parejas durante la espera cuando a la gestante se le practica una cesárea urgente. Toda la información requerida se obtendrá de dichas entrevistas. Esta información nos ayudará a tomar mejores decisiones en cuanto a las necesidades que presentan los padres durante ese difícil momento.

Debe saber que no se le someterá ni a Ud. ni a su hijo/a a ninguna técnica ni se alterará el curso normal del ingreso de su pareja, ni el trato que reciba por parte del personal sanitario.

Si decide participar en el estudio se le realizarán una serie de entrevistas, que serán grabadas, las cuales variarán en número y contenido en función de la información que vaya aportando.

Debe conocer además, que, aunque las entrevistas se recogerán al completo, en el estudio no figurarán sus datos personales, puesto que les someteremos a un proceso de anonimización de manera que nadie externo al proyecto pueda relacionarla con el mismo.

Se van a incluir a padres que hayan pasado por la vivencia de que a su pareja se le haya sometido a una cesárea urgente, y su elección ha sido intencional entre aquellos padres que encajen en el perfil buscado por nuestro estudio y hayan acudido a la Residencia Cantabria como centro asistencial de referencia.

Beneficios y riesgos derivados de su partición. En ningún caso el estudio conlleva peligro adicional o riesgo para su salud ni la del recién nacido. Debe saber que siempre que lo desee podrá interrumpir su participación en el proyecto.

Aunque no recibirá beneficios personales por participar en este estudio de investigación, su colaboración nos será de gran ayuda para mejorar la asistencia futura en el área de obstetricia.

Confidencialidad y tratamiento de los datos. El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD).

De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual se deberá dirigir a la responsable del estudio, para dejar constancia de su decisión.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo las autoras y colaboradores directos del estudio podrán relacionar dichos datos con Ud. y con su historia clínica.

ANEXO IV

CARTA DE PRESENTACIÓN A LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

El grupo de investigación formado por las siguientes integrantes: Ana Casteleiro Vallina, Eva Díez Paz, Ana Alejo Holgado y Belén Barroso Lazuén; solicitamos autorización a la DIRECCIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA autorización para llevar a cabo el Proyecto de Investigación titulado: Vivencias experimentadas por los hombres durante la cesárea urgente de su pareja.

Como objetivos de nuestro estudio pretendemos identificar los sentimientos experimentados por el padre durante la espera en una cesárea urgente, realizada en la Residencia Cantabria durante el 2015, identificar los factores personales y/o contextuales que influyen en sus sentimientos, así como identificar aquellos aspectos que hubieran mejorado la experiencia.

Se trata de un proyecto de carácter cualitativo en el que se realizarán entrevistas en profundidad a los padres que den su consentimiento para formar parte del estudio. Estas entrevistas serán analizadas mediante el programa Atlas.ti. En ningún caso se intervendrá sobre ninguna de las variables del estudio.

Atentamente,

Se adjunta el documento del proyecto.

ANEXO V

CARTA DE PRESENTACIÓN AL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE LA FUNDACIÓN VALDECILLA DE CANTABRIA

El grupo de investigación formado por las siguientes integrantes: Ana Casteleiro Vallina, Eva Díez Paz, Ana Alejo Holgado y Belén Barroso Lazuén; solicitamos autorización al COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE LA FUNDACIÓN VALDECILLA DE CANTABRIA para llevar a cabo el Proyecto de Investigación titulado: "Vivencias experimentadas por los hombres durante la cesárea urgente de su pareja".

Como objetivos de nuestro estudio pretendemos identificar los sentimientos experimentados por el padre durante la espera en una cesárea urgente, realizada en la Residencia Cantabria durante el 2015, identificar los factores personales y/o contextuales que influyen en sus sentimientos, así como identificar aquellos aspectos que hubieran mejorado la experiencia.

Se trata de un proyecto de carácter cualitativo en el que se realizarán entrevistas en profundidad a los padres que den su consentimiento para formar parte del estudio. Estas entrevistas serán analizadas mediante el programa Atlas.ti. En ningún caso se intervendrá sobre ninguna de las variables del estudio.

Atentamente,

Se adjunta el documento del proyecto.

Plan de cuidados estandarizado durante el periodo expulsivo y de alumbramiento en el parto normal

Autoras:

Casandra García González

Residente de 2º año de Enfermería Obstétrico Ginecológica. Área de partos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Residencia Cantabria). Santander. España.

Oihane Terán Muñoz

Residente de 2º año de Enfermería Obstétrico Ginecológica. Área de partos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Residencia Cantabria). Santander. España.

Ana Rosa Alconero Camarero

RN, MSN, PhD, Matrona. Profesora titular de Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Cantabria. España.

Mª Teresa Gil Urquiza

Matrona. Jefa de estudios de la especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica. Supervisora Área de partos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Residencia Cantabria). Santander. España.

Marta González Maestro

Residente de 2º año de Enfermería Obstétrico Ginecológica. Área de partos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Residencia Cantabria). Santander. España.

Izaskun Laurrieta Sáiz

Residente de 2º año de Enfermería Obstétrico Ginecológica. Área de partos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Residencia Cantabria). Santander. España.

*Dirección para correspondencia:
casandragar88@hotmail.com*

Recibido: 7 de noviembre de 2014

Aceptado: 11 de diciembre de 2014

Se presenta la segunda publicación de una serie de tres planes de cuidados estandarizados. En este caso, el correspondiente a la fase de expulsivo y alumbramiento de un parto normal. A la espera de la publicación en el próximo número de Nuberos Científica el correspondiente al puerperio inmediato.

RESUMEN

Durante la segunda y tercera etapa del parto (expulsivo y alumbramiento) las mujeres necesitan recibir una atención integral, que tenga en cuenta sus expectativas y preferencias, siendo la matrona la profesional sanitaria más idónea para asistirles en un parto normal.

Por ello, planteamos un plan de cuidados estandarizado que aborde los diferentes momentos por los que pasa la parturienta durante estos periodos. Para su realización, la valoración se ha focalizado por sistemas y se ha seguido la perspectiva bifocal de los cuidados; por una parte, identificamos 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

During the second and third stages of labor, women need to receive holistic care, which takes their expectations and preferences into account. Midwife is the best professional to assist them to in a normal birth.

Thus we raise a standardized care plan to address the different stages women in labor go through. In order to do that, on one hand an assessment has been focused on systems and on the other hand a bifocal perspective of nursing care has been followed. Furthermore, we identify both potential complication (PC) or collaborative problems and nursing diagnosis using NANDA taxonomy (North American Nursing Diagnosis Association). According to nursing diagnosis, we select outcome criteria, NOC (Nursing Outcomes Classification) and interventions, NIC (Nursing Interventions Classification).

Keywords:

- Natural childbirth
- Obstetric nursing
- Nursing diagnosis.

INTRODUCCIÓN

La Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal (GPCAPN)⁽¹⁾, define el parto normal como: "El parto de comienzo espontáneo, que presenta un bajo riesgo al comienzo y que se mantiene como tal hasta el alumbramiento. El niño o niña nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como su bebé se encuentran en buenas condiciones".

Este plan de cuidados hace referencia al periodo expulsivo y de alumbramiento del parto normal. La definición recomendada por la GPCAPN considera que "La segunda etapa del parto o periodo expulsivo es aquella que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal. Esta etapa se subdivide a su vez en dos; el periodo expulsivo pasivo, que se considera desde el momento en que se consigue una dilatación completa del cuello uterino, antes o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo; y el periodo expulsivo activo, cuando el feto es visible o existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa o pujos maternos en presencia de dilatación completa con ausencia de contracciones de expulsivo". "Y la tercera etapa del parto o alumbramiento, es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta"⁽¹⁾.

La matrona debe conocer las expectativas de cada mujer para poder ofrecer el apoyo que necesite, evitando sentimientos de frustración innecesarios. Esta asiste a la mujer de forma continuada y presencial durante el parto, cuida de su bienestar físico y emocional, animándola en todo momento para que pueda vivir su parto de forma positiva. Además valora la progresión del parto y la evolución clínica de la mujer/parturienta mediante la entrevista y la exploración física y emocional de manera con-

tinua (frecuencia de las contracciones, tensión arterial, pulso, temperatura, sensación de sed, estado de ánimo, etc.) y del feto (mediante la auscultación de la frecuencia cardiaca fetal); facilita que la parturienta adopte la posición que le resulte más cómoda durante el periodo expulsivo⁽¹⁾.

Todas las mujeres deberían poder elegir la persona que les proporcione apoyo durante el parto. La evidencia científica ha demostrado que la relación entre la mujer y el profesional que le atiende influye en gran medida en la experiencia del parto. Se confirma que las mujeres que reciben un apoyo continuo profesional por matronas tienen una probabilidad mayor de tener un parto vaginal espontáneo y menor riesgo de necesitar analgesia epidural; aumenta la tasa de inicio de la lactancia materna, disminuye la práctica de episiotomías, y la tasa de parto instrumental (fórceps, ventosa, etc.) o cesárea⁽²⁾. Al mismo tiempo, aumenta la sensación de control y confianza materna y la satisfacción con la experiencia del parto^(1,3).

Son escasos los estudios sobre planes de cuidados estandarizados en el ámbito de la atención al parto; recientemente López Mirones et al.⁽⁴⁾ han publicado un plan de cuidados estándar (PCE) sobre la primera fase del parto. Para completar el proceso de atención al parto se realiza el segundo PCE; la valoración se ha focalizado y se ha seguido la perspectiva bifocal de los cuidados; por una parte, se identifican diagnósticos de Enfermería (DdE) según la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)⁽⁵⁾ y por otra las complicaciones potenciales (CP) o problemas interdependientes. Para los DdE se identifican los criterios de resultados Nursing Outcomes Classification (NOC), e intervenciones Nursing Interventions Classification (NIC)⁽⁶⁾.

OBJETIVOS

- Identificar las necesidades de atención más frecuentes de las mujeres en el periodo expulsivo y de alumbramiento.
- Elaborar un plan de cuidados estandarizados que satisfaga las necesidades de la parturienta en esas fases del parto normal.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

PRIMERA FASE: VALORACIÓN FOCALIZADA.

La valoración durante estas etapas es holística y esencialmente focalizada tal y como se describe a continuación^(1,7,8):

A. Control de la evolución del mecanismo del parto.

Se realiza mediante la exploración vaginal, utilizando una técnica estéril, y evitando exploraciones innecesarias. La exploración inicial se utiliza para confirmar:

- La dilatación cervical.
- La actitud, posición y altura de la presentación (plano de Hodge).
- La capacidad y configuración pélvica.
- La observación del líquido amniótico.

Las exploraciones sucesivas tienen como objetivo conocer el descenso de la presentación por el canal del parto y los cambios en la posición y actitud fetal, a la vez que se valora la evolución de la dilatación cervical y se observa el líquido amniótico.

B. Control de la dinámica uterina.

Se realiza mediante palpación abdominal, admitiendo como normal la existencia de 3 a 5 contracciones en 10 minutos, con una duración de 45 segundos. Su intensidad se determina a partir del grado de firmeza que alcanza el útero. Se puede registrar con una monitorización biofísica (citada en otro apartado).

C. Control del estado fetal.

Se realiza mediante la observación del líquido amniótico, valorando si es posible, la cantidad y la existencia o no de meconio, y mediante la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal (FCF). Durante el período expulsivo la valoración de la FCF externa se debe realizar cada cinco minutos, preferentemente tras cada contracción uterina, y pasado un minuto de la misma. Si se realiza monitorización biofísica mediante procedimientos externos o internos, se obtienen registros fetales de forma continuada.

D. Pujos.

Los pujos son generalmente reflejos y voluntarios, y suelen depender de la compresión de la cabeza fetal sobre el recto. Se recomienda el pujo espontáneo. En ausencia de sensación de pujo, la GPCAPN recomienda no dirigirlo hasta que haya concluido la fase pasiva de la segunda etapa del parto con un Nivel de Recomendación (NR A)^(9,10).

Generalmente, tras una inspiración profunda al comienzo de la contracción uterina la mujer puja. El pujo con la glotis abierta al tiempo de la exhalación, es preferible al empuje similar al obtenido con la maniobra de Valsalva, sosteniendo la respiración y contra la glotis cerrada. Durante una contracción uterina la mujer puede realizar varios pujos.

Entre contracciones, la mujer debe relajarse y respirar lentamente.

E. Anestesia.

Se valora el dolor mediante aplicación de la Escala Visual Analógica. En caso de iniciar tratamiento con analgesia epidural, se coloca un catéter permanente para repetir la dosis o recurrir a una infusión continua mediante una bomba de volumen.

F. Asistencia a la expulsión fetal.

Las contracciones uterinas, junto con los pujos maternos, hacen que se produzca el descenso de la presentación. Se recomienda que durante el parto las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda (NR A)⁽¹¹⁾.

Durante la expulsión del feto se debe permitir la distensión progresiva del periné y del introito vaginal y evitar la expulsión rápida e incontrolada de la cabeza y de los hombros fetales, para prevenir desgarros perineales mediante la protección activa del periné utilizando la técnica de deflexión controlada de la cabeza fetal y pidiendo a la mujer que no empuje (NR B)^(12,13).

Se recomienda posibilitar la aplicación de compresas calientes (NR A)⁽¹⁴⁾, no realizar masaje perineal durante el expulsivo (NR A)⁽¹⁵⁾, y evitar la maniobra de Kristeller (NR A)^(16,17), pues aumenta la tasa de episiotomías⁽¹⁸⁾.

G. Sección del cordón umbilical.

Tras la expulsión completa del feto se realizará la sección del cordón umbilical, con el feto colocado a la altura de la vulva, o encima del abdomen de su madre, entre dos pinzas, dejando al menos 10 cm de cordón en la inserción fetal. El pinzamiento se hará de tal manera que se pueda tener un trozo de cordón suficiente como para poder medir el pH de la sangre de una de las arterias umbilicales. Del extremo placentario del cordón umbilical se puede obtener una muestra de sangre para la determinación del grupo sanguíneo, factor Rh, test de Coombs directo, o cualquier otra determinación que se considere necesaria.

La GPCAPN recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (NR A) y sugiere el clampaje a partir del segundo minuto o cuando deja de latir (NR B)^(19,20). Según la guía National Institute for Health and Care Excellence (NICE) hay ensayos clínicos con un nivel alto de evidencia que demuestran que el pinzamiento tardío mejora los niveles de anemia en el recién nacido, aunque los resultados son muy variables⁽²¹⁾.

Si la maternidad está adscrita al programa de Donación de Sangre de Cordón Umbilical (DSCU) y la parturienta cumple los requisitos y presta su consentimiento por escrito, se recogerá la muestra.

El programa CONCORDIA de DSCU ha realizado un estudio prospectivo en 2011 sobre la influencia del momento del clampaje en el volumen de sangre de cordón obtenida, concluyendo que cuando éste es >120 segundos hace ineficiente la recolección. Sin embargo, tiempos intermedios entre 30 y 120 segundos pueden ser efectivos⁽²²⁾.

H. Atención a la madre y recién nacido.

Durante el período expulsivo también se debe procurar el bienestar materno tanto físico como anímico. Se deben de evaluar los aspectos psicológicos mediante observación, recogida de información (preguntas abiertas) y valoración del lenguaje no verbal.

Inmediatamente, después del nacimiento, si el recién nacido no requiere cuidados especiales, se le entregará a la madre para favorecer el contacto precoz piel con piel (CPP) entre ambos. El bebé será colocado directamente sobre el pecho desnudo de la madre al menos 50 minutos sin ninguna interrupción⁽²³⁾. No se recomienda la aspiración sistemática orofaríngea ni nasofaríngea.

La iniciación de la lactancia materna debe ser alentada lo antes posible después del nacimiento, preferentemente dentro de la primera hora (NR A)^(23, 24).

Hay evidencia de calidad de que el CPP es beneficioso a corto plazo para mantener la temperatura y disminuir el llanto, y a largo plazo, para aumentar la duración de la lactancia materna. Por ello, el resto de cuidados como la administración de vitamina K, la vacuna de la hepatitis B y la profilaxis oftálmica se realizan en la planta de maternidad. De hecho, el tiempo de administración de profilaxis oftálmica puede ampliarse hasta las 4 horas tras el nacimiento (NR A)⁽²⁵⁾, aunque otros autores afirman que su administración puede retrasarse hasta que el periodo de CPP inicial ha finalizado (50-120 minutos)⁽²³⁾.

Se deben tomar las medidas necesarias para que no quede ninguna duda sobre la identificación del recién nacido en la misma sala de partos, utilizando un método seguro y aceptado. Se recomienda la utilización de pulseras y pinzas de cordón umbilical, correctamente colocadas en la misma sala de partos, a ser posible, en distintos colores para cada parto sucesivo o simultáneo y del mismo color para la madre que para su bebé. También se recomienda realizar una toma de sangre del cordón, obtenida en el momento de separar la placenta al cortarse éste con el consentimiento informado de los padres.

Este es el sistema utilizado en el servicio de partos del Residencia Cantabria⁽²⁶⁾. Durante este período es importante promover y facilitar la participación de la pareja en los primeros contactos madre-recién nacido.

Tras el nacimiento, al finalizar el período expulsivo, se inicia el alumbramiento, tercera etapa del parto, que concluye con la expulsión de la placenta y las membranas ovulares. Durante este período se produce el desprendimiento y la expulsión de la placenta y sus membranas, así como la puesta en marcha de los mecanismos de hemostasia local⁽²⁷⁾.

Se realizarán las siguientes valoraciones:

- Signos clínicos de sospecha de desprendimiento placentario:
 - Cambios en la forma del útero. Cuando se desprende la placenta el útero pasa a tener una morfología globular. Se comprueba mediante palpación.
 - Elevación y lateralización del útero. Cuando la placenta se desprende, el fondo del útero se eleva por encima de la cicatriz umbilical y se lateraliza. Se puede apreciar mediante observación o palpación del fondo uterino.
 - Salida de sangre por vagina. Cuando la placenta se desprende, se evidencia salida de sangre oscura o coágulos, por vagina, procedente del hematoma retroplacentario formado por el despegamiento.
 - Percepción, por la parturienta de contracciones uterinas dolorosas y sensación de peso u ocupación vaginal.
- Signos del cordón umbilical:
 - Signo de Küstner: mediante la compresión con la mano por encima de la sínfisis del pubis intentando rechazar el útero hacia arriba, observar si se producen movi-

mientos del cordón. Si la placenta está desprendida el cordón permanecerá inmóvil; en caso contrario, ascenderá.

- Signo de Ahlfeld: descenso espontáneo de la pinza colocada en el cordón umbilical.
- Detectar la placenta desprendida en vagina a través de un tacto vaginal.
- Signos de seguridad post-alumbramiento:
 - Inspección de la integridad de la placenta y de las membranas ovulares así como de las características del cordón umbilical.
 - Altura del fondo uterino. Una vez expulsada la placenta, el fondo uterino, firmemente contraído, se coloca dos traveses de dedo por debajo del ombligo.
 - Descartar hemorragia patológica (aproximadamente > 500 ml).

I. Inspección canal blando del parto.

Revisión de genitales externos, vagina y cuello uterino en busca de posibles desgarros, hematomas o posible prolongación de la incisión de la episiotomía⁽²⁸⁾.

J. Tacto Rectal.

Después de completar la reparación del canal (si hubiera sido necesaria tras desgarrar o episiotomía), para garantizar que el material de sutura no haya penetrado accidentalmente a través de la mucosa rectal⁽¹⁾.

SEGUNDA FASE: COMPLICACIONES POTENCIALES (CP) Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (DDE)

En relación con las CP, los objetivos están centrados en la matrona. La vigilancia y el control por ella es determinante para detectar signos y síntomas que denoten la aparición de un problema potencial como inestabilidad hemodinámica, riesgo de pérdida de bienestar fetal, control de la evolución del nivel de dolor, e inicio en el momento preciso de un tratamiento según protocolo o indicación médica^(27, 28).

Las CP propuestas en este PCE durante el parto se pueden observar de manera más detallada en la tabla 1.

La matrona valorará precozmente todas las posibles CP, además de llevar a cabo las intervenciones relacionadas con la prescripción realizada por el obstetra. Unas son las pruebas diagnósticas (PD), y otros los diferentes tratamientos. Con respecto a las PD son:

- Monitorización fetal mediante registro cardiotocográfico (RCTG). La auscultación intermitente se debe efectuar después de cada contracción uterina. Deberá sustituirse por la monitorización continua en presencia de líquido meconial, alteraciones en la dinámica uterina o si la auscultación clínica no cumple los criterios de normalidad. Si existen dificultades para lograr la FCF de forma externa, se deberá recurrir al RCTG interno⁽²⁹⁾.

Con respecto al tratamiento, se indica⁽¹⁾:

- Rasurado. No se recomienda de forma sistemática, quedando limitado a aquellos casos en que sea necesario. Se realizará sólo en la zona mínima necesaria⁽³⁰⁾.
- Enema. No se recomienda de forma sistemática (NR A)⁽³¹⁾.
- Sondaje vesical intermitente. Solo se practicará si fuera necesario⁽³⁰⁾.

Cassandra García González, Oihane Terán Muñoz, Ana Rosa Alconero Camarero, M^a Teresa Gil Urquiza, Marta González Maestro, Izaskun Laurieta Sáiz

Tabla 1. Complicaciones potenciales durante el periodo expulsivo y de alumbramiento en el parto normal.

CP	NIC
Dolor Agudo secundario a dinámica uterina y expulsión fetal.	(1400) Manejo del dolor. (2300) Administración de medicación.
Náuseas o vómitos secundarios al propio trabajo de parto.	(1450) Manejo de las náuseas. (1570) Manejo del vómito.
Infección secundaria a procedimientos invasivos.	(6540) Control de infecciones. (6550) Protección contra las infecciones.
Hemorragia, definida como pérdida hemática superior a 500ml, secundaria a: - Atonía uterina, fallo del miometrio para contraerse adecuadamente. - Retención de tejido placentario, falta de desprendimiento o retención de un fragmento de placenta. - Inversión uterina, invaginación del fondo uterino. - Desgarro, presencia de laceración o disrupción de la mucosa vaginal o de los tejidos de la región pudenda. - Rotura uterina, pérdida de la integridad de la pared del útero. - Trastorno de la coagulación.	(4010) Prevención de hemorragia. (4026) Disminución de la hemorragia: útero posparto. (4160) Control de hemorragias. (4260) Prevención del shock.

- Oxitocina. Se administrará siempre que exista hipodinamia uterina. La administración deberá ser siempre por venoclisis y perfusión continua comenzando con dosis bajas.
- Episiotomía, se considera la incisión mediolateral, comenzando la sección dentro de los 3 mm de la línea media de la horquilla vulvar posterior y dirigiendo el corte lateralmente, formando un ángulo mínimo de 60° desde la línea media hacia la tuberosidad isquiática⁽³²⁾. No está indicada la episiotomía de rutina (NR A). Debe realizarse si hay necesidad clínica, como sospecha de compromiso fetal⁽³³⁾.
- Anestesia por infiltración local. El anestésico se aplica por inyección directa en los tejidos, alcanzando las ramificaciones nerviosas y terminaciones de los nervios sensoriales⁽³⁴⁾.
- Sutura con material sintético de absorción normal. Se recomienda la reparación perineal de los desgarros de segundo grado utilizando la técnica de sutura continua. Si después de la sutura muscular la piel está bien aproximada, no es necesario suturarla. Si la piel requiere aproximación, se recomienda la técnica intradérmica continua (NR A)⁽³⁵⁾.
- Manejo del alumbramiento:
 1. Atención fisiológica: vigilancia cuidadosa hasta que se desprende la placenta. No debe recurrirse a la tracción del cordón umbilical para extraer a la placenta del útero⁽⁸⁾.
 2. Atención activa: consiste en la administración de uterotónicos (oxitocina) a la salida del hombro anterior del neonato acompañados o no de masaje uterino mediante movimientos suaves de compresión en forma repetitiva con una mano en la parte inferior del abdomen de la mujer para estimular el útero. Existe controversia sobre las ventajas e inconvenientes del

pinzamiento tardío o precoz del cordón umbilical, como componentes del alumbramiento dirigido^(1, 36).
- Se recomienda el manejo activo del alumbramiento (NR A)⁽¹⁾.
- Las últimas recomendaciones de la Confederación Internacional de Matronas (ICM) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) indican no incluir el pinzamiento y sección precoces del cordón umbilical en el protocolo⁽³⁷⁾.

Los Diagnósticos de Enfermería propuestos en este PCE son seis (ver tablas 2, 3, 4, 5, 6, 7) en los que están incluidos las familias o acompañantes^(5, 6).

Tabla 2. Diagnóstico de Enfermería "Conocimientos deficientes".	
(00126) CONOCIMIENTOS DEFICIENTES: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con el proceso de 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. (181709) Posibles procedimientos médicos. (181710) Posibles complicaciones del parto. (181711) Técnicas de empuje efectivo. (181712) Alumbramiento de la placenta. (181714) Alumbramiento del bebé.	(5606) Enseñanza: individual. Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares de la mujer. (560601) Establecer compenetración. (560606) Valorar las capacidades/incapacidades cognoscitivas, psicomotoras y afectivas. (560607) Determinar la capacidad de la mujer para asimilar información específica (nivel de desarrollo, estado fisiológico, orientación, dolor, fatiga, necesidades básicas no cumplidas, estado emocional y adaptación al parto). (560621) Reforzar la conducta, si se considera oportuno. (560627) Incluir a la familia/ser querido, si es posible.
La puntuación diana de resultados dependerá del indicador o indicadores prescritos por la matrona.	

Tabla 3. Diagnóstico de Enfermería "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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amenaza para el estado de salud. - Estrés. - Cambio en el entorno. 	
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.</p> <p>(121222) Ansiedad.</p> <p>(121203) Aumento de la frecuencia respiratoria.</p>	<p>(5270) Apoyo emocional: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.</p> <p>(527014) Permanecer con la parturienta y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.</p> <p>(527015) Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.</p> <p>(5820) Disminución de la ansiedad.</p> <p>(582001) Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.</p> <p>(582003) Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</p> <p>(582013) Reforzar el comportamiento, si procede.</p> <p>(582012) Escuchar con atención.</p> <p>(582014) Crear un ambiente que facilite la confianza.</p> <p>(582015) Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.</p> <p>(7110) Fomentar la implicación familiar: Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico de la mujer.</p> <p>(711001) Establecer una relación personal con la mujer y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado.</p> <p>(711002) Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado de la mujer.</p> <p>(6830) Cuidados intraparto: Monitorización y manejo de los estadios uno y dos del parto.</p>
<p>(1500) Lazos afectivos padres-hijo: Conductas del padre y del hijo que demuestran un vínculo afectivo perdurable.</p> <p>Indicadores:</p> <p>(150003) Preparación para el recién nacido antes del nacimiento.</p> <p>(150004) Verbalizan sentimientos positivos hacia el lactante.</p>	<p>(683042) Monitorizar los progresos de empuje, descenso fetal, frecuencia cardíaca fetal y signos vitales maternos, según protocolo.</p> <p>(683044) Evaluar los esfuerzos de empuje y la duración del segundo estadio.</p> <p>(683045) Recomendar cambios de empuje para mejorar el descenso fetal.</p> <p>(683049) Preparar los suministros de parto.</p>
<p>(0007) Nivel de fatiga: Gravedad de la fatiga generalizada prolongada observada o descrita.</p> <p>Indicadores:</p> <p>(701) Agotamiento.</p> <p>(707) Descenso de la motivación.</p> <p>(3001) Satisfacción de la mujer: cuidados: Grado de percepción positiva de la preocupación del personal de enfermería por la mujer.</p> <p>Indicadores:</p> <p>(300103) El personal ha demostrado amabilidad.</p> <p>(300104) El personal ha demostrado respeto.</p> <p>(300109) Frecuencia de control por parte del personal.</p> <p>(300119) Información proporcionada sobre las opciones de cuidados.</p>	<p>(683050) Documentar los sucesos del parto.</p> <p>(6480) Manejo ambiental: Manipulación del entorno de la mujer para conseguir beneficios terapéuticos, interés sensorial y bienestar psicológico.</p> <p>(648024) Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible.</p> <p>(648027) Controlar la iluminación para conseguir beneficios terapéuticos.</p>
<p>La puntuación diana de resultados dependerá del indicador o indicadores prescritos por la matrona.</p>	

Cassandra García González, Oihane Terán Muñoz, Ana Rosa Alconero Camarero, M^a Teresa Gil Urquiza, Marta González Maestro, Izaskun Laurrieta Sáiz

Tabla 4. Diagnóstico de Enfermería "Temor".

(00148) TEMOR: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.	
Factores relacionados r/c: - Falta de familiaridad con la(s) experiencia(s) del entorno. - Separación del sistema de apoyo en una situación potencialmente estresante.	
Resultado NOC	Intervención NIC
(1210) Nivel de miedo: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifiesta surgida de una fuente identificable. Indicadores: (121004) Falta de autoconfianza. (121015) Preocupación por la fuente del miedo. (121028) Fatiga. (121032) Lloros. (1212) Nivel de estrés: Gravedad de la tensión física o mental manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente. Indicadores: (121213) Inquietud. (121222) Ansiedad. (121203) Aumento de la frecuencia respiratoria. (0007) Nivel de fatiga: Gravedad de la fatiga generalizada prolongada observada o descrita. Indicadores: (701) Agotamiento. (707) Descenso de la motivación.	(5820) Disminución de la ansiedad. (582001) Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. (582003) Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. (582013) Reforzar el comportamiento, si procede. (582012) Escuchar con atención. (582014) Crear un ambiente que facilite la confianza. (582015) Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. (5270) Apoyo emocional: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión. (527014) Permanecer con la parturienta 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 de la mujer. (711001) Establecer una relación personal con la mujer 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 de la mujer. (6480) Manejo ambiental: Manipulación del entorno de la mujer para conseguir beneficios terapéuticos, interés sensorial y bienestar psicológico. (648024) Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible. (648027) Controlar la iluminación para conseguir beneficios terapéuticos.
La puntuación diana de resultados dependerá del indicador o indicadores prescritos por la matrona.	

Tabla 5. Diagnóstico de Enfermería "Riesgo de baja autoestima situacional".

(00153) RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL: Riesgo de desarrollar una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.	
Factores relacionados r/c: - Expectativas irreales sobre sí mismo. - Falta de reconocimiento. - Reducción del control sobre el entorno.	
Resultado NOC	Intervención NIC
(1205)Autoestima: Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo. Indicadores: (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 de la mujer. Indicadores: (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.	(5270) Apoyo emocional: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión. (527003) Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo. (5400) Potenciación de la autoestima: Ayudar a la mujer a que aumente el juicio personal de su propia valía. (540001) Observar las frases de la mujer sobre su propia valía. (540009) Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse. (540011) Mostrar confianza en la capacidad de la mujer para controlar una situación. (540030) Realizar afirmaciones positivas sobre la mujer. La puntuación diana de resultados dependerá del indicador o indicadores prescritos por la matrona.
La puntuación diana de resultados dependerá del indicador o indicadores prescritos por la matrona.	

Tabla 6. Diagnóstico de Enfermería “Disposición para mejorar el proceso de maternidad”.

(00208) DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL PROCESO DE MATERNIDAD: Patrón de preparación y mantenimiento de un embarazo, parto y cuidado del recién nacido saludables, que es suficiente para asegurar el bienestar y que puede ser reforzado.
Ver tabla (00126) CONOCIMIENTOS DEFICIENTES.

Tabla 7. Diagnóstico de Enfermería “Afrontamiento ineficaz en el acompañante”.

(00069) AFRONTAMIENTO INEFICAZ: Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.	
Factores relacionados r/c: Situacionales. - Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación. - Inadecuado nivel de percepción de control. - Incertidumbre.	
Resultado NOC	Intervención NIC
(1302) Afrontamiento de problemas: Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del acompañante. Indicadores: (130204) Refiere disminución de estrés. (130223) Obtiene ayuda de la matrona. (1210) Nivel de miedo: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente identificable. Indicadores: (121402) Inquietud. (121107) Tensión facial. (121015) Preocupación por el parto.	(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. (4920) Escucha activa: Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del acompañante. (5270) Apoyo emocional: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.
La puntuación diana de resultados dependerá del indicador o indicadores prescritos por la matrona.	

IMPLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Los PCE se convierten en una herramienta importante para la práctica clínica de la Matrona por las siguientes razones:

Mejoran la calidad de los registros y la continuidad de los cuidados favoreciendo un trabajo coordinado entre profesionales.

Clínicamente, permiten planificar, unificar criterios y utilizar una terminología común, adoptando líneas de actuación semejantes; ofreciendo unos cuidados adecuados para las mujeres, los recién nacidos y las familias.

Desde el punto de vista jurídico, proporcionan un marco donde se determinan los estándares de cuidados para una situación concreta, garantizando el ejercicio autónomo de la profesión.

Económicamente, permiten validar la idoneidad de los cuidados que se ofrecen y justifican necesidades de recursos humanos para el desarrollo de los programas de atención a las mujeres. Se optimizan los recursos, rentabilizando las inversiones a través de aquellas intervenciones que han demostrado ser eficaces.

Al mismo tiempo, con la utilización de los PCE durante el proceso de atención al parto y nacimiento, se impulsa la investigación, con el fin de actualizar conocimientos basados en la evidencia científica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía sobre 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.
- 2.- American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric care consensus no. 1: safe prevention of the primary cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2014;123(3):693-711.
- 3.- 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 [citado 2 Oct 2014]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/ipn>
- 4.- López- Mirones M, González- Maestro M, Alconero- Camarero AR, Gil- Urquiza R, García- González C, Alonso- Salcines A. Plan de cuidados estandarizado durante la fase de dilatación del parto normal. *Nuber Científ.* 2014;2(13):48-57.
- 5.- Heather Herman T. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2012-2014. NANDA International. Madrid: Elsevier; 2013.
- 6.- 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.
- 7.- De la Fuente- Pérez P. Asistencia al periodo expulsivo del parto. En: E. Fabre González editor. Manual de asistencia al parto y puerperio normal. Zaragoza: INO; 1996. p. 5-11.

- 8.- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. *Williams Obstetricia*. 23^a ed. México: Mc Graw Hill; 2011. p. 384-389.
- 9.- Schaffer JI, Bloom SL, Casey BM, McIntire DD, Nihira MA, Leveno KJ. A randomized trial of the effects of coached vs uncoached maternal pushing during the second stage of labor on postpartum pelvic floor structure and function. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(5):1692-96.
- 10.- Alvarez- Burón E, Arnedillo- Sánchez MS. Manejo activo frente a expectante de los pujos en el expulsivo. Revisión de la evidencia científica. *Matronas Prof*. 2010; 11(2):64-8.
- 11.- Cuerva- Carvajal A, Márquez- Calderón S. Fase expulsiva del parto: comparación entre la posición de la mujer, vertical frente a horizontal, a través de los resultados maternos y fetales. *Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía*. 2006;13:6-64.
- 12.- McCandlish R, Bowler U, Van Asten H, Berridge G, Winter C, Sames L, et al. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998;105(12):1262-72.
- 13.- Laine K, Pirhonen T, Rolland R, Pirhonen J. Decreasing the incidence of anal sphincter tears during delivery. *Obstet Gynecol*. 2008;111(5):1053-7.
- 14.- Dahlen HG, Homer CS, Cooke M, Upton AM, Nunn R, Brodrick B. Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of Labor: a randomized controlled trial. *Birth*. 2007;34(4):282-90.
- 15.- Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. *BMJ*. 2001;322(7297):1227-80.
- 16.- Verheijen EC, Raven JH, Hofmeyr GJ. Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane database of Systematic Reviews*. Issue 4 Art No: CD006067 DOI: 10.1002/14651858.CD006067 pub2 2009.
- 17.- Api O, Balcin ME, Ugurel V, Api M, Turan C, Unal O. The effect of uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor: a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(3):320-4.
- 18.- Sartore A, De Seta F, Maso G, Ricci G, Alberico S, Borelli M, et al. The effects of uterine fundal pressure (Kristeller maneuver) on pelvic floor function after vaginal delivery. *Arch Gynecol Obstet*. 2012;286(5):1135-9.
- 19.- Hutton EK, Hassan ES. Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *JAMA*. 2007; 297(11):1241-52.
- 20.- McDonald SJ, Middleton P. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; Issue 2. Art No.: CD004074. DOI: 10.1002/14651858.CD004074.pub2.
- 21.- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. *Clinical Guideline*; 2007.
- 22.- Torradella M, Martí A, Senín A, Querol S, Garriga N, Azqueta C, et al. Impacto del momento del clampaje del cordón umbilical en el volumen de sangre de cordón obtenido. *Blood Transf*. 2012;10 Suppl:3.
- 23.- Sánchez- Luna M, Pallás- Alonso CR, Botet- Mussons F, Echántz-Urcelay I, Castro- Conde JR, Narbona E, et al. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *An Pediatr (Barc)*. 2009; 71(4): 349-61.
- 24.- Moore E, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD003519.
- 25.- Dumas L, Landry I, Savoie A. Perinatal interventions. The importance of convincing data. *Infirm Que*. 2002;10(2):31-6.
- 26.- Comisión de identificación del recién nacido de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones para la identificación del recién nacido. *An Esp Pediatr*. 1999;51:512-13.
- 27.- Jimeno- García JM. Asistencia al período del alumbramiento. En: E. Fabre González editor. *Manual de asistencia al parto y puerperio normal*. Zaragoza: INO; 1996. p. 1-5.
- 28.- González-Merlo J, Lailla JM, Fabre E, González E. *Obstetricia*. 6^a ed. Hemorragias del alumbramiento y del postparto. Infección puerperal y patología de la lactancia. Barcelona: Masson; 2013. p. 691-707.
- 29.- Terré C, Francés L. Monitorización biofísica intraparto. *Matronas Prof*. 2006;7(2):5-13.
- 30.- Recomendaciones sobre la asistencia al parto. [Internet] SEGO; 2008 [citado 8 May 2014]. Disponible en: http://www.sego.es/Content/pdf/20080117_recomendacion_al_parto.pdf
- 31.- Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 32.- Kalis V, Laine K, de Leeuw J, Ismail K, Tincello D. Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. *BJOG*. 2012;119(5):528-30.
- 33.- Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA*. 2005;293(17): 2141-8.
- 34.- González-Merlo J, Lailla JM, Fabre E, González E. *Obstetricia*. 6^a ed. Analgesia y anestesia en obstetricia. Barcelona: Masson; 2013. p. 227.
- 35.- Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Nov 14; 11:CD000947.
- 36.- Hofmeyr GJ, Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA. Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 7:CD006431. DOI: 10.1002/14651858.CD006431.
- 37.- FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. *IJGO*. 2012;117(2):108-11.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Problemas éticos, deontológicos y jurídicos de la negación al tratamiento

Autoras:

Laura García Blanco

Graduada en Enfermería. Servicio de Ginecología, Obstetricia y Pediatría del Hospital Comarcal de Laredo. Cantabria. España.

Ana Campos García

Graduada en Enfermería. Servicio de Ginecología, Obstetricia y Pediatría del Hospital Comarcal de Laredo. Cantabria. España.

Dirección para correspondencia:

lauragblanco@hotmail.es

Recibido: 2 de junio de 2014

Aceptado: 7 de diciembre de 2014

RESUMEN

La relación clínica ha evolucionado durante las últimas décadas, convirtiéndose los pacientes en agentes activos dentro del sistema sanitario y adquiriendo así la capacidad para tomar decisiones sobre los aspectos que conciernen a su salud, entre ellas, la de aceptar o rechazar un tratamiento.

Se describe, a través de una revisión bibliográfica, los diferentes problemas éticos, deontológicos y legales que se plantean para el profesional sanitario durante la práctica asistencial cuando un paciente rechaza, total o parcialmente, un tratamiento propuesto.

La búsqueda bibliográfica utiliza como motores de búsqueda diversas bases de datos.

Los resultados describen los problemas de tipo ético, legal y/o deontológico que se plantean para el profesional cuando un paciente rechaza un tratamiento, al suponer esto enfrentar su deber legal y moral con los derechos y las voluntades de los pacientes. En el ejercicio de las profesiones sanitarias, resulta indispensable conocer y manejar conceptos básicos sobre la ética y el derecho. De esta forma, cuando un paciente rechace un tratamiento, se podrá alcanzar un consenso acerca del caso y de las diferentes opciones que existen, superando los prejuicios personales e incorporando los hechos objetivos.

Palabras clave:

- Negativa al tratamiento
- Negativa del paciente al tratamiento
- Pacientes desistentes del tratamiento
- Ética profesional
- Responsabilidad legal.

ABSTRACT

In the recent decades, the clinical relationship has evolved. Patients have become active participants within the health care system and getting skills in order to make decisions about their health facet: these could include, for instance, to accept or refuse treatment.

The main aim of this research is to outline different ethical, deontological and legal issues arise to health professional in the course of their daily work practices when a patient refuses in full or in part a proposed treatment.

A literature search within various databases is performed as the method that will be carried on.

The results show the ethical, legal and deontological problems which arise to professional when a patient refuses a treatment. This implies that their legal and moral duty are faced with patient's wishes and rights. As conclusion, knowledge and management basic concepts of ethic and law are essential for healthcare professionals practice. Thus, when a patient reject a treatment, consensus would be able to reach in this regard, leaving behind prejudices and including the objective facts.

Keywords:

- Refusal of Treatment refusal
- Patient refusal of Treatment
- Patient Elopement
- Ethics, Professional
- Legal Liability.

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

En el marco de la asistencia sanitaria, la relación clínica ha ido evolucionando durante las últimas décadas hasta dar primacía a la voluntad del enfermo ante cualquier acto que pueda ser considerado paternalista. El predominio de la autoridad médica se ha sustituido por nuevas formas de comportamiento, en las que los pacientes gozan de derechos morales y legales para decidir acerca de su propia salud⁽¹⁾. Este es un tema de gran trascendencia hoy en día, al estar vinculado directamente con la construcción de un nuevo modelo sanitario, más dinámico y basado en valores sociales, y con la creación de estados de opinión pública⁽²⁾.

Es habitual que durante la práctica clínica tengan lugar situaciones que planteen una verdadera encrucijada para la moral de los profesionales sanitarios y que, por tanto, difícilmente pueden resolverse únicamente desde una perspectiva legal. Es el caso, por ejemplo, del rechazo a un tratamiento, cuyos problemas éticos no son muy distintos a los que plantean otros temas, como la eutanasia, el aborto, el genoma humano o la experimentación con nuevos fármacos⁽³⁾. De esta forma es posible entender como el rechazo al tratamiento enfrenta en diversas ocasiones las creencias, valores y derechos de médicos y pacientes⁽⁴⁾.

Las motivaciones para que un paciente rehúe una terapia pueden ser ideológicas, culturales, religiosas o de cualquier otra índole; del mismo modo, el rechazo se puede referir tanto al tratamiento que se inicia, como al que ya está siendo aplicado y el enfermo decide que se retire. Pero, en cualquier caso, es completamente lícito permitir que un paciente rechace un tratamiento, en el sentido de que esta decisión reposa sobre los derechos a la libertad de conciencia y a la libertad religiosa, así como en el principio ético de autonomía de las personas⁽⁵⁾. Además, respetar la decisión del enfermo a rechazar el tratamiento a priori no es punible, ni sancionable legalmente, ya que no existe delito de denegación de auxilio, ni de denegación de asistencia, porque el tratamiento se ha propuesto y ha sido rechazado libre y voluntariamente^(6, 7).

Uno de los ejemplos más clásicos sobre la negativa a recibir un tratamiento, es el caso del rechazo a las transfusiones sanguíneas (y al consumo de hemoderivados, en general) de los Testigos de Jehová, ya que pone de manifiesto la compleja convergencia de los problemas éticos y legales que concurren en este tipo de situaciones y refleja la dificultad de alcanzar una respuesta suficientemente satisfactoria y unánimemente aceptada por los expertos en el tema^(8, 9).

En la actualidad, a tenor de los avances científicos y tecnológicos que se han ido produciendo, existen algunas soluciones

alternativas que pueden ser empleadas como tratamiento sustitutivo de las transfusiones sanguíneas, como la recuperación de células o el uso de la eritropoyetina. Sin embargo, estas terapias no son aplicables en todos los casos⁽⁹⁾. La negativa al uso de hemoderivados supone entonces una verdadera situación de conflicto para los profesionales implicados en la atención de estos pacientes, pues deben respetar su decisión de no ser transfundidos, sean cuales sean las consecuencias⁽⁴⁾.

Ésta es una cuestión de prioridades, en la que la primera premisa a tener en cuenta es que no todo lo que se considera ético es legal, ni todo lo legal es siempre ético.

Pese a todo, cuando un enfermo rechaza total o parcialmente un tratamiento, surgen infinidad de interrogantes acerca de esta decisión y acerca de la actitud que deben adoptar los profesionales sanitarios encargados de su asistencia⁽⁵⁾. Igual que en el ejemplo anterior, la situación no plantearía un conflicto si existiese una alternativa terapéutica o si no causara un riesgo para la salud de la vida de persona pero la negación al tratamiento, en muchas ocasiones, supone enfrentar el derecho del propio paciente a rehusar una intervención médica, con los valores éticos y morales de los profesionales sanitarios, además de con su deber legítimo de preservar la vida humana⁽⁴⁾.

La realidad es que existe una notable confusión en lo relativo a algunos conceptos básicos relacionados con las cuestiones éticas, jurídicas y deontológicas de la práctica clínica⁽¹⁰⁻¹²⁾. En este sentido, la prestación del consentimiento informado es quizás un ejemplo mucho más cotidiano para la mayoría de profesionales: en el caso de enfermería, el consentimiento informado está presente en muchos de los procedimientos que se llevan a cabo día a día; el tipo de consentimiento que con más frecuencia tiene lugar, es el consentimiento que la persona otorga de manera verbal o, sencillamente, mostrando aceptación mediante gestos o actitudes. El hecho de que no exista un documento físico, firmado por ambas partes, no exime a los profesionales de respetar la voluntad del paciente o enfermo. Con ello se hace referencia al rechazo de técnicas tan elementales como, por poner un caso concreto, la realización de una higiene, en la que se invade por completo la intimidad de una persona y que puede contravenir los deseos de la misma a que su desnudo sea visto por alguien desconocido.

La falta de información y de conocimiento acerca de estos temas puede ser la consecuencia, por un lado, del carácter jurisprudencial que se le ha atribuido tradicionalmente a la deontología médica⁽¹³⁾ y, por otro, de que la mayor proporción de publicaciones científicas que se aproximan a los problemas morales y legales de la práctica clínica adoptan la perspectiva del enfermo y sus derechos, y no tienen tanto en cuenta los conflictos del profesional⁽⁴⁾. Por tanto, en el presente trabajo se realizará una disertación que aclare algunos conceptos y que se espera que contribuya a guiar la práctica de los profesionales sanitarios.

1.1. ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO: DEL PATERNALISMO MÉDICO AL MODELO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Desde comienzos de la edad Contemporánea, pero más notablemente durante el último tercio del siglo XX, el antiguo modelo hipocrático paternalista ha ido cediendo hacia modelos sanitarios más horizontales, en los que los pacientes se han convertido en actores, agentes y titulares de derechos y deberes. En ética clínica, se ha pasado de un estado de supremacía del principio de beneficencia a otro en el que la autonomía del paciente ha alcanzado pleno protagonismo⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Técnicamente, el 'paternalismo' es un acto de poder en el que el médico consigue que el paciente haga algo que de otro modo no haría, entendiéndose por 'hacer' acciones que pueden ir desde actuar o no actuar, hasta pensar o sentir. El caso más llamativo de ejercicio paternalista de poder es el que tiene lugar cuando los intereses, deseos o preferencias del médico y del paciente difieren hasta tal punto que se genera un conflicto visible para ambas partes.

No obstante, puede ocurrir que, en determinados contextos, los deseos y/o preferencias del paciente, aun siendo efectivos, no lleguen a manifestarse o sean moldeadas a través de medios de persuasión. Así, pueden encontrarse aun en la actualidad claros ejemplos de actos paternalistas: inmovilizar a un paciente -bien sea por medios químicos o mecánicos- para evitar que se autolesione; impedir que un paciente consiga su alta voluntaria, demorando los trámites de la misma o inventando objeciones que eviten los daños derivados del abandono del tratamiento; evitar que un paciente opte, entre las diversas posibilidades, por los tratamientos menos eficaces ocultándole su existencia; etcétera⁽¹⁷⁾.

Históricamente, el mayor punto de inflexión de la larga existencia del 'paternalismo médico' está marcado por el final de la II Guerra Mundial, cuando comenzaron a salir a la luz los relatos sobre las atrocidades cometidas por los médicos Nazis en los campos de concentración. La condena internacional a estos hechos dio origen en 1947 al 'Código de Núremberg', en el que se hace referencia por primera vez al derecho a la información y a la libre participación de las personas en los estudios de ensayos clínicos⁽¹⁸⁾.

Este, junto otros muchos hechos que ocurrieron con posterioridad, marcaron un antes y un después en la historia de la humanidad y de los derechos civiles y políticos básicos. A partir de 1973, fecha en que fue aprobada la primera 'Carta de Derechos del Paciente', los enfermos dejaron de ser pacientes para convertirse en 'agentes' del sistema de salud, lo que lleva implícita la idea de que cada persona ha de asumir las decisiones que le afectan y ha de regirse por su propio sistema de valores: la beneficencia tradicional ya no puede aplicarse sin averiguar previamente la voluntad del enfermo y sin conocer cuál es su concepto subjetivo de 'bien' y/o 'bienestar'⁽¹⁹⁾.

De esta forma, la relación clínica pasa a ser más colaboradora, no solo por el grado de responsabilidad e implicación de la persona en su proceso de salud o enfermedad, sino porque es capaz también de contribuir en la mejora de los servicios sanitarios⁽¹⁴⁾. Hacer una medicina más participativa supone, en definitiva, un cambio cultural en el que los pacientes ganan derechos y los profesionales sanitarios pierden poder y status⁽²⁰⁾, pero en el que la eclosión de la igualdad y los derechos sociales protagonizan uno de los acontecimientos más importantes de la Historia.

2. OBJETIVOS

Se persigue principalmente, a través de un proceso de revisión bibliográfica, describir los diferentes problemas éticos, deontológicos y legales que se plantean para el profesional sanitario durante la práctica asistencial cuando un paciente rechaza, total o parcialmente, un tratamiento propuesto. Igualmente, se pretende aportar recomendaciones para la práctica de los profesionales sanitarios, en el caso de que tengan que enfrentarse a una situación de rechazo a tratamiento.

3. METODOLOGÍA DEL TRABAJO: BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica: en primer lugar, se eligieron las palabras clave más relevantes y se tradujeron a un lenguaje controlado (ver tabla 1).

USO DEL LENGUAJE CONTROLADO.	
Términos DESH	<ul style="list-style-type: none"> • Negativa al tratamiento. • Negativa del paciente al tratamiento. • Ética profesional. • Responsabilidad legal.
Términos MESH	<ul style="list-style-type: none"> • Refusal to treat. • Treatmentrefusal. • Patientsdropouts. • Ethics, profesional. • Liability, legal.

Tabla 1. Lenguaje controlado empleado en el proceso de búsqueda bibliográfica: términos DESH y MESH (tabla de elaboración propia).

Junto con los términos DeCS y MeSH descritos, se utilizaron los booleanos 'AND', 'OR' y 'NOT', si bien no se emplearon truncamientos, símbolos de sustitución ni operadores de proximidad. Los campos de búsqueda se delimitaron generalmente al título, resumen y palabras clave.

Entre las páginas consultadas se incluyen diversas bases de datos, de las que destacan PubMed, Dialnet y el Índice Médico Español; también se realizaron búsquedas en Web of Knowledge, Scirus o la Biblioteca Cochrane Plus, obteniendo resultados similares o nulos. Además, se utilizó el buscador Google Académico y, para disminuir la limitación en el acceso a documentos, se emplearon las herramientas de acceso remoto de la Universidad de Cantabria.

La búsqueda se delimitó a artículos publicados nacional e internacionalmente en los últimos 5 años (ver tabla 2). Sin embargo, es posible advertir documentos de fechas anteriores a la descrita (que correspondería al año 2008), esto se debe a que el proceso de búsqueda se amplió consultando la propia bibliografía de los artículos encontrados; en algunos casos se decidió emplear la fuente primaria de información por su relevancia e interés particular, no sin antes constatar que la información era veraz y en algunos casos incluso vigente en la actualidad.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.	
Criterios de inclusión	<ul style="list-style-type: none"> • Temática (título / resumen): <ul style="list-style-type: none"> - Sobre la negativa al tratamiento. - Sobre la deontología médica y de enfermería. - Sobre la ética de las profesiones sanitarias. - Sobre los derechos de los profesionales sanitarios y los pacientes. - Sobre el uso de hemoderivados en Testigos de Jehová. - Sobre el paternalismo médico. • Idioma: español o inglés. • Difusión: nacional e internacional de los últimos 5 años. • Fuentes primarias; artículos originales.
Criterios de exclusión	<ul style="list-style-type: none"> • No cumplir con los criterios anteriores. • Documentos basados en una legislación distinta a la española. • Acceso a los documentos sujeto a pago.

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión empleados en el desarrollo de la búsqueda bibliográfica (tabla de elaboración propia).

También se incluyeron otros límites como el idioma, que fue indistintamente inglés o español (ver tabla 2). El mayor problema que se encontró en este respecto es que las publicaciones internacionales, escritas en su mayoría en inglés, se basan en la legislación de otros países distintos a España, las cuales difieren de este notablemente, por lo que debió realizarse una cuidadosa selección de la bibliografía en este sentido.

Se decidió finalizar el proceso de búsqueda cuando los hallazgos comenzaron a repetirse con cierta frecuencia. Posteriormente, se llevó a cabo el análisis y clasificación de los documentos, así como el desarrollo de la estructura inicial del trabajo (ver tabla 3), la cual se diseñó en función del contenido de los mismos. En vista de los resultados, se decidió añadir además un apartado de contextualización histórica del problema, denominado: "del paternalismo médico al modelo del consentimiento informado".

ESTRUCTURA INICIAL DEL TRABAJO.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Introducción / Justificación. 2. Objetivos. 3. Metodología. 4. Resultados: <ul style="list-style-type: none"> • Los problemas éticos, deontológicos y legales de la negación de un paciente a recibir un tratamiento. <ul style="list-style-type: none"> - Autonomía y beneficencia en la ética clínica cuando un paciente rechaza un tratamiento. - Diferencia entre ética y deontología en el contexto de las profesiones sanitarias. - Aspectos jurídicos y legales del rechazo a recibir información y de la negación al tratamiento. 5. Discusión / Conclusiones. 6. Bibliografía.

Tabla 3. Estructura inicial del trabajo, diseñada en correlación al contenido de los documentos hallados en la búsqueda bibliográfica (tabla de elaboración propia).

4. RESULTADOS: LOS PROBLEMAS ÉTICOS, DEONTOLÓGICOS Y LEGALES DE LA NEGACIÓN DE UN PACIENTE A RECIBIR UN TRATAMIENTO

La vida es un bien que hay que defender y conservar, aunque no en todo momento ni a cualquier precio puesto que no tiene un valor absoluto, lo que quiere decir que los profesionales sanitarios no tienen por qué emplear siempre todos los medios disponibles para conservar la vida de las personas: lejos del encarnizamiento terapéutico, la obligación de proteger la salud de los enfermos no puede convertirse en la obligación de salvar su vida a toda costa, menos aun si esto supone ir en contra de su voluntad⁽⁵⁾.

Separar, en estos casos, el derecho de la moral puede resultar una tarea bastante compleja. Además, la relación entre la ética y el derecho es muy estrecha y, en cuanto a la negación del tratamiento se refiere, se encuentran íntimamente ligadas como se mostrará al hablar del principio de autonomía. Además, las actitudes que adoptan los profesionales sanitarios ante la negación al tratamiento dependerán de los valores personales de cada uno, pero esto no implica que todas ellas sean las más aceptables, incluso desde un punto de vista legal⁽⁵⁾.

Por esa razón, y para que sea posible posicionarse en base a unos preceptos éticos que no vulneren ninguna ley cuando un paciente rechaza un tratamiento, es indispensable tener pleno conocimiento de cuáles son los valores que se enfrentan en el plano de la ética profesional en este tipo de situaciones, de las normas deontológicas de la disciplina en cuestión y que rigen el modo en que deben desarrollarse las actuaciones sanitarias, y de las leyes vigentes que obligan a desempeñar la profesión bajo unos códigos de conducta únicos.

AUTONOMÍA Y BENEFICENCIA EN LA ÉTICA CLÍNICA CUANDO UN PACIENTE RECHAZA UN TRATAMIENTO.

La ética es la ciencia que estudia el comportamiento moral, es decir, lo que es bueno o malo en el sentido de cómo deben actuar los miembros de una sociedad⁽²¹⁾, pero existe una rama que hace más concretamente referencia al estudio del comportamiento humano en las ciencias de la vida y de la salud, conocida como Bioética. En ella concurren una serie de principios, tales como el principio de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, que son el principal punto de partida para las discusiones en torno a temas como el genoma humano, los trasplantes de órganos, la experimentación con nuevos fármacos o la eutanasia, entre otros⁽²¹⁾. En el caso concreto de la negación al tratamiento, el debate se centra entre el principio de autonomía y el de beneficencia.

El principio de autonomía se ha debatido ampliamente dentro de la ética clínica y, en los últimos años, también ha sido objeto de múltiples análisis jurídicos. El concepto de la autonomía radica en el poder absoluto de decisión del individuo sobre sí mismo, de manera que ninguna persona puede ser obligada a actuar o no actuar porque en opinión de otro sea mejor, más prudente o más beneficioso para él, tal y como promulga el principio de beneficencia⁽²²⁾. De este modo, determinar qué es o no es beneficioso para cada uno, no puede ser un juicio técnico, pues el concepto de beneficio está directamente relacionado con los valores individuales y, por tanto, solo el enfermo puede decidir lo que es bueno para sí⁽⁵⁾.

No obstante, en la práctica, la realidad es que los profesionales sanitarios se encuentran con personas que no son competentes, o que tienen la competencia disminuida, para tomar sus propias decisiones. Igualmente puede ocurrir que sean los propios pacientes quienes muestren sus diferencias acerca de la importancia de ejercer la autonomía personal en el ámbito de la salud, encontrando personas a las que les incomoda verdaderamente la libertad de opción que se les ofrece. En estos casos, lo que se tiende es a buscar un punto intermedio entre la autonomía y la beneficencia, sin llegar a caer en la soberanía del paternalismo médico⁽²²⁾.

Todo este entramado de ideas supone, entre otras cosas, una ruptura en la mentalidad tradicional de las profesiones médicas, que durante años han buscado el bienestar de los pacientes empleando sus mejores esfuerzos clínicos y proponiendo, según su ciencia y conciencia, la alternativa terapéutica más racional que se aplicaba únicamente bajo su potestad. La aparición del principio de autonomía, o más concretamente de su hegemonía actual, no significa necesariamente que el principio de beneficencia y, en contraposición, el de no maleficencia, desaparezcan de los actos médicos, sino que se ven supeditados legal y éticamente a la voluntad, deseos y creencias del individuo en cuestión.

DIFERENCIA ENTRE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA EN EL CONTEXTO DE LAS PROFESIONES SANITARIAS.

Según la Real Academia de la Lengua Española, la Deontología se define como “la ciencia o tratado de los deberes” y su objetivo es guiar y regular el ejercicio profesional desde una perspectiva ética y llevar a la profesión a los niveles más altos de dignidad y prestigio social⁽²³⁾. Para ello, independientemente de la profesión a la que haga referencia, la deontología se materializa a través de códigos, compuestos a su vez por un conjunto de normas que no tienen carácter jurídico⁽⁷⁾.

La característica que la separa de la ética pura, que hace referencia exclusivamente a la conciencia personal, es que el modelo de actuación que adopta la deontología es más colectivo; a pesar de ello, reconocer el valor de la ética no deja de ser indispensable, pues los principios deontológicos que se recogen en un código profesional no dejan de ser el fruto de una reflexión profunda sobre la misma⁽²⁴⁾. Se puede decir, por tanto, que la deontología se encuentra a medio camino entre la moral y el derecho.

Concretamente, la deontología médica trata de los deberes del médico (o en el caso de la deontología enfermera, sobre los deberes de los profesionales de enfermería) se inspira en los principios del respeto a la vida, a la integridad de la persona, a la salud individual y a la colectiva, que se traducen en unas actitudes, responsabilidades y compromisos básicos que adquieren los profesionales a través del juramento hipocrático⁽⁷⁾.

Existen dos códigos, por un lado el Código de Ética y Deontología Médica y, por otro, el Código Deontológico de la Enfermería Española, promulgados por primera vez en 1978 y en 1989, respectivamente. En ambos es posible encontrar directrices para guiar la conducta profesional en los casos de negativa al tratamiento basados en que la libertad y la igualdad en dignidad y derecho son valores compartidos por todos los seres humanos, y se hallan garantizados por la Constitución Española y Declaración Universal de Derechos Humanos^(7, 25). Concretamente, en el Código Deontológico de Enfermería recoge en el artículo 6: “en ejercicio de sus funciones, las enfermeras/os están obligados a respetar la libertad del paciente, a elegir y controlar la atención que se le presta”⁽²⁵⁾.

Se entiende, por tanto, que los profesionales sanitarios no deben coaccionar a los pacientes para la aceptación de un tratamiento, lo cual no implica que no se pueda discrepar de la decisión tomada por el enfermo, siendo correcto que el profesional defienda la opción del tratamiento que ofrece; por ende, sería lícito intentar persuadir al paciente de que acepte, explicándole, por ejemplo, las consecuencias de su negativa para otras personas⁽⁵⁾.

Estas obligaciones son en todo caso de tipo moral y tienen que ver con lo que se espera del profesional. Es decir, las normas recogidas en los códigos deontológicos no tienen un carácter jurisprudencial, a menos que su incumplimiento conlleve también el incumplimiento de la Ley vigente; por esta razón, la deontología debe ser tomada como un precepto de ética profesional, pero no por ello libre de compromiso: la vulneración del código dará lugar siempre a la exigencia de responsabilidades dispuestas en los Estatutos de la Organización Colegial competente en cada caso^(7, 25).

ASPECTOS JURÍDICOS Y LEGALES DEL RECHAZO A RECIBIR INFORMACIÓN Y DE LA NEGACIÓN AL TRATAMIENTO.

Actualmente, la comunicación entre profesionales y pacientes es una corriente constante de información entre ambos y, su continuidad expresa la aceptación y consentimiento por ambas partes, bien sea de forma tácita o expresa. El consentimiento a la asistencia médica o sanitaria, ha estado ligado indiscutiblemente a la modernización de la relación clínica que, alejada ahora del modelo paternalista anterior, se basa en la primacía del principio de autonomía del paciente, frente al de beneficencia por el que se rigen los profesionales sanitarios⁽²⁶⁾.

Su origen se remonta al famoso Informe Belmont, publicado en 1973 y del que ya se ha hablado previamente en este trabajo. En él se recogía el Consentimiento Informado como el procedimiento para cumplir los dos principios citados, además del principio de Justicia. En España, la primera referencia legal al consentimiento, sin embargo, no aparece hasta la publicación de la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986, que aludía a los derechos de los pacientes en su artículo 10 y, en el punto 6, al derecho de estos a decidir entre las diversas opciones disponibles, siendo indispensable recabar su consentimiento para llevar a cabo cualquier intervención. El mismo artículo contemplaba la necesidad de información previa para poder ejercer el derecho a decidir y elegir⁽²⁷⁾.

'Consentimiento Informado' significa, por tanto, aprobar a la actuación de un profesional sanitario y su aplicación está regulada por la Ley 41/20002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁽²⁶⁾. Se trata, en definitiva, de que los pacientes comprendan al menos el diagnóstico, el pronóstico, la naturaleza y el objetivo de la intervención, las alternativas, los riesgos y beneficios y las recomendaciones. Para que se haga efectivo y constituya un resguardo legal tanto para los profesionales como para el enfermo y sus familiares, el consentimiento debe constar por escrito en un documento en el que se recoja toda la información anterior⁽⁵⁾.

En este sentido, poder rechazar una actuación médica no deseada es también una forma de ejercer el derecho a la libertad, que se encuentra por tanto amparado por la misma Ley básica 41/2002 que dictamina, en el artículo 2.4, que "todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley". Las excepciones legales a las que se hace referencia son fundamentalmente dos: por un lado, la existencia de un riesgo para la salud pública y, por otro, la aparición de una amenaza grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización⁽²⁸⁾.

Sin embargo, lo que realmente es importante y hay que tener claro en la práctica es que el hecho de informar y obtener el consentimiento por parte de un paciente para realizarle una intervención concreta, no es un acto meramente burocrático, sino que exige que exista una relación personal previa al propio consentimiento en sí, en la que se haya alcanzado un conocimiento de la persona, de sus necesidades y de sus circunstancias personales. Entregar al paciente un documento estándar de Consentimiento Informado, para que simplemente lo lea y lo entregue firmado, sin una información verbal y personalizada por parte del profesional, va en contra de lo estipulado por el código de la Deontología Médica⁽²⁷⁾.

Del mismo modo, iría contra el deber legal, además del deontológico, no poder aseverar que la persona ha rechazado

un tratamiento o una intervención en base a unos criterios lógicos y en pleno uso de sus facultades, sino tenemos un contacto previo con ella. Igual que sería difícil poder comprender sus motivos y, así, plantear otras opciones de tratamiento que se adapten más a sus necesidades, valores, creencias o miedos.

Matizar, por último, que el Consentimiento Informado no es un acto puramente médico, como tampoco lo es el hecho de que un paciente rechace un tratamiento. A lo largo de este trabajo, se ha intentado hacer constantemente alusión a las profesiones médicas en general, y esto es porque todos aquellos que participan de algún modo en la atención sanitaria deben preocuparse en recabar y ofrecer la información necesaria, en función del grado de su competencia, así como en obtener el consentimiento del paciente⁽²⁹⁾.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Para poder ejercer plenamente cualquiera de las distintas profesiones sanitarias, resulta indispensable conocer y manejar algunos conceptos básicos sobre la ética y el derecho. El desconocimiento de estos temas hace que muchas situaciones que se plantean en la práctica clínica pongan en 'jaque' al profesional, que puede incluso llegar a dudar de sus propias actuaciones o de las de sus colegas.

La negativa al tratamiento supone un enorme reto en aquellos casos en que la vida de una persona, o la calidad de ésta, puedan verse afectadas. El principal problema radica en que cada persona tiene su propia forma de ver y entender el mundo, de pensar y de sentir, y puede ocurrir que la perspectiva que tenga un paciente de su situación de enfermedad no sea la misma que la del médico o la enfermera.

Sintetizando el contenido de diferentes guías, como las publicadas por la Comisión de Bioética de Castilla y León⁽⁵⁾ o el Comité de Bioética de Cataluña⁽¹⁰⁾, cuando un paciente rechaza un tratamiento se debe, fundamentalmente, analizar el caso concreto y reflexionar acerca de las diferentes opciones que existen o que se pueden ofrecer, superando los prejuicios personales e incorporando los hechos objetivos.

Debe llevarse a cabo un proceso deliberativo, durante el cual habrá que revisar diversos aspectos técnicos, como por ejemplo: la indicación del tratamiento, la gravedad del proceso, la existencia de tratamientos alternativos, la situación clínica y el estado general del paciente, así como la capacidad legal y la competencia del enfermo para tomar una decisión tan trascendente⁽³⁰⁾. Se aconseja que este ejercicio de valoración se haga en el seno del equipo asistencial, y no individualmente, ya que se puede caer en la trampa de la propia moral.

Una vez que el equipo haya alcanzado algún grado de consenso sobre la circunstancias que rodean la negación al tratamiento, será el momento de dialogar con el enfermo para informarle de su situación clínica y de las consecuencias para su salud acerca de la opción que va a tomar, garantizando en todo momento la máxima confidencialidad y resaltando su derecho a cambiar de opinión y a revocar su decisión, si así lo desea. Esto es lo que algunos autores denominan, proceso de 'decisión informada'.

Cuando todo esto ha tenido lugar y se ha asegurado el cumplimiento y el respeto de los derechos del paciente, entonces el profesional deberá aceptar la decisión del enfermo a no recibir

un tratamiento o una intervención, coincida ésta o no con su ética profesional o personal. Siempre que queden dudas podrá recurrirse, no obstante, a los comités de bioética de cada institución sanitaria o, incluso, presentar el caso ante un juez que tome la decisión en última instancia.

Para concluir, debido al carácter técnico que ha tenido y que aún tiene en la actualidad la Enfermería, es importante apuntar que ésta participa en todas las fases de los diferentes procedimientos que tienen lugar habitualmente en la práctica asistencial. Además, el contacto directo y constante con el paciente implica que, casi todas las acciones que se realizan en el trabajo diario, precisen de un consentimiento tácito por parte de la persona para que las enfermeras puedan brindar los cuidados pertinentes, y que en algunos casos puede ser denegado: es fundamental tomar conciencia del grado en que las intervenciones de enfermería invaden la intimidad de la persona, quien deja enteramente su salud y su cuerpo en nuestras manos.

Por tanto, creamos o no en el valor de la ética, el deber como profesionales de la enfermería nos obliga a garantizar que nuestros cuidados alcancen la calidad y la excelencia suficientes a través del apoyo, el respeto y la consideración a las personas hacia las que van dirigidas.

6. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Seoane JA. El perímetro de la objeción de conciencia médica: a propósito del rechazo de la transfusión de sangre por un paciente testigo de Jehová. In Dret [en Internet]. 2009 [acceso el 26 de Mayo de 2014]; 4. Disponible en: http://www.indret.com/pdf/682_es.pdf
- 2.- Jovell AJ, Navarro Rubio MD, Fernández Maldonado L, Blancafort S. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. Aten Primaria. 2006; 36 (3): 234-237.
- 3.- García Guerrero J. Aspectos éticos y deontológicos del rechazo al tratamiento médico por el paciente preso. RevEspSanidPenit. 2008; 10 (3): 33-37.
- 4.- Pérez Ferrer A, Gredilla E, De Vicente J, García Fernández J. Fundamentos del rechazo a la transfusión sanguínea por Testigos de Jehová: aspectos ético-legales y consideraciones anestésicas en su tratamiento. RevEspAnestesiolReanim. 2006; 53: 31-41.
- 5.- Comisión de Bioética de Castilla y León. Rechazo al tratamiento: Cuestiones éticas, deontológicas y jurídicas. Junta de Castilla y León: Consejería de Sanidad; 2013.
- 6.- Zavala Sarrio S, SogioUetmasu C, Cárdenas Díaz M, Delgado Vásquez A. Autonomía del paciente y derecho a rehusar tratamientos: Conocimiento en médicos jóvenes peruanos (encuesta 2010). Acta Méd Peruana. 2012; 29 (2): 70-78.
- 7.- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Código de Deontología Médica: Guía de ética médica. Madrid: Organización Médica Colegial; 2011.
- 8.- Comisión de Bioética de Castilla y León. Guía de recomendaciones para el empleo de hemoderivados en pacientes testigos de Jehová. Junta de Castilla y León: Guías Bé; 2010.
- 9.- Ramírez Salazar C, Jiménez Corona ME, Rivera Cisneros AE. Aspectos jurídicos en casos de transfusión sanguínea en Testigos de Jehová. GacMédMéx. 2003; 139 (4): 423-425.
- 10.- Comité de Bioética de Cataluña. Recomendaciones del comité de bioética de Cataluña ante el rechazo de los enfermos al tratamiento; 2010.
- 11.- Van Kerckhove C. Ethics, deontology and law: An exploratory attempt at conceptual delineation within the social work field. Portularia Rec Trab Soc. 2008; 8(1): 17.
- 12.- Del Moral García A. Derecho, legisladores, jueces y juristas ante la bioética y la deontología médica. Cuadernos De Bioética. 2005; 16 (57): 175-190.
- 13.- Gracia Guillén, D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Eudema D.L.; 1991. p. 22.
- 14.- Navarro Rubio MD, Muñiz GG, Jovell Fernández AJ. Los derechos del paciente en perspectiva. Aten Primaria. 2008; 40 (7): 367-369.
- 15.- Cañete Villafranca R, Guilhem D, Brito Pérez K. Paternalismo médico. Revista Méd Electrón [revista en Internet]. 2013 [acceso el 26 de Mayo de 2014]; 35 (2): 144-152. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242013000200006&script=sci_arttext
- 16.- Beauchamp TL, McCullough LB. Ética Médica. Las responsabilidades morales de los médicos. Barcelona: Labor; 1987.
- 17.- Alemany García M. El concepto y la justificación del paternalismo [tesis doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante; 2005. Disponible de: <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/9927/1/Alemany%20Garc%C3%ADa,%20Macario.pdf>
- 18.- Tealdi JC. Historia y significado de las normas éticas internacionales sobre investigaciones biomédicas. En: Keyeux G, Penchaszadeh V, Saada A, coordinadores. Ética de la Investigación en seres humanos y políticas de salud pública. Bogotá: UNESCO-Universidad Nacional de Colombia; 2006. p. 33-62.
- 19.- Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. AnSistSanitNavar. 2006; 29 Supl 3: 7-17.
- 20.- Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Eikasia [revista en Internet]. 2007 [acceso el 26 de Mayo de 2014]; 11 (8): 65-86. Disponible en: <http://www.revistadefilosofia.org/4Lamedicalizacion.pdf>
- 21.- Zabala Blanco J. Autonomía e instrucciones previas: un análisis comparativo de las legislaciones autonómicas del Estado Español [tesis doctoral]. Cantabria Universidad de Cantabria; 2007. Disponible en: <http://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/1571>
- 22.- León Correa FJ. Autonomía y beneficencia en la ética clínica: ni paternalismo ni medicina defensiva. Biomedicina. 2006; 2 (3): 257-260.
- 23.- Lobato Patricio J. Aspectos deontológicos y profesionales de la traducción jurídica, jurada y judicial [tesis doctoral]. Málaga: Universidad de Málaga; 2007. Disponible en: <http://www.biblioteca.uma.es/bbl/doc/tesisuma/17114597.pdf>
- 24.- De la Torre Díaz FJ. Ética y deontología jurídica. Madrid: Librería-Editorial Dykinson; 2000.
- 25.- Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería. Código Deontológico de la Enfermería Española. Madrid: Consejo General de Enfermería; 2007.
- 26.- Del Brio MA, Riera J. Reflexiones sobre el consentimiento informado: Propuesta para el análisis de los documentos de consentimiento informado. Rev Calidad Asistencial. 2006; 21(4): 213-219.
- 27.- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. El consentimiento informado en la práctica médica. Madrid: Organización Médica Colegial; 2010.
- 28.- Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (14-11-2002).
- 29.- Simón P. Diez mitos en torno al consentimiento informado. AnSistSanitNavar. 2006; 29 Supl 2: 29-40.
- 30.- Guerra Cazorla LM, Palma Caselles R, Navío Acosta M, Agüera Ortiz LF. Negativa a recibir tratamiento: una situación difícil que requiere una valoración multidimensional. Psicogeriatría. 2010; 2 (1): 53-56.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

El maltrato en la vejez

Autora:

Tamara Alonso Galnares

Graduada en Enfermería. Unidad de arritmias del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España.

*Dirección para correspondencia:
tamaraalonso@msn.com*

Recibido: 25 de marzo de 2014

Aceptado: 11 de enero de 2015

El trabajo que se presenta es una adaptación del autor del Trabajo Fin de Grado tutorizado, por la profesora Cristina Castanedo Pfeiffer de la Escuela Universitaria de Enfermería Casa de Salud Valdecilla, con el objetivo de cumplir las normas de publicación de la revista Nuberos Científica.

El trabajo en su origen se encuentra incluido en el Repositorio UCrema, de la Universidad de Cantabria. España.

RESUMEN

A pesar del significativo aumento de los estudios dedicados al área de la geriatría y gerontología, se considera que el maltrato en la vejez no ha obtenido el protagonismo e importancia que este supone para una sociedad cada vez más envejecida y dependiente.

Por este motivo, se plantea una revisión bibliográfica sobre el maltrato en la vejez, en la que se pretende explicar en qué consiste el maltrato, los diferentes tipos y factores que influyen en el mismo, las consecuencias del maltrato, así como el análisis de los beneficios que supone poseer conocimientos y habilidades respecto a este tema para los profesionales sanitarios.

Se exponen los diferentes ámbitos donde la situación de maltrato se produce, tanto el hogar como el sociosanitario, además de analizar otros factores clave como el papel que ocupan los maltratadores dentro del entorno del anciano.

Para concluir, se ofrecen una serie de recomendaciones sobre la detección precoz del maltrato en el anciano y medidas de actuación por parte de los profesionales sanitarios, incluyendo aspectos legales.

Palabras clave:

- Maltrato en la vejez
- Restricción física
- Negligencia
- Anciano.

ABSTRACT

Nowadays, the number of researches in the field of geriatric and gerontology is significant. Despite of that, it is believed that elder abuse hasn't gained the prominence and importance as one might expect in a society more and more aged and dependent.

Therefore, a literature review of elder abuse was conducted, in which it is explained what elder abuse is, besides different kinds of abuse; what factors are associated with it, and its consequences. Furthermore, to analyze the benefits of having knowledge and skills in management of this subject provide health professional.

It is exposed different areas where there is mistreatment. It happens both at home and the health sector. As well as it is discussed other key factors such as the role that the abusers have within the environment for elderly.

To conclude, it is offered some recommendations about how to detect elder abuse as soon as possible and actions points provided by health professionals including legal aspects.

Keywords:

- Elder abuse
- Restraint, Physical
- Negligence
- Aged.

INTRODUCCIÓN

“¿Por qué tiene que venir alguien y maltratarme? ¿Acaso con la llegada de mis arrugas he perdido el derecho a ser respetado y valorado?” Estos son algunos de los planteamientos que se hacen los ancianos maltratados.

Al hablar de maltrato, instintivamente el rostro cambia y a la mente llegan imágenes de niños y mujeres indefensas. Pero... ¿y los ancianos? Ellos también son víctimas de personas frías y sin sentimiento, también hay que protegerlos.

Dentro de los cuantiosos y variados estudios que en la actualidad se llevan a cabo, un número significativo aborda el ámbito de la Gerontología y la Geriatría. Sin embargo, el maltrato en la vejez no ha sabido obtener el protagonismo e importancia que este supone para una sociedad cada vez más envejecida y dependiente.

El envejecimiento. Existen múltiples y variadas definiciones dependiendo de las fuentes. Tal vez... un proceso biológico, dinámico, progresivo, multifactorial, irreversible e inherente a todos los seres vivos, que conlleva un descenso gradual de las distintas funciones biológicas y finaliza con el fallecimiento.

El maltrato puede afectar a niños, adultos o ancianos. Sin embargo, frente al maltrato en el anciano no se dispone de los suficientes recursos. Se considera necesaria la divulgación de éste tema pues, existe un vacío tanto a nivel intelectual, jurídico o legal, unido al desconocimiento, rechazo u ocultación social.

OBJETIVOS

El objetivo principal es describir los conocimientos, actitudes y habilidades necesarios para una detección precoz y actuación adecuada en el maltrato en la vejez.

Como objetivos secundarios:

- Definir el maltrato en el anciano.
- Identificarlos diferentes tipos de maltrato así como los factores desencadenantes.
- Describir las consecuencias del maltrato.
- Analizar el beneficio que supone para el ámbito sanitario disponer de conocimientos y habilidades sobre dicho tema.

METODOLOGÍA

Se trata de una revisión narrativa para la cual se realizó una amplia búsqueda bibliográfica, tanto a nivel nacional como internacional (español/inglés). Las bases de datos consultadas fueron: Pubmed, Dialnet, Cochrane, Cuiden Plus, Google Académico y Biblioteca de la Universidad de Cantabria. Se revisaron varios protocolos: Servicio Andaluz de Salud y Servicio Cántabro de Salud. Y la revisión del Código Penal Español.

EL MALTRATO EN LA VEJEZ

En 2006, en Nueva York, las Naciones Unidas proclaman el día 15 de junio como el Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez¹.

Según la OMS: "El maltrato de personas mayores como la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana. Puede ser de varios tipos: físico, psicológica/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión"².

TIPOS DE MALTRATO

Existen varias formas de maltrato todas de igual importancia, ya que se ve afectada la salud, seguridad y bienestar de la persona mayor.

- Físico: Envuelve acciones como golpear, empujar, zarranear, abofetear o quemar. Privar de libertad de movilidad mediante restricciones físicas o mecánicas, el uso ilegal o innecesario de sujeciones físicas, etc.
- Psicológico: Implica el uso de amenazas, acciones de menosprecio, humillación, ignorar su presencia, impedirle la libre toma de decisiones, etc.
- Económico: Incluye la libre disposición del dinero, bienes y/o las propiedades pertenecientes a la persona mayor, sin su previa autorización. A sí como el engaño para la obtención de ello.
- Sexual: Envuelve toda aquella situación de contacto de carácter sexual en el cual, todos los implicados no han dado su libre consentimiento. Incluyendo la realización de fotografías impúdicas sin su consentimiento.
- Negligencia: Incluye no cubrir las necesidades básicas de la persona mayor. Entendiéndose por ello, aspectos nutricionales (horarios, calidad y variedad), en lo relacionado al aseo e higiene corporal, así como una correcta administración de su medicación pautada (dosis, frecuencia, vía, medicamento prescrito). Pudiendo ser negligencia intencionada o no.
- Auto-negligencia: Tiene lugar cuando es la propia persona la que, mediante diversas acciones inadecuadas, pone en peligro su salud y seguridad.
- Las Restricciones: En la sociedad occidental, cada vez se divulga más que, el uso inapropiado de contenciones, bien sean físicas o químicas, se considera otro tipo de maltrato, ya que se considera privar de su libertad de movilidad.

En la sociedad actual es más común la existencia de abandono o negligencia, que maltrato propiamente dicho. Los varones analizados en proporción y en relación a las mujeres, sufren más negligencia, mientras que las mujeres sufren más maltrato físico, psicológico y abuso económico³.

Reseñar que las mujeres habitualmente son más longevas y con mayor frecuencia desarrollan enfermedades degenerativas y discapacitantes; como consecuencia son más dependientes, lo que las hace más susceptibles de padecer maltrato. 82% frente a 18% los hombres⁴.

FACTORES DESENCADENANTES

Un gran número de estudios sobre los factores de riesgo, a corto-largo plazo, hacen mención al "Modelo Ecológico". Dicho modelo, fue previamente utilizado para explicar el maltrato infantil y más recientemente la violencia de género. "Es elegido ya que

explica las interacciones que pueden crearse a través de sistemas múltiples, como una especie de juego entre los factores individuales, interpersonales, sociarios y el contexto social". Resulta de gran utilidad dentro del ámbito sanitario, pues cataloga los factores de riesgo en diversos niveles, pudiendo ser útil como alarma ante un potencial maltrato⁵:

ÁMBITO FAMILIAR

- a) Factores de Riesgo comunes al anciano y su cuidador:
 - Historia de violencia en la familia.
 - Inversión del rol parental.
 - Cuidador dependiente de la economía y de la vivienda del anciano.
- b) Factores de Riesgo en el anciano vulnerable:
 - Alteraciones de la conducta/psicológica.
 - Cambio de personalidad de la persona mayor.
 - Conducta agresiva física, verbal o psicológica.
 - Aislamiento forzado y no aceptación del cuidado por otro que no sea el cuidador oficial.
 - Deprivación Sensorial: Ceguera, sordera, trastornos del habla y comprensión.
 - Déficit cognitivo: Pérdida de memoria y concentración.
 - Problemas físicos: Alteraciones del sueño, incontinencia.
- c) Factores de Riesgo en el cuidador:
 - Trabajo agotador sin descanso.
 - Falta de espacio y tiempo personal.
 - Falta de apoyo por parte de otros familiares.
 - Falta de información sobre la enfermedad y su evolución.
 - Demanda permanente y excesiva por parte del anciano.
 - Enfermedad física o mental del cuidador (drogas – alcohol).

ÁMBITO SOCIOSANITARIO

- a) Contexto:
 - Trabajar solo o existencia de relaciones inapropiadas entre en el personal.
 - Ambiente inapropiado para el cuidado.
 - Falta de supervisión.
- b) Factores que contribuyen en la técnica de contratación y en la práctica:
 - Mala selección del personal.
 - Falta o poco entrenamiento y capacitación.
 - Apoyo escaso y falta de supervisión.
 - Remuneración baja y malas condiciones de trabajo.
 - Escaso personal y/o materiales de trabajo insuficientes.
- c) Factores individuales del cuidador que contribuyen:
 - Falta de interés.
 - Falta de conocimiento y/o habilidades.
 - Problemas personales.
 - Incapacidad para relacionarse con el anciano.

- d) Factores relacionados al contexto social:
- Imágenes negativas de la vejez.
 - Lugar desvalorizado que ocupan los ancianos.
 - Pérdida progresiva de los roles en las actividades diarias.
 - Las normas culturales, estereotipos, mitos y prejuicios.

- Los hostiles, han sido maltratados previamente por el anciano que ahora cuidan.
- Los autoritarios, son intransigentes con las incapacidades de la persona mayor.
- Los dependientes económicamente del anciano.

HÁBITAT

ÁMBITO FAMILIAR.

Como se puede observar en el gráfico 1, los hijos son los responsables de más casos de maltrato. Habitualmente son los principales cuidadores y por lo tanto los que más cargas y responsabilidades tienen en el cuidado del anciano. Hay que añadir su rol como trabajador fuera del domicilio familiar, rol como pareja y en muchas ocasiones como padres. Todo ello a largo plazo puede desencadenar una situación de maltrato.

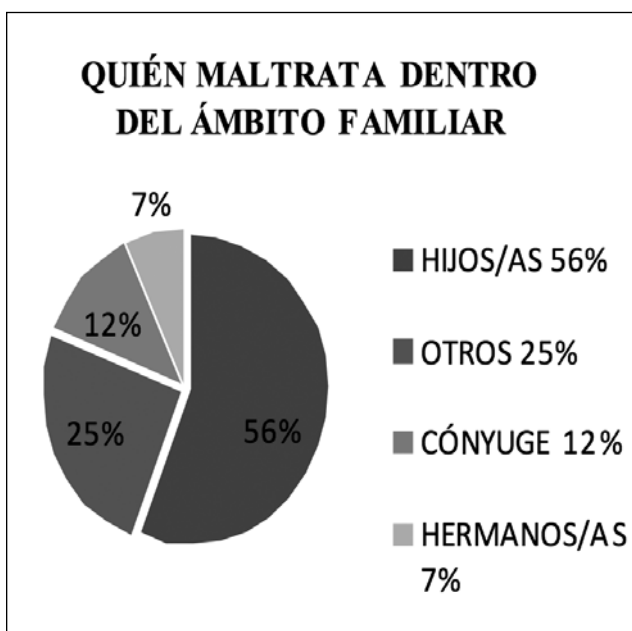


Gráfico 1: Quien maltrata dentro del ámbito familiar. Adaptado de: Maltrato, la vejez agradecida³.

La prevención es la base de la intervención. El cuidador principal debería ser liberado de carga, bien por otro miembro de la familia o por ayudas externas con el fin de evitar el cansancio del rol del cuidador y el maltrato al anciano. Algunas de las sociedades científicas, organismos, asociaciones y recursos son:

- Fundación Cuidados Dignos.
- Confederación española de organizaciones de mayores.
- Imsero mayor.
- Servicio de Tele-asistencia.
- Servicio de ayuda a domicilio.
- Ayudas económicas para mejorar la habitabilidad de la vivienda.
- Catering a domicilio.

Desde el punto de vista psicológico hay tres tipos de maltratadores⁶:

ÁMBITO INSTITUCIONAL

El maltrato hacia las personas mayores también se produce en las instituciones sanitarias. Algunos estudios se refieren a ello como invisible. Esto no determina su inexistencia, al contrario, nos quiere encaminar hacia la existencia de situaciones oscuras e inadecuadas. Las cuales serían perjudiciales para las propias instituciones si éstas se sacasen a la luz, si los medios de comunicación las divulgasen.

Algunas de las características que tienen en común las instituciones socio-sanitarias donde esto ocurre, serían: por un lado, los aspectos que engloban todo lo relacionado con el personal y la cualificación de éste; por otro lado, la gestión de recursos, así como la ayuda o apoyo por parte de la Consejería de Sanidad. En relación al personal, se caracteriza por ser escaso en proporción a la demanda, a lo que en múltiples ocasiones se une la inexperiencia en el cuidado del anciano, así como la falta de conocimiento, cualidades o aptitudes apropiadas. En cuanto a los recursos materiales suele producirse una gestión inadecuada. La unión de estos factores determina, en muchos casos, la existencia del maltrato.

Frecuentemente los cuidadores desarrollan gran cantidad de estrés lo que puede desencadenar la negligencia o maltrato. A ésta situación de estrés extremo se le conoce como "Síndrome de Burn-out", descrito por Maslach y Jackson (1981), está caracterizado por la deshumanización en la atención⁷.

Las principales categorías de maltrato son⁸:

- Infantilización: Tratar al paciente como si fuera un niño irresponsable en el que no se puede confiar.
- Despersonalización: Proporcionar servicios que desatenden las necesidades particulares del paciente u olvidarse de los aspectos biopsicosociales individuales.
- Deshumanización: No sólo ignorar al anciano, sino despojarlo de su intimidad, de su capacidad para asumir responsabilidades sobre su propia vida.
- Victimización: Ataques a la integridad física y moral de los ancianos mediante amenazas, intimidación y agresiones verbales, robo, chantaje o castigos corporales.

A los escasos estudios realizados en las residencias de mayores, se une, negativamente, la casi nula existencia de estudios que aborden el ámbito hospitalario o atención primaria

LAS RESTRICCIONES

QUÍMICAS

Hace referencia al uso de fármacos, fundamentalmente aquellos que actúan a nivel del Sistema Nervioso Central. Reducen la movilidad de la persona, de manera que quedan inhibidas sus actividades (salir de la cama, ir al baño...) con el objetivo de manejar o controlar una conducta inadecuada o molesta (vagueo, agresividad verbal o física, no colaboración...), que no tiene base en un desorden psiquiátrico diagnosticado. Dicho

de otro modo, es el uso de fármacos (psicotrópicos o no) para manejar un problema para el cual existe un tratamiento mejor⁹.

FÍSICAS

Según el protocolo del Servicio Andaluz de Salud es “la sujeción física de un paciente, como medida extrema para evitar daños al propio paciente, a otras personas y el entorno físico que lo rodea. Hay que garantizar que su uso sea realmente excepcional y cuando la contención mecánica sea realmente necesaria. Su duración sea lo más breve posible y su aplicación se desarrolle en condiciones óptimas para el paciente”¹⁰.

Según el motivo por el que se utiliza, se podrían organizar en⁹:

- Situaciones que representen una amenaza para la integridad física del anciano. Para reducir o evitar el número de caídas, impedir vicios posturales, prevenir lesiones, entre otros fines favorecedores.
- En contextos que representen una amenaza para la integridad física de otras personas, tanto de aquellos que conviven con el anciano, como sus cuidadores o familiares.
- En entornos terapéuticos, como método para evitar el arranque de vías, sondas, catéteres, etc. Además de situaciones donde se prescribe reposo (paciente no colaborador con una fractura de cadera).

Entre las contraindicaciones de sujeción, destacar⁹:

- Como método de castigo ante una trasgresión o conducta molesta, por antipatía o como demostración de fuerza hacia la persona cuidada.
- Por conveniencia o comodidad de las personas que le cuidan o del resto de personas que conviven con él, como sustitutivo de vigilancia.
- Si la situación se puede resolver por otros métodos de contención como el verbal y/o farmacológico.

En muchas ocasiones se produce un mal uso, así como excesivo, lo que conlleva una ausencia de libertad de las personas, en conclusión, un maltrato que engloba aspectos físicos y/o emocionales. Pudiera ser aún más traumáticas las secuelas emocionales, ya que un anciano que sufre dependencia física no implica que también padezca dependencia mental, por lo que es consciente y percibe de forma clara toda la humillación que está recibiendo. De forma directa o indirecta se manifestará en un acelerado deterioro de su salud físico-mental, provocando una situación de feedback.

La revista española de Medicina Legal publicó, en enero del 2012, un artículo en el cual se pueden observar las consecuencias nefastas tras un inadecuado uso de las contenciones físicas. El desafortunado suceso ocurrió en una residencia de Cantabria. El paciente precisó de medidas de seguridad física, como consecuencia de sus antecedentes de salud, cuyo objetivo era la prevención de futuras lesiones¹¹.

Últimos estudios hablan de la posibilidad de colocar dispositivos en alguna zona de enganche de los mencionados cinturones, de forma que en caso de detectar un aumento de fuerza prolongado, activen algún tipo de alarma¹¹.

Existen diversos protocolos que se han de seguir rigurosamente para un correcto uso de las contenciones, ya que esta actuación tiene una serie de connotaciones éticas y legales muy importantes.

En el plano autonómico, se han desarrollado diferentes leyes y decretos que hacen referencia explícita a las sujeciones físicas, estableciendo límites a su uso. Algunas de las Comunidades Autónomas que lo regulan son: Cantabria, Valencia, Cataluña, Navarra, Islas Baleares, Asturias, País Vasco y La Rioja¹².

La Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA)¹³ apuesta por los derechos de los ancianos. Uno de los proyectos que llevan a cabo, es el programa “Desatar al anciano y al enfermo del Alzheimer”. CEOMA otorga premios a las instituciones socio-sanitarias que en sus planes de cuidados carecen del uso de contenciones físicas para el cuidado de sus ancianos y enfermos de Alzheimer.

El 31 de enero de 2012 Sanitas Residencial Santander recibió la acreditación “Centro Libre de Sujeciones” siendo éste el primer centro sanitario de Cantabria. Otorgado como medalla en reconocimiento al esfuerzo realizado para eliminar por completo el uso de sujeciones. La consejera de Sanidad y Servicios Sociales, afirmó que Sanitas Residencial Santander es un “buen espejo en el que mirarse y todo un referente de un cambio de cultura”.

El uso de contenciones físicas en los domicilios es cada vez más habitual, dejando de ser uso exclusivo en las instituciones. Las familias tienen acceso libre, se venden en el mercado sin ningún tipo control. Algo que era positivo para el anciano se vuelve en su contra.

CONSECUENCIAS

MALTRATO	CONSECUENCIAS DEL MALTRATO
FÍSICO	Arañazos, heridas, hematomas, fracturas, luxaciones, quemaduras, pérdida de cabello.
PSICOLÓGICO	Depresión, ansiedad, indefensión, trastornos del sueño, pérdida de apetito, miedo, confusión.
NEGLIGENCIA	Malnutrición, deshidratación, mala higiene corporal, hipotermia o hipertermia, úlceras por presión, agudización de las enfermedades.
ECONÓMICO	Incapacidad para pagar facturas, falta de servicios, desahucio, deterioro del nivel de vida.
SEXUAL	Traumas en genitales, pechos, boca, zona anal; enfermedades de transmisión sexual.

Figura 1. Consecuencias del maltrato. Adaptado de: Maltrato de personas mayores en la familia en España¹⁴.

CONSECUENCIAS DE NO USAR RESTRICCIONES FÍSICAS

La desaparición o restricción de su uso implica innumerables beneficios tanto a nivel físico, social o psicoemocional. En la figura 2 se nombran:

<p>DISMINUYE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riesgo de caídas - Úlceras por presión - Autolesiones - Infecciones - Estreñimiento - Atrofia y debilidad - Riesgo de traumatismos. - Riesgo de contracturas. - Riesgo de edema. 	<p>DESAPARECE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agitación - Agresividad - Angustia - Apatía - Confusión - Depresión - Desesperanza - Deterioro cognitivo - Ira 	<p>DESAPARECE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vergüenza - Humillación - Sentimientos de aislamiento y deshumanización - Pérdida de autonomía y dependencia 	<p>Recuperación del rol social dentro del grupo. Recuperación de la "imagen social"</p> <hr/> <p>MEJORA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apetito - Tono muscular - Movilidad, coordinación y equilibrio
---	--	---	--

Figura 2. Consecuencias de no usar restricciones físicas. Adaptado de: Manual para la aplicación y buen uso de medidas de restricción física en Residencias de Personas Mayores⁹.

DETECCIÓN PRECOZ DEL MALTRATO

A) Entrevista con el anciano¹⁵

- Entrevistar al anciano solo y con el cuidador.
- Analizar la relación y cambios de actitud.
- Dar confianza y facilitar la expresión de sentimientos.
- Garantizar la confidencialidad.
- Hablar con lenguaje claro y sencillo.
- Hacerle preguntas para facilitar que cuente su problema.
- Preguntar por factores de riesgo o desencadenantes.

B) Señales de alerta¹⁵

- Explicaciones poco coherentes por parte del cuidador, respecto a la causa de las lesiones.
- Contradicciones en el relato de lo sucedido entre anciano y cuidador.
- Negativa del cuidador a dejar solo al anciano.
- Lesiones o hematomas en diferentes estadios de evolución.
- Caídas reiteradas.
- Retraso en solicitar asistencia.
- Visitas repetidas a urgencias por motivos diferentes pero no totalmente aceptados por el personal sanitario.
- Administrar al anciano dosis, frecuencia, vía o medicación errónea.
- El paciente no evoluciona favorablemente tras la administración del tratamiento pautado.
- Carencia en las necesidades básicas de salud: desnutrición, deshidratación, aspecto poco cuidado o ausencia de higiene.
- Alteración del estado de ánimo, depresión, miedo, inquietud, rechaza nuestra ayuda.

C) Actuación¹⁵

Se debe establecer un plan de actuación integral, y multidisciplinar que aborde la situación física, psicológica y social del anciano.

Para una correcta actuación se trabajará en colaboración con el trabajador social y con servicios especializados. Tras la entrevista, exploración y valoración, se redactará, si se considera preciso, un parte de lesiones y se dará aviso al juez.

El Código Penal Español está formado por 639 artículos, dentro de los cuales se encuentran los relacionados, de forma indirecta, con el maltrato en la vejez¹⁶.

CONCLUSIONES

Cada vez es más amplio el número de personas de avanzada edad. Cada vez es mayor el camino que se ha de andar desde la jubilación hasta el fallecimiento. Este camino, cada vez más largo, hace aumentar las probabilidades de que se produzca el maltrato. Esta situación pudiera estar estrechamente unida al cansancio y la sobrecarga de trabajo del cuidador principal, ya que en muchos casos han sido cuidadores durante largo periodos de tiempo. Cuidadores, en muchos casos, con más responsabilidades que el cuidado, padres de familia, trabajo externo, con probables patologías físicas o mentales, etc. De ahí la importancia de buscar ayudas externas.

A pesar de todas las consideraciones éticas y legales desarrolladas a nivel internacional, en España actualmente no existe, en el plano estatal, legislación específica que regule el maltrato en las personas mayores. Considerándose éste uno de los eslabones pendiente para lograr combatir el maltrato a los ancianos.

El uso inadecuado de restricciones físicas/químicas provocará que los ancianos independientes se transformen a corto-largo plazo en ancianos dependientes. Esto conlleva una mayor carga laboral y un mayor acumulo de trabajo que desencadenará en estrés y posteriormente en una situación de maltrato. Se recomienda la utilización de otras estrategias a través de los planes de cuidados personalizados, revisión del número de personal precisado para garantizar seguridad, promoción de actividades de ocio-distracción o el uso de dispositivos de aviso colocados en los cinturones, etc. Y si tanto físicas como químicas fueran necesarias, siempre bajo supervisión y con previa autorización facultativa y de la familia.

Para concluir este punto, reseñar la necesidad de que su utilización se regule en los domicilios, ya que están en el mercado a disposición de las familias, quienes en muchos casos no disponen de habilidades y conocimientos para su correcto uso, poniendo en peligro la seguridad de los ancianos.

Tanto el personal sanitario como la población en general y los medios audiovisuales está muy concienciados sobre la importancia de la detección precoz y actuación ante el maltrato infantil y de género; sin embargo aún queda un largo camino para que esta concienciación englobe también al maltrato en la vejez. A través de las asociaciones de mayores sería una buena propuesta la difusión de este tema para que se haga visible lo invisible.

Tras la amplia revisión bibliográfica realizada cabe destacar la poca información que existe sobre este tema, siendo mínima,

casi nula, la referente al maltrato dentro de los hospitales o atención primaria. Sería de gran utilidad para los sanitarios y beneficioso para los ancianos una línea de investigación por parte de las instituciones.

Se ha de trabajar para que en un futuro las personas mayores no sean humilladas, golpeadas, menospreciadas y privadas de libertad. Se ha de trabajar para evitar que acaben sus días atados en una silla, esa silla dura y fría aislada en un rincón de su silenciosa habitación, cuya única imagen en la mente, sean sus lágrimas, esas que les impiden ver, qué era su vida y en qué se está convirtiendo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez. New York; 2006. EEUU: Naciones Unidas y Red Internacional de la Prevención del Maltrato en la Vejez; 2006. [acceso 15 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.desarrollosocial.gov.ar/onuresolucionvejez/988>.
- 2.- World Health Organization. ¿Qué es el maltrato en los ancianos?. [sede Web]. Génova: World Health Organization; 1948- [acceso 31 de marzo de 2012]. Disponible en: www.who.int/hps/ageing.
- 3.- Núñez Bello M. Maltrato, la vejez agredida. Setenta y más [revista en Internet]. 2008 [acceso 03 de abril de 2012]; [48-53]. Disponible en: http://www.desarrolloyasistencia.org/web_dya/docs/informe_sesenta_y_ma.pdf.
- 4.- Generalitat de Catalunya. Protocolo de actuación contra el maltrato a las personas mayores [monografía en Internet]. Gerona: Generalitat de Catalunya; 2007 [acceso 09 de marzo de 2012]. Disponible en: http://www2.gencat.cat/docs/Adjucat/Documents/ARXIUS/Protocol_grancast.pdf.
- 5.- Daichman LS. Naturaleza y dimensiones del abuso y maltrato en la vejez. Portal do Envelhecimento. [revista en Internet]. 2004 [acceso 17 de marzo de 2012]; 54: [aprox 12p]. Disponible en: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/artieop/Geral/artigo13.htm>
- 6.- Goncibat OR. Guía para tratar a los abuelos. Vanguardia [revista en Internet]. 2012 [acceso 04 de abril de 2012]. Disponible en: <http://www.vanguardia.com.mx/guiaparataralosabuelos-1223402.html>.
- 7.- Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. Journal of Organizational Behavior. [revista en Internet] 2007 [acceso 22 de marzo de 2012]; 2 [99-113p]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.4030020205/pdf>.
- 8.- Caballero, J. Consideraciones sobre maltrato al anciano. Revista Multidisciplinaria de Gerontología. 2000; 10 (3): 177-188.
- 9.- Fundación Cuidados Dignos. Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios [monografía en Internet] Guernica: Fundación Cuidados Dignos; 2011 [acceso 12 de marzo de 2012]. Disponible en: http://www.eljusticiadearagon.com/gestor/ficheros/_n005027_GU%20CDA%20ELIMINACI%D3N%20DE%20SUJECIONES%20_EL%20JUSTICIA%20DE%20ARAG%D3N_%20Red.pdf.
- 10.- Consejería del Servicio Andaluz de Salud. Seguridad del paciente: Protocolo de contención mecánica e inmovilización de pacientes [monografía en Internet]. Granada: Consejería del Servicio Andaluz de Salud; 2007 [acceso 16 de abril de 2012]. Disponible en: <http://www.districtometropolitano.es/ficheros/PROTOCOLO%20DE%20CONTENCION%20DE%20PACIENTES.%20%20ADAPTADO%20PARA%20APLICACION%20EN%20EL%20DISTRITO%20METROPOLITANO.pdf>.
- 11.- Quintero Uribe LC, Blanco Arriola L, Zarrabeitia MT. Muertes provocadas por cinturones de contención en ancianos encamados. Rev. Esp Med Legal [revista en Internet]. 2012 Ene [acceso 30 de marzo de 2012]; [28-31p]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-esp%C3%B1ola-medicina-legal-285/muertes-provocadas-cinturones-contencion-ancianos-encamados-90117192-casos-medico-forenses-2012>.
- 12.- Noticias Jurídicas. Por abogados /para abogados. [sede Web]. Noticias jurídicas.com; [acceso 14 de abril de 2012]. Disponible en: <http://noticias.juridicas.com>.
- 13.- Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEO-MA). Proyecto Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer / Acreditaciones a centros libres de sujeciones [sede Web]. Madrid: Confederación Española de Organizaciones de Mayores; 1997 [acceso 17 de abril de 2012]. Disponible en: http://ceoma.org/alzheimer/es/http://ceoma.org/alzheimer/es/programa-desatar/acreditaciones/http://www.ceoma.org/pdfs/notas_info/2012/03_2012.pdf.
- 14.- Iborra Marmolejo I. Maltrato de personas mayores en la familia en España. Madrid: Centro Reina Sofía; 2008.
- 15.- Marshall CE, Benton D, Brazier JM. Elder Abuse: using clinical tools to identify clues of mistreatment. Geriatrics. 2000 Febrero; 55 (2): 42- 53.
- 16.- Noticias Jurídicas. Por abogados /para abogados. [sede Web]. Noticias jurídicas.com; [acceso 14 de abril de 2012]. Disponible en: <http://noticias.juridicas.com>.

... Cuidando de nuestros cuidadores

Sra. Directora:

Aprovechando la oportunidad que se me brinda desde la dirección de Nuberos Científica quisiera llamar la atención de los profesionales de la enfermería sobre la necesidad de articular los procesos de formación del sector de la salud con las necesidades reales que la sociedad demanda. En este sentido, parece primordial que la enfermería asuma sus decisiones en relación a las necesidades cambiantes de una sociedad en continua evolución. Para ello, es preciso la construcción de una nueva imagen de la enfermería que, replanteando su práctica y discutiendo sus conceptos, perfile una nueva dimensión fundamentalmente creativa y responsable en la construcción del futuro de la salud, que se centre en los servicios, la distribución y la asignación de personal de enfermería. En ese contexto, la formación de los enfermeros se impone como uno de los principales pilares para la producción de conocimientos y su posterior aplicación en los ámbitos sanitarios que más lo demanden.

De lo contrario, se corre el riesgo de fomentar por inactividad el intrusismo o el cambio de los parámetros competenciales que tantos años de historia de la profesión se han tardado en conseguir, ahora que, precisamente, se cumplen cien años del reconocimiento de la profesión enfermera. Como ya pasa en otros sectores profesionales, se puede llegar a dar el caso de, en un futuro no muy lejano, encontrarnos con cuidadores de ancianos, cuidadores psiquiátricos, cuidadores domiciliarios y otros sin la supervisión, adecuación y formación enfermera necesaria y fundamental para el desarrollo de estas actividades.

El protagonismo, esfuerzo y la preparación de los enfermeros hace preciso liderar una formación, una docencia y una distribución de conocimientos dentro

de los diversos programas de cuidados, acordes con la demanda sanitaria que la sociedad nos plantea, pero que debe ser protagonizada por el colectivo enfermero y desde los parámetros que años de experiencia, formación y dedicación han otorgado a los cuidadores. La continuidad y prosperidad de la profesión enfermera depende en gran parte de la adecuación de los cuidados demandados por la sociedad con la puesta en práctica de los conocimientos, experiencia y la profesionalidad del colectivo. Cuestiones que sólo se pueden canalizar a través de la difusión y fomento de los conocimientos adquiridos por la experiencia y la formación. Es ese protagonismo y liderazgo de la profesión enfermera el que nos viene reclamando desde hace unos años la sociedad, en continuo movimiento y con nuevos retos y aspiraciones. Algo que debe hacer reflexionar a los cuidadores para que se impliquen en la medida de sus posibilidades en colaborar en la difusión de sus conocimientos y así contribuir a la escenificación de una realidad demandada en nuestro entorno y en el aumento la visibilidad de la enfermería en la sociedad.

Por último, es vital y aconsejable apartarse de los prejuicios adquiridos para poder dinamizar la divulgación de los conocimientos a todos los sectores que lo reclamen y de esta manera potenciar la tan solicitada alfabetización sanitaria, contribuyendo a la mejora de la calidad asistencial, así como, al ahorro de los costes de inversión en recursos técnicos y humanos que se pueden reasignar para la potenciación de una investigación de cuidados tan necesaria y olvidada al mismo tiempo.

Jorge Gordo

Licenciado en Ciencias Sociales
y de la Información

“Conectados a la vida”

Autores: Jordi Rovira, Tino Soriano
Depósito Legal: CR-640-2009
Edición: Artèria Comunicació en Salut, S.L.
Primera edición: Marzo 2009
Impreso en Vanguard Grafic, S.A.

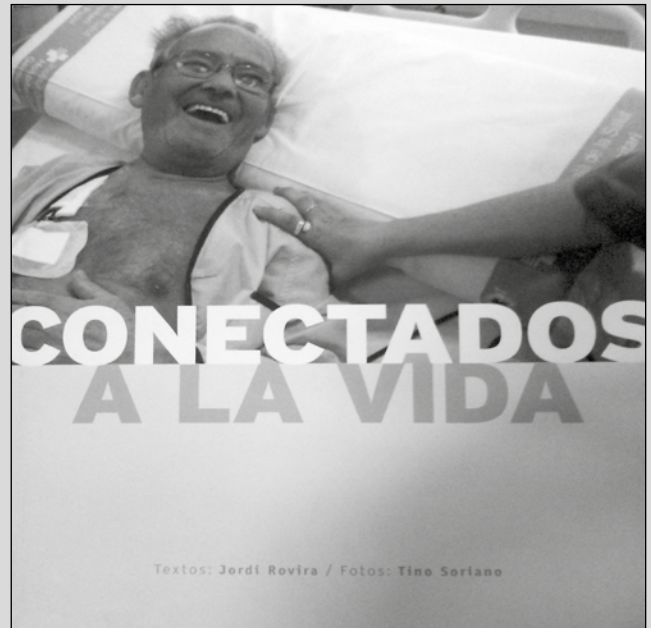
“CONECTADOS A LA VIDA” es una obra de carácter documental en la que a través, de imágenes y experiencias personales, los autores Tino Soriano y Jordi Rovira nos acercan al conocimiento de una patología “La insuficiencia renal crónica” y a los diversos tipos de tratamiento de la misma, desconocidos para la mayor parte de la población, aunque cada día son mas las personas afectadas.

Los propios autores del libro apenas conocían de ella hasta que en contacto con enfermos y personal sanitario especializado, exponen con un lenguaje directo y sencillo, opiniones, experiencias y diferentes técnicas para el tratamiento de la enfermedad y la mejora de la calidad de vida.

Tras el prólogo, opiniones de expertos y diferentes asociaciones como la ONT o ALCER, el libro se adentra en cuestiones técnicas siempre acompañadas de conmovedoras imágenes.

Comienza *hablando* de la importancia vital para estos pacientes de lo que se denomina FAVI (Fístula Arterio Venosa Interna), para explicar posteriormente las 2 modalidades de tratamiento más utilizadas, como son la Hemodiálisis y la Diálisis Peritoneal, está última realizada en el espacio privado del paciente lo que le confiere una mayor autonomía.

Junto al tema estrictamente médico y mediante fantásticas fotografías, podemos observar las relaciones que se crean entre los enfermos y el personal médico que les atiende durante las largas sesiones de Hemodiálisis o en



la formación para el desarrollo de la diálisis peritoneal en el domicilio del paciente.

A continuación se desarrolla el tema del Transplante Renal, hoy en día considerado un tratamiento consolidado con altos porcentajes de éxito gracias a la aparición de nuevos inmunosupresores menos agresivos. Este tema se detiene en historias de trasplantados, sus alegrías, sus temores, en definitiva sus esperanzas en una vida nueva e independiente.

Las últimas imágenes, cargadas de emotividad, hacen que los profesionales que cuidan a estos enfermos se sientan orgullosos de su labor profesional y humana.

Por último, destacar que este libro fue ganador en 2009 del premio ASPID (Premios de comunicación y publicidad iberoamericana de salud y farmacia) y en mi opinión como profesional enfermero en nefrología es un libro impactante y sin lugar a dudas un reflejo fiel de nuestro trabajo diario.

Espero disfruten de su lectura.

Pablo Bringas Elizalde.
Enfermero

Agenda =

XIV CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA AEETO

"Seguridad en los cuidados en C.O.T."

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/>

XIV CONGRESO NACIONAL Y IX INTERNACIONAL DE HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

"Un siglo cuidando de la sociedad"

Santander, del 7 al 9 de Mayo de 2015

Organizado por la Asociación Nacional de Investigadores de Historia de la Enfermería y el Colegio de Enfermería de Cantabria.

Más información: <http://www.congreso-historia-enfermeria2015.com>

36 CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

"La evidencia es el camino"

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>

31 JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA EN TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

"Lejos en la distancia, cerca en los avances"

Santa Cruz de Tenerife, del 20 a 22 de Mayo de 2015

Organiza la JEN-COT

Más información: <http://www.31enfermeriatraumatologia.com>

XXXII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

"Nuevos significados en los de Enfermería de Salud Mental"

Burgos, 27 a 29 de Mayo de 2015

Organizado por la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental

Más información: <http://www.anesm.org/>

JORNADAS DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

"Roles avanzados en Enfermería Oncológica"

Tarragona, 27 a 29 de Mayo de 2015

Organizado por la Sociedad Española de Enfermería Oncológica

Más información: <http://www.congresoseeo.org>

5º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA

"Maridaje de Experiencias y Evidencia"

Valladolid, 27 a 29 de Mayo de 2015

Organizado por la Sociedad Española de Enfermería en Cirugía

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

congreso-enfermeria-cirugia-seecir2015/

XXVII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA VASCULAR Y HERIDAS

Castellón, 4 y 5 de Junio de 2015

Organizado por la Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas

Más información: <http://www.aeev.net>

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/>

40º CONGRESO NACIONAL DE LA SEDEN

Valencia, del 6 a 8 de octubre de 2015

Organizado por la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

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

XI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA

Zaragoza, 28 a 30 de Octubre de 2015

Organizado por la Asociación Española de Enfermería Quirúrgica

Más información: <http://www.11enfermeriaquirurgica.com>

XIX ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS

Cuenca, 17 a 20 de Noviembre de 2015

Organizado por Investen-isciii

Más información: <https://encuentros.isciii.es/cuenca2015/>

20º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA HEMATOLÓGICA

Valencia, 22 a 24 de Octubre de 2015

Organizado por la Asociación Nacional de Enfermería Hematológica

Más información: <http://www.aneh.es>

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.
- Propósito del estudio (objetivo).
- Metodología.
- Resultados relevantes.
- Conclusiones importantes.
- Aportación del trabajo a la comunidad científica o a la sociedad.

Al final del resumen se incluirán las palabras clave (de 3 a 10 palabras o frases cortas), que permitirán indexar el artículo en las bases de datos. Serán en lenguaje MeSH 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. Marco teórico. | 7. Discusión |
| 4. Objetivo. | 8. Conclusiones |
| | 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. Serán de alta resolución (300 ppp).

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.



FESTIVIDAD
de
SAN JUAN
de DIOS

7 y 9 de marzo
de 2015



COLEGIO OFICIAL
DE ENFERMERÍA
DE CANTABRIA

C/ Cervantes, 10. 5º piso
39071 Santander
Tel. 942 31 97 20

PROGRAMA DE ACTOS FESTIVIDAD SAN JUAN DE DIOS

DÍA, 7 DE MARZO DE 2015

**11,30 h.: ENTREGA DEL PREMIO AL MÉRITO
PROFESIONAL.**

CONFERENCIA: “PISTAS PARA LA VIDA” : *La actitud ante la vida y la gestión de la Salud Emocional, nos condiciona en nuestro desarrollo personal y profesional como enfermeros. Reflexionar en estos aspectos tan importantes nos ayudará a seguir avanzando en la humanización de los cuidados, como gran reto profesional que tenemos como enfermeros.*

PONENTE:

DÑA. ELSA PUNSET. *Escritora y filósofa. Licenciada en Filosofía y Letras por la Universidad de Oxford y Máster en Humanidades.*

LUGAR: PARANINFO DE LA UNIVERSIDAD (C/ Sevilla, s/n - SANTANDER).

Nota: *La asistencia será con invitación que serán retiradas en la Secretaría del Colegio.*

15,00 h.: COMIDA EN EL RESTAURANTE “CHIQUIT”.

ENTREGA DE INSIGNIAS DE ORO Y PLATA A COLEGIADOS:

- 25 AÑOS (Medalla de Plata)
- JUBILADOS (Medalla de Oro)
- Juramento del Código Deontológico por parte de aquellos compañeros que se han incorporado al Colegio el año 2014.

Nota: *Aquellos colegiados que deseen asistir pueden retirar las invitaciones en la Secretaría del Colegio, siendo el precio de la misma 30,00 €*

ENTREGA DE PREMIOS

- PREMIO DE FOTOGRAFÍA
- PREMIO DE EDICIÓN DE VÍDEOS.

DÍA, 9 DE MARZO DE 2015

11,00 h.: CELEBRACIÓN DE LA SANTA MISA.

En el Sanatorio “SANTA CLOTILDE”, organizada por la Dirección de dicho Hospital, nos invitan a participar a todos los enfermeros y familiares que deseen asistir.



XIV CONGRESO NACIONAL Y IX INTERNACIONAL DE HISTORIA DE LA ENFERMERÍA.

SANTANDER DEL 7 AL 9 DE MAYO DE 2015

CENTENARIO DEL RECONOCIMIENTO OFICIAL DE LA ENFERMERA EN ESPAÑA

“UN SIGLO CUIDANDO A LA SOCIEDAD”

PROGRAMA

15:00 h. - 17:45 h. - Entrega de Documentación

18:00 h.- Acto de Apertura.

18:30 h.- Conferencia Inaugural: *Enfermería: Un siglo cuidando a la sociedad*

Ponente: Dra. Judith Shamian, Presidenta del Consejo Internacional de Enfermería (C.I.E.).

Moderadora: Dña. Pilar Elena Sinobas, Vicepresidenta del Colegio de Enfermería de Cantabria, Asesora de Investigación y Directora de la Revista Nuberos Científica del Colegio de Enfermería de Cantabria. Enfermera de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. España

20:00 h. - Recepción de Bienvenida a los Congressistas

VIERNES 8 DE MAYO

09:00 h. - 10:00 h. - Mesa de Comunicaciones (Salas simultáneas)

10:00 h. - 11:00 h.- Sesión I: *Las profesiones Sanitarias a finales del siglo XIX principios del XX:*

Moderador: Dr. Ramón Gallego Lastra, Prof. Facultad de Enfermería, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

• El avance de la ciencia médica y los presupuestos que conducen a preparar el cambio

Ponente: Dr. José Francisco Díaz Ruiz, Director General de Salud Pública, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria, Santander, Cantabria, España

• Los aspectos sociales y educativos que confluyen en el reconocimiento de los derechos de la mujer.

Ponente: Dra. Consuelo Flecha García, Catedrática de Historia de la Educación, Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Sevilla, Sevilla, España

• Antecedentes de la Enfermería que contribuirán al reconocimiento legal de la profesión.

Ponente: Dra. Magdalena Santo Tomás Pérez, Profesora Titular de la Facultad Enfermería de la Universidad de Valladolid, Valladolid, España

11:00 h. - 11:30 h. - Coloquio.

11:30 h.- 12:00 h. - Descanso.

12:00 h. - 12:45 h.- *El papel de las religiosas en el reconocimiento oficial de la Enfermería*

Moderador: Dr. Antonio Claret García Martínez, Profesor Titular de la Facultad de Humanidades de la Universidad de Huelva, Huelva, España.

Ponente: Dña. María Elena González Iglesias Enfermera, Máster en Ciencias de la Enfermería, Miembro

del Grupo de Investigación en Historia y Pensamiento Enfermero Ágora. Co-Redactora Jefe de la Revista *Temperamentvm* (Fundación Index).

12:45 h.- 13:00 h. Coloquio.

13:00 h. - 13:45 h.- *La contribución de las religiosas al desarrollo de la Enfermería: La experiencia de EEUU.*

Ponente: Dra. Barbra Mann Wall.- Prof. Asociada de Enfermería, Directora Asociada del Centro Barbara Bates para el Estudio de la Historia de la Enfermería de la Universidad de Pensilvania, Pensilvania, EEUU.

Moderador: Dr. Antonio Claret García Martínez, Profesor Titular de la Facultad de Humanidades de la Universidad de Huelva, Huelva, España.

13:45 h. - 14:00 h.- Coloquio.

14:00 h.- Comida.

16:00 h.- 16:45 h.- Conferencia: *100 años de la Enfermería española.*

Ponente: Dña. Mª Paz Mompert García, Directora de Proyectos Editoriales de la Editorial DAE- Paradigma, Madrid, España.

Moderadora: Licenciada Mª Luz Fernández Fernández, Prof. E.U.E. “Casa de Salud Valdecilla”, Universidad de Cantabria, Santander, Cantabria, España.

16:45 h.- 17:00 h. Coloquio.

17:00 h. - 18:00 h.- Sesión II: *Vocación y Misión, claves que identifican la profesión de Enfermería:*

Moderadora: Dra. Amparo Nogales Espert, Profesora Titular de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, Madrid, España

• ¿Qué ha aportado la vocación religiosa al mundo de los cuidados?

Ponente: Dra. Francisca Hernández Martín, Presidenta del Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería, Profesora de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

• Aspectos humanos y valores en la profesión enfermera.

Ponente: Dra. Mª Ángeles Matesanz Santiago, Directora de la E.U.E. Fundación Jiménez Díaz, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

• Aspectos filosóficos y Éticos de la Profesión enfermera
Ponente: Dña. Montserrat Teixidor Freixa, Decana del Consejo de Colegios de Enfermería de Cataluña, Enfermera FANN (Fellows of the American Academy of Nursing), Barcelona, España

• Formación y trabajo interdisciplinar

Ponente: Dra. Carmen Sellan Soto, Vicedecana de la Facultad de Medicina, Sección Departamental Enfermería, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.

18:00 h.- 18:30 h. - Coloquio.

18:30 h.- 18:45 h. - Descanso.

18:45 h.- 20:00 h.- Mesa de Comunicaciones (Salas simultáneas).

SÁBADO 9 DE MAYO

09:00 h.- 10:30 h. - Mesa de Comunicaciones / Reunión Seminario Permanente.

10:30 h.- 11:30 h. - Sesión III: *La Enfermería ante los nuevos escenarios en el ámbito:*

Moderador: D. Isidoro Jiménez Rodríguez, Prof. Asociado Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, Madrid, España

• El ejercicio de la Práctica.

Ponente: Dña. Cristina Cuevas Santos, Jefa del Servicio de Enfermería de la Subdirección General de Títulos y Reconocimiento de Cualificaciones, Ministerio de Educación, Cultura y Deportes, Madrid, España

• La Educación

Ponente: Dña. Pilar Tazón Ansola, Presidenta de la Conferencia Nacional de Directores de Centros Universitarios de Enfermería, Directora de la Escuela de Enfermería Donostia, U. del País Vasco, San Sebastián/Donostia, España.

• La Investigación

Ponente: Dra. Carmen González Canalejo, Profesora Titular de la Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Almería, Almería, España.

11:30 h.- 11:45 h. Coloquio.

11:45 h. - 12:15 h. Descanso.

12:15 h. - 13:30 h. Mesa de Comunicaciones.

13:30 h. - Conferencia de Clausura: *Claves para afrontar el futuro profesional.*

Moderador: Dr. Manuel Jesús García Martínez, Profesor Asociado en la Facultad de Enf. ; Fisioterapia y Podología de la U. de Sevilla, Sevilla, España

Ponente: Dña. Rocío Cardenoso Herrero, Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria, Enfermera de Atención Primaria de Salud, Servicio Cántabro de Salud, Santander, Cantabria, España

14:15 h. Acto de Clausura.