

Nuberos Científica



INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

La estimulación multisensorial como puente de comunicación con el paciente con demencia.

Carmen M. Sarabia Cobo, Zaira Díez Saiz, Sara San Millán Sierra, Laura Salado Morales, Verónica Clemente Campo, Cristina Alonso Vejo

Asistencia sanitaria escolar en Cantabria. Estudio de la demanda asistencial.

Pablo Pérez Velasco, Laura García Blanco

Valoración de la calidad de vida de los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Universitario Central de Asturias.

Lucía González Fernández, Cristina Álvarez Alonso, Cristina García Villa, Cristina Suárez Lada, Isabel Araujo Rubiera, M^a Teresa López Fernández

Factores relacionados con la calidad de vida de las personas con Diabetes Mellitus.

María Rodríguez Mármol, Rafael Muñoz Cruz, Carmen María Bernabéu Cruz

Satisfacción materna en el área de partos según la Escala Mackey.

Marta López-Mirones, Alicia Alonso-Salcines, Oihane Terán-Muñoz, Casandra García-González, Izaskun Laurrieta-Saiz, Marta González-Maestro

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Una mirada profesional sobre la enfermería escolar.

Laura García Blanco

La otra cara de la vida. Mi relato.

Tamara Cobo Cobo

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

La ictericia neonatal y su abordaje desde la Enfermería.

Leticia Martínez González, María Plaza Carmona

Perfil del anciano crónico dependiente y del cuidador principal informal en atención domiciliaria. Rol de enfermería.

María Martínez Miralles

MISCELÁNEA

Educación sexual saludable en adolescentes.

Ana Isabel Antón

Guía básica para la elaboración de una revisión bibliográfica.

Loreto María García Moyano, Oihana Arrazola Alberdi, Begoña Pelli-cer García, Amparo Moyano Ledesma, Jara Tabueña Acin, Irene Fácil Ledesma

CARTAS A LA DIRECCIÓN

RESEÑAS

AGENDA



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

Nuberos Científica

VOL. 3 NÚM. 21

MARZO- JUNIO 2017

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



Incluida en el Catalogo de Publicaciones Periódicas en
Bibliotecas Nacionales de Ciencias de la Salud C17.



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.

La **FECAN** no se responsabiliza de los contenidos de los manuscritos publicados en esta revista que pudieran violar el derecho de la propiedad intelectual de otros

DIRECCIÓN:

Pilar Elena Sinobas

Directora de Aula de Investigación en Cuidados del Colegio de Enfermería de Cantabria. (Cantabria-España)

CONSEJO ASESOR:

Montserrat Cabré i Pairet

Profesora Titular de Historia de la Ciencia.
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)

Óscar Pérez González

Sociólogo de Observatorio de Salud Pública de Cantabria. Fundación Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

Javier Velasco Montes

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

CONSEJO DE REDACCIÓN:

Mª Paz Álvarez García

Graduada en Enfermería. Máster Universitario de Investigación en Cuidados de Salud. Área de Calidad y Seguridad del Paciente. Servicio Cántabro de Salud. (Cantabria-España)

Mª Carmen Arístin Ortega

Diplomada en Enfermería. Formación en investigación y estadística aplicada. Experiencia Investigadora. Unidad de Hospitalización del Hospital Universitario 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. Cardiotoracic Surgery Dpt.
University General Hospital of Thessaloniki AHEPA

Mª Luz Fernández Núñez

Diplomada en Enfermería. Área de Calidad, Formación, Docencia e Investigación de los Hospitales Sierrallana y Tres Mares. (Cantabria-España)

Ángela Fernández Rodríguez

Graduada en Enfermería. Máster en Investigación en Cuidados de Salud. Instituto Cántabro de Servicios Sociales y Universidad de Cantabria.

Mirian García Martínez

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

Mª Alexandra Gualdrón Romero

Graduada en Enfermería. Máster universitario de Cuidados en Salud. Vocal Del CEI-CEIm de Cantabria. Enfermera del Servicio Cántabro de Salud. (Cantabria-España)

Raquel López Maza

Diplomada en Enfermería. Área de Calidad, Formación, Docencia e Investigación de los Hospitales Sierrallana y Tres Mares. (Cantabria-España)

David Ramos Sáiz

Graduado en Enfermería. Enfermero Especialista en Geriátria. Experiencia en Investigación. Unidad asistencial en el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario 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)

SUMARIO

NUMEROS CIENTÍFICA

es una revista de carácter científico dirigida a profesionales 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.

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

- 7** LA ESTIMULACIÓN MULTISENSORIAL COMO PUENTE DE COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE CON DEMENCIA
Carmen M. Sarabia Cobo, Zaira Díez Saiz, Sara San Millán Sierra, Laura Salado Morales, Verónica Clemente Campo, Cristina Alonso Vejos
- 15** ASISTENCIA SANITARIA ESCOLAR EN CANTABRIA. ESTUDIO DE LA DEMANDA ASISTENCIAL
Pablo Pérez Velasco, Laura García Blanco
- 24** VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS
Lucía González Fernández, Cristina Álvarez Alonso, Cristina García Villa, Cristina Suárez Lada, Isabel Araujo Rubiera, M^a Teresa López Fernández
- 30** FACTORES RELACIONADOS CON LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS
María Rodríguez Mármol, Rafael Muñoz Cruz, Carmen María Bernabéu Cruz
- 36** SATISFACCIÓN MATERNA EN EL ÁREA DE PARTOS SEGÚN LA ESCALA MACKEY
Marta López-Mirones, Alicia Alonso-Salcines, Oihane Terán-Muñoz, Casandra García-González, Izaskun Laurrieta-Saiz, Marta González-Maestro

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

- 44** UNA MIRADA PROFESIONAL SOBRE LA ENFERMERÍA ESCOLAR
Laura García Blanco
- 50** LA OTRA CARA DE LA VIDA. MI RELATO
Tamara Cobo Cobo

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

- 55** LA ICTERICIA NEONATAL Y SU ABORDAJE DESDE LA ENFERMERÍA
Leticia Martínez González, María Plaza Carmona
- 62** PERFIL DEL ANCIANO CRÓNICO DEPENDIENTE Y DEL CUIDADOR PRINCIPAL INFORMAL EN ATENCIÓN DOMICILIARIA. ROL DE ENFERMERÍA
María Martínez Miralles

MISCELÁNEA

- 69** EDUCACIÓN SEXUAL SALUDABLE EN ADOLESCENTES
Ana Isabel Antón
- 74** GUÍA BÁSICA PARA LA ELABORACIÓN DE UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
Loreto María García Moyano, Oihana Arrazola Alberdi, Begoña Pellicer García, Amparo Moyano Ledesma, Jara Tabueña Acin, Irene Fácil Ledesma

79 CARTAS A LA DIRECCIÓN

80 RESEÑAS

81 AGENDA

EL CUIDADO HUMANO

Es importante ser capaz de pintar un cuadro o esculpir una estatua, y así conferir belleza a unos pocos objetos. Pero mucho más glorioso es esculpir y pintar la atmósfera en la que trabajamos a fin de mejorar la calidad del día: ésta es la más sublime de las artes.

Henry David Thoreau

La enfermería según Florence Nightingale es una de las bellas artes "la más bella de las bellas artes". No es meramente una técnica, sino un proceso que incorpora los elementos del alma, la mente y la imaginación. Su verdadera esencia reside en la imaginación creativa, el espíritu sensible y la comprensión inteligente, que constituyen el fundamento real de los cuidados de enfermería⁽¹⁾.

García, cuando habla de la ética del cuidado en la profesión enfermera, refiere que si se pretendiera determinar el significado de la profesión enfermera con una sola palabra, esta sería; "**cuidado**". Pero esta labor no debería ser entendida simplemente como la acción o el arte de proporcionar los instrumentos que sirvan para mejorar o aliviar la enfermedad, sino que, en una visión más amplia, debería entenderse como la acción de proporcionar el mayor bienestar, ya sea físico, psíquico o psicosocial a la persona. La palabra "cuidado" viene del latín cogitatus, que significa reflexión, pensamiento, interés reflexivo que uno pone en algo. Por tanto podemos decir que el cuidado, el cuidar, parte del interés de alguien por otro, pero no solo de manera afectiva, sino reflexiva y racional. La actividad de cuidar es toda acción humana que contribuye a la ayuda y solicitud ante la necesidad del otro. El cuidado profesional, como labor propia, debería acabar con la dualidad entre las dos conocidas dimensiones del cuidar: la técnica y la **humana**⁽²⁾.

En un sentido amplio puede decirse que "**humanismo**" es tomar conciencia de la importancia del ser humano, y fomentar todo lo que puede desarrollarlo y mejorarlo. El humanismo es un movimiento históricamente recurrente, que adquiere fuerza en los tiempos de crisis y que aparece en los momentos en que se perciben amenazas importantes al orden establecido y desaparecen las certezas colectivas.

El humanismo, adecuadamente entendido, es necesario en todas las actividades humanas, pero resulta indispensable en los cuidados sanitarios, porque los enfermos son los más necesitados de cuidados humanos, y porque las actitudes y valores humanos de los profesionales pueden tener la máxima repercusión sobre los enfermos. De

modo que puede afirmarse que en los profesionales de la asistencia el cuidado humano es la actitud más básica⁽³⁾.

¿Por qué actualmente hablamos tanto de la humanización del cuidado? ¿Nos encontramos en un momento histórico de "crisis"?

Escobar (1992), señala que cuando los valores elevados no se realizan o se postergan, cuando no existe una conciencia de la **dignidad humana**, surge lo que se denomina una crisis de valores; convirtiéndose en una situación evidente en la sociedad actual. Hoy se enfrenta una crisis de valores, manifestada en una época de grandes convulsiones morales que involucra todos los órdenes de la existencia humana y que está marcada por una notable confusión en las ideas y en la actuación, donde los valores materiales se ubican por encima de los valores humanos, dando origen a una crisis de valores humanos signada por los cambios sufridos en la sociedad actual⁽⁴⁾.

La "**dignidad**" es un concepto fundamental en la ética clínica y la práctica profesional, así como en la bioética y el bioderecho internacionales. Richard Horton, editor de The Lancet, sostiene que la dignidad debe ubicarse como principio rector del movimiento de salud mundial (Horton, 2004). Los promotores de la salud y los derechos humanos señalan que la dignidad puede ser un vínculo que explique la relación entre la promoción y protección de los derechos humanos y la situación sanitaria. El llamado de las Naciones Unidas en favor de un "derecho a la salud" supone una relación recíproca entre la salud y la dignidad cuando describe la salud como requisito indispensable para "vivir dignamente"⁽⁵⁾.

¿Qué se entiende por humanización de la atención sanitaria?

Es interesante analizar los resultados que se obtuvieron en el estudio sobre la humanización de la atención sanitaria realizado por Bermejo et al.⁽⁶⁾ mediante una encuesta realizada tanto a personas relacionadas como no relacionadas con el ámbito sanitario. Los factores definitorios se describieron en lo relativo a:

- el Profesional - Profesionalidad, compromiso, motivación y vocación, información, tratamiento holístico, ética
 - a la Relación que se establece - Personal, habilidad de comunicación, actitud empática y escucha activa
 - a la Institución/el Centro - Medios, recursos, confortabilidad, trabajo en equipo, cuidado del profesional
- Los factores valorados con medias más altas pertenecieron a la categoría del profesional, mientras que los pertenecientes al centro se valoraron como los menos importantes.

En la valoración que se dio a los factores, el orden de

importancia resultó según se indica: primero el tratamiento holístico por parte del profesional, seguido de la relación que se establece con actitud empática y disposición de escucha, la ética, el compromiso, la motivación y vocación del profesional. A continuación la relación personal y el cuidado del profesional por parte de la institución, el trabajo en equipo, las habilidades de comunicación, y la información. La profesionalidad y el centro con medios, recursos y confortabilidad fueron los factores que menos importancia obtuvieron en sus medias.

¿Está de moda hablar de humanización del cuidado?

No debería de estarlo para nuestra profesión, todo lo contrario, sino que tendría que formar parte de nuestra práctica diaria. Cuando en nuestra profesión hablamos en numerosas ocasiones de los **“Cuidados Invisibles”**, nos estamos refiriendo a la empatía, a la escucha, al acompañamiento, a la observación atenta y a las numerosas actuaciones que dedicamos a mejorar el bienestar, la autonomía y seguridad de nuestros pacientes. Acciones para las cuales no existen registros, en la mayoría de las ocasiones no se deja constancia de ellas, siendo por otra parte las más valoradas por los pacientes, ya que cada una de estas acciones, demuestra el interés en la persona, en la otra persona.

Una de las autoras que más ha trabajado el tema del cuidado de enfermería como cuidado invisible es Collière, refiere que a menudo “las tareas de cuidado más importantes que hacen las enfermeras son “invisibles”, en el sentido de que conocer a la persona y su entorno, apoyarla hacia el logro de sus objetivos y promocionar sus posibilidades internas son actos que, en muchas ocasiones, no se realizan de forma visible”. Así mismo, refiere que hay un error mantenido al denominar abusivamente a los tratamientos como cuidados, esto hace pensar que sólo los tratamientos representan la acción terapéutica. Sin embargo, ningún tratamiento podría reemplazar a los cuidados⁽⁷⁾.

En el año 2015, con la celebración del XIV Congreso Nacional y IX Internacional de Historia de la Enfermería en Santander, tuvimos la suerte de contar como ponente a Montserrat Teixidor enfermera y Decana del Consejo de Colegios de Enfermeras y Enfermeros de Catalunya, la cual transmitió ideas tan interesantes como:

Para que la ética se exprese también en la práctica cotidiana es importante avanzar en la humanización del cuidado y de la asistencia reconociendo en cada situación la singularidad de la persona, entiendo que “humanizar es organizar nuestros actos en sintonía con los valores y expectativas de los destinatarios de nuestra actuación, desde la competencia y con el respeto escrupuloso por los derechos humanos”. Teixidor (2008).

Isabel M. Stewart⁽¹⁾ una de las primeras dirigentes de la enfermería norteamericana, también calificaba a menudo la enfermería como un arte y adelantándose a su tiempo, en el año 1929, describía lo siguiente:

La verdadera esencia de la enfermería, como de cualquiera de las bellas artes, no reside en los detalles mecánicos de la ejecución, ni siquiera en la destreza del ejecutor, sino en la imaginación creativa, el espíritu sensible y la comprensión inteligente que subyacen a estas técnicas y habilidades. Sin ellos, la enfermería puede convertirse en un oficio de gran destreza, pero no puede ser una profesión ni una de las bellas artes. Todos los rituales y ceremonias que nuestro culto moderno a la eficiencia pueden imaginar, y todo nuestro elaborado equipo científico, no nos salvarán si los elementos intelectuales y espirituales de nuestro arte quedan subordinados a lo mecánico y si los medios llegan a considerarse más importantes que la finalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Donahue, MP. Historia de la Enfermería. Madrid: Ediciones Doyma; 1985.
2. García L. La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. Acta Bioethica. 2015; 21 (2): 311-317.
3. Sánchez MA. El humanismo y la enseñanza de las humanidades médicas. Educ Med. 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2017.03.001>
4. Escobar G. Ética: Introducción a su problemática y su historia. 3º Edición. México: McGraw-Hill; 1992.
5. Rudilla D, Barreto P, Oliver A. Teoría y práctica de la dignidad en cuidados paliativos: una revisión. Psicooncología. 2014; 11 (1): 7-18
6. Bermejo JC, Carabias R, Villaceros M, Moreno C. Humanización de la Atención Sanitaria. Importancia y significado en una muestra de población de la Comunidad de Madrid. Ética de los Cuidados. 2011; 4(8). Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n8/et7673.php>
7. Huercanos I. El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(1). Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0510.php>
8. Teixidor M. Aspectos filosóficos y éticos de la profesión enfermera. En: Fernández ML et al., coordinadores. Congreso XIV Nacional y IX Internacional de Historia de la Enfermería. Un siglo cuidando a la sociedad. Centenario del reconocimiento oficial de la enfermería en España; 7-9 de Mayo del 2015; Santander. Cantabria: Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria; 2015. p. 107-122.

Raquel López Maza. Enfermera

RESUMEN DE CONTENIDOS

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

P. 7. La estimulación multisensorial como puente de comunicación con el paciente con demencia.- Estudio experimental en el que se evalúa la eficacia de la estimulación multisensorial en sala de Snoezelen en usuarios que presentan demencia avanzada y que están institucionalizados. Tanto en relación al grupo control como respecto a la situación basal del grupo experimental, la estimulación multisensorial parece ser una intervención no farmacológica eficaz en la mejora del estado funcional, cognitivo, emocional y conductual de los pacientes con demencia avanzada.

P. 15. Asistencia sanitaria escolar en Cantabria. Estudio de la demanda asistencial.- Estudio observacional retrospectivo, cuyo principal objetivo es el de conocer los datos sobre asistencia sanitaria y demandas de salud de la comunidad educativa de los centros adheridos al Proyecto de Enfermería Escolar, iniciado hace tres años por la Fundación del Colegio de Enfermería de Cantabria.

P. 24. Valoración de la calidad de vida de los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Universitario Central de Asturias.- Interesante estudio descriptivo, donde se realizó una valoración de la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia renal crónica terminal, en tratamiento con hemodiálisis. Su experiencia muestra la percepción de los propios pacientes sobre su enfermedad, en el hospital de referencia y la importancia de la enfermería en este tipo de enfermedad.

P. 30. Factores relacionados con la calidad de vida de las personas con Diabetes Mellitus.- Estudio descriptivo transversal cuyo propósito fué determinar la calidad de vida de un grupo de pacientes con Diabetes Mellitus y analizar de qué manera influyen en ella determinadas variables, entre los resultados más relevantes se encontraron que los pacientes con diabetes tipo 2, no insulino-dependientes y mayores de 45 años presentan mayor calidad de vida, mientras que el nivel de estudios favorece la satisfacción.

P. 36. Satisfacción materna en el área de partos según la Escala Mackey.- Estudio descriptivo sobre la satisfacción materna en el área de partos, donde la matrona es considerada el profesional de referencia y en la que la satisfacción de la mujer se valora a través de la escala Mackey es de uso internacional; teniendo en consideración que el término "satisfacción" en complejo y contiene diversas variantes que la propia escala valora.

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

P. 44. Una mirada profesional sobre la enfermería escolar.- Este trabajo de investigación de ámbito cualitativo y enmarcado en la perspectiva del constructivismo, nos acerca a la figura del enfermero escolar de la mano de una maestra de escuela. Utilizando como técnica de recolección de datos la entrevista semiestructurada, nos va relatando como esta nueva figura emergente

ha ayudado en los cuidados brindados a sus alumnos durante ese año, la información aportada, así como, la tranquilidad que transmite el saber que está ahí para temas relacionados con la salud y el cuidado.

P. 50. La otra cara de la vida. Mi relato.- Esta investigación cualitativa expone, bajo la técnica del autorrelato, cómo siente, percibe y ofrece los últimos cuidados a una persona que es diagnosticada de una enfermedad terminal, siendo ella misma, nieta y enfermera a la vez. Bajo esta perspectiva, nos relata su experiencia, así como, el rol que desempeñó cada miembro de su familia, para cuidar a esta persona.

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

P. 55. La ictericia neonatal y su abordaje desde la Enfermería.- Manuscrito que pretende, a través de una revisión de la literatura, actualizar conocimientos sobre la hiperbilirrubinemia, sus complicaciones y los correspondientes cuidados de enfermería. Se trata de una patología de relativa frecuencia en España, a pesar de su variabilidad a nivel internacional.

P. 62. Perfil del anciano crónico dependiente y del cuidador principal informal en atención domiciliaria. Rol de enfermería.- Revisión bibliográfica que trata sobre el cuidado domiciliario en personas ancianas dependientes. En esta revisión se analiza el perfil del anciano crónico dependiente, el perfil del cuidador principal informal (CPI), las características del síndrome del CPI, así como, los objetivos e intervenciones que la enfermería lleva a cabo para prevenir dicho síndrome y capacitar de forma adecuada al cuidador.

MISCELÁNEA

P. 69. Educación sexual saludable en adolescentes.- Se presenta una experiencia de educación en sexualidad saludable para adolescentes, enmarcada en el Proyecto de Enfermería Escolar de la Fundación de Enfermería de Cantabria. La intervención se ha realizado en alumnos de 6º curso de Educación Primaria, en un centro educativo urbano. La autora propone una herramienta sencilla para recabar los intereses de los alumnos, manteniendo la confidencialidad, que ayuda a superar las reticencias iniciales de los adolescentes a preguntar en público. Ha incorporado estas inquietudes en la elaboración de los contenidos de la actividad formativa, obteniendo un feed-back altamente positivo.

P. 74. Guía básica para la elaboración de una revisión bibliográfica.- Se ha considerado interesante desde el punto de vista didáctico, la publicación de este manuscrito dada la frecuente elaboración de textos sobre revisiones bibliográficas por la Enfermería. Se entiende que puede servir de base y de guía de apoyo para mejorar esos manuscritos. Contiene además, referencias bibliográficas que pueden consultarse.



La estimulación multisensorial como puente de comunicación con el paciente con demencia

Autores:

Carmen M. Sarabia Cobo⁽¹⁾

Zaira Díez Saiz⁽²⁾

Sara San Millán Sierra⁽²⁾

Laura Salado Morales⁽²⁾

Verónica Clemente Campo⁽²⁾

Cristina Alonso Vejo⁽²⁾

*⁽¹⁾ Profesora Departamento de Enfermería.
Doctora, Grado en Enfermería. Universidad de
Cantabria, España.*

*⁽²⁾ Grado en Enfermería. Fundación San
Cándido, Santander, España.*

*Dirección para correspondencia:
carmen.sarabia@unican.es*

Recibido: 10 de noviembre de 2016

Aceptado: 1 de mayo de 2017

Este trabajo, fue premiado como proyecto, en el Premio de Investigación del Enfermería del Colegio de Enfermería de Cantabria 2015.

RESUMEN

Una de las terapias más eficaces para establecer puentes de comunicación y disminuir conductas disruptivas es la llamada estimulación multisensorial o sala de Snoezelen.

El objetivo fue estudiar los efectos de la estimulación multisensorial en el comportamiento, estado emocional, cognitivo y funcional de usuarios con demencia.

Se hizo un diseño experimental aleatorizado longitudinal con grupo experimental (intervención con estimulación multisensorial) y grupo control, en un centro residencial.

Se recogieron variables de capacidad funcional, cognitiva, depresión, alteraciones de conducta y alteraciones neuropsiquiátricas a través de instrumentos validados. Los datos se recogieron en tres momentos (basal, post intervención y seguimiento 2 meses después de finalizar la intervención).

Participaron 15 personas por grupo. Se hallaron diferencias significativas para todas las variables entre el grupo experimental y el grupo control, con mejores resultados para el grupo experimental. Comparando las medidas del grupo experimental consigo mismo en los tres momentos de estudio, se observó diferencias significativas con una mejora en todas las variables en relación al estado vital.

La estimulación multisensorial parece ser una intervención no farmacológica eficaz en la mejora del estado funcional, cognitivo, emocional y conductual de los pacientes con demencia avanzada.

Palabras clave: enfermería geriátrica, comunicación, demencia, sensación

ABSTRACT

Multisensory stimulation in a Snoezelen room is one of the most effective therapies in order to establish a communication bridge and to reduce disruptive behaviors.

The aim was to study the effects of multisensory stimulation on the behaviour and the emotional, cognitive and functional status of individuals with dementia.

Randomized experimental design with experimental group (multisensory stimulation intervention) and control group was carried out in a residential center.

The variables collected from validated instruments were: functional capacity, cognitive capacity, depression, behavioral alterations and neuropsychiatric alterations. The data were collected on three occasions (baseline, post-intervention and follow up 2-months post-intervention).

15 people were included in each group. Significant differences were found for all variables between experimental and control group, and better results were achieving for the experimental group. It also was compared the values of the outcome variables taken on 3 separate occasions from the experimental group. Significant improvements were observed among all the variables related to the vital state.

Multisensory stimulation seems to be an effective non-pharmacological therapy in improving functional, cognitive, emotional and behavioral status of patients with advanced dementia.

Keywords: geriatric nursing, communication, dementia

INTRODUCCIÓN

El colectivo de mayores de 65 años representa más del 30% del total debido al envejecimiento de la pirámide poblacional a nivel mundial⁽¹⁾. Las mujeres españolas tienen una esperanza de vida al nacer de 85 años, y los varones de 79,2 años encontrándose entre las más altas de la Unión Europea⁽²⁾. Los distintos estudios realizados en este sentido, identifican varios factores principales que están favoreciendo el proceso del envejecimiento de la población, entre los que se encuentran una disminución de la tasa de natalidad y un aumento de la esperanza de vida^(1, 2). De entre las enfermedades que conllevan una mayor mortalidad en el envejecimiento, se objetivan las cardiorrespiratorias y el cáncer como principales causas⁽³⁾. No obstante, en los últimos años se está observando un aumento de la causa de muerte en ancianos por enfermedades neurológicas, siendo la demencia en términos generales la más representativa e incluso mayor a otras históricamente más importantes en este campo⁽⁴⁾.

Según el informe que la OMS hizo público en el año 2012, cada 7 segundos surge un nuevo caso de demencia en el mundo, con una estimación de unos 47,5 millones de personas a nivel mundial y cada año se registran 7,7 millones de casos nuevos⁽⁵⁾. Por otra parte, los pronósticos de aparición de nuevos casos

de demencia siguen en aumento. Alrededor de 75,6 millones de personas sufrirán algún tipo de demencia en el año 2030 y 135,5 millones en 2050⁽⁶⁾.

Se entiende por demencia la pérdida irreversible de las capacidades intelectuales, incluyendo: la memoria, la capacidad de expresarse y comunicarse adecuadamente, la capacidad de organizar la vida cotidiana y de llevar una vida familiar, laboral y social autónoma⁽⁴⁾.

El tratamiento farmacológico tiene limitaciones en el abordaje de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia. Por ello, alternativas como la orientación a la realidad, reminiscencias y relajación están aumentando el interés de los profesionales que trabajan con este tipo de enfermedades⁽⁸⁾. Una de las formas de tratar los síntomas conductuales es a través de la estimulación multisensorial (EMS) o Snoezelen^(9, 10). Se define como un medio de proporcionar estímulos sensoriales para los sentidos primarios: vista, oído, tacto, gusto y olfato, a través del uso de efectos de luz, superficies táctiles, música meditativa y el aroma de aceites esenciales relajantes. El significado de "snoezelen" es una contracción en holandés de "snuffelen" y "doezelen" que pueden traducirse como "explorar" y "relajar". La EMS como método fue desarrollado a mediados de 1970 en Holanda y se extendió a varios países de Europa, Australia, Es-

tados Unidos y Canadá⁽⁹⁾. En las últimas décadas, la aplicación clínica de snoezelen se ha ampliado desde el campo de la discapacidad al de la atención a personas con demencia^(11,12).

En el caso de las demencias esta terapia es comúnmente empleada como una modalidad terapéutica en 4 áreas⁽¹³⁾:

1. Reduciendo comportamientos no adaptativos e incrementando los positivos
2. Promoviendo sensaciones de bienestar y ocio
3. Facilitando la interacción y comunicación con el medio, aumentando el tiempo de atención y concentración
4. Promoviendo una relación positiva durante los cuidados reduciendo el estrés.

El espacio snoezelen es una sala especialmente adaptada con material técnicamente preparado para proporcionar experiencias sensoriales diversas: cama de agua musical, columna de sonido, haz de fibras, lámpara de burbujas, panel de música, panel de olores, etc⁽¹⁴⁾ (ver Figura 1).



Figura 1. Sala de Snoezelen o multisensorial (reproducida con permiso).

El empleo de estimulación multisensorial ha sido desarrollado en diferentes patologías, especialmente aquellas que suponen dificultades de comunicación con los pacientes como el autismo o discapacidad cognitiva⁽¹⁵⁾. Su empleo en personas con demencia en fases medias y avanzadas ha supuesto un nuevo enfoque terapéutico⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

La estimulación multisensorial, proporciona estímulos sensoriales mediante el uso de efectos de iluminación, superficies táctiles, música meditativa y el olor de aceites esenciales relajantes⁽¹⁹⁾. Su aplicación en casos de demencia parte del hecho de que la interacción sensorial supone menos esfuerzo cognitivo que otro tipo de intervenciones, y además fomenta, precisamente, esos elementos sensoriales que se mantienen incluso en fases avanzadas de la enfermedad⁽²⁰⁾.

Los resultados que parece proporcionar esta terapia van encaminados a reducir conductas disruptivas, agitación, desconexión del medio, aumenta la atención y concentración, mejoran la sensación de bienestar y el descanso y favorecen una mejor interacción con los cuidadores^(18, 20).

En diversos estudios se indica que la aplicación de la terapia puede ser realizada por enfermeras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, etc. e incluso adaptarse al entorno del usuario especialmente en espacios conflictivos como la hora del aseo o las comidas⁽²¹⁻²³⁾.

Lo deseable es tener salas multisensoriales en los centros

pero en muchos casos la aplicación de elementos sensoriales de manera integral también resulta útil⁽²⁴⁾. Su inversión inicial puede ser elevada en un primer momento, pero los beneficios posteriores son importantes y se mantienen en el tiempo^(25, 26). Tras una revisión bibliográfica sobre el tema, en España su uso aún no se ha extendido y hay escasas publicaciones al respecto^(12, 27).

El objetivo fue estudiar los efectos de la EMS en el comportamiento, estado emocional, cognitivo y funcional de usuarios con demencia moderada y grave.

METODOLOGÍA

Diseño. Se realizó un diseño experimental longitudinal de medidas repetidas con grupo control y grupo experimental, desarrollado en el centro residencial para mayores Fundación San Cándido, situado en Santander (Cantabria, España).

Sujetos. El criterio de inclusión de los participantes fue el diagnóstico de demencia moderada/grave, esto es, estadios 6-7 según la Escala de Deterioro Global (GDS). Los criterios de exclusión fueron la presencia de trastornos sensoriales que no permitan la interacción con los elementos.

Fue necesaria la autorización de los familiares/tutores legales, a través de un consentimiento informado escrito, para la participación en el estudio.

El tamaño muestral fue estimado con el programa Granmo 7.11 (para un nivel de significación de 0,05 y una potencia de 0,8) requiriéndose una muestra total de 27 usuarios. La muestra estuvo formada por 30 usuarios que fueron seleccionados y asignados aleatoriamente (según tabla de números aleatorios) al grupo control y al grupo experimental, obteniéndose dos grupos de 15 personas.

Los sujetos del grupo experimental recibieron la intervención basada en estimulación multisensorial que se describe más adelante.

Los sujetos del grupo control realizaron actividades de estimulación cognitiva a través de talleres de media hora de duración dos veces por semana. Dichos talleres forman parte de la programación habitual del centro y se basan en el Programa de Actuación Cognitiva Integral en Demencias (PACIID) del Instituto de Mayores y Servicios Sociales del IMSERSO (28). Eran realizados por un terapeuta de manera individual.

Variables e Instrumentos.

Variables co-dependientes. Aspectos sociodemográficas y de salud. Al comienzo del estudio se registraron los datos referidos a las variables sociodemográficas de los participantes: género, edad, estado civil y nivel educativo. También se recogieron de la historia clínica el tipo de demencia, el grado GDS, enfermedades crónicas, tratamiento farmacológico.

Variable de estudio.

* Procedimiento de la intervención en sala de EMS.: La EMS se realizó en una sala específicamente diseñada para ello que se encuentra en la planta - 1 de la residencia. La sala incluye los siguientes elementos: Haz de fibras ópticas; Cortina de fibras ópticas; Columnas de burbujas; Bola de espejos; Fluorescente luz negra; Tormenta de colores; Foco Arco-Iris; Equipo de aromaterapia; Equipo de musicoterapia; Cama de agua. El contenido de las sesiones se escogió en función de la evaluación del terapeuta sobre las preferencias, necesi-

dades y capacidades de cada participante. La duración de las sesiones fue de 30 minutos, a menos que el participante expresase el deseo de abandonar la sala. Cada participante realizó 2 sesiones a la semana (en días alternos) durante un periodo de 16 semanas (32 sesiones) siendo asignado a una de las terapeutas/investigadoras, con la que realizó todas las sesiones de intervención.

***Variables de resultado.**

Se recogieron dos tipos de variables de resultado:

- la evaluación de los efectos inmediatos de la intervención y
- la evaluación del efecto longitudinal (a lo largo del tiempo).

Las variables de resultado se operacionalizaron en:

1. Evaluación de los efectos inmediatos. En el grupo EMS se llevó a cabo una evaluación a corto plazo con el fin de investigar los efectos inmediatos de las sesiones antes, durante y después de cada sesión. Se evaluaron medidas de comportamiento y estado emocional en dos momentos diferentes a través de dos instrumentos (instrumento Post e instrumento Pre/2post):

1.1. Valoración del comportamiento y el estado emocional: Se utilizaron dos instrumentos de evaluación elaborado específicamente para registrar el comportamiento y el estado de ánimo durante las sesiones de EMS, basado en las recomendaciones de la bibliografía de estudios previos^(12, 20). En ellos se recogía el comportamiento de la persona (ej.: "Interactúa adecuadamente", "Mantiene la mirada", "Habla espontáneamente", etc.)

1.1.1. El instrumento SESSION: consta de una serie de ítems en una escala tipo Likert y se puntúa de acuerdo a la frecuencia de ocurrencia de cada comportamiento, que van de 1 (en absoluto) a 5 (casi todo el tiempo). Las terapeutas que dirigen la sesión tanto de EMS como de Actividad, completaron el instrumento inmediatamente después de finalizar cada sesión en base al comportamiento de los participantes durante la misma, de esta manera se evaluó el estado del paciente tras cada sesión para valorar si hubo o no cambios a lo largo del tiempo.

1.1.2. El Instrumento PRE/POST SESSION, es una versión abreviada del anterior, y se utilizó para registrar el comportamiento del participante los 10 minutos inmediatamente anteriores a las sesiones y 10 minutos inmediatamente posteriores a cada sesión para establecer cualquier cambio observable. Es decir, antes y después de cada sesión se recogía este instrumento para valorar cambios tras la sesión. Este instrumento fue cumplimentado por personal diferente al terapeuta que realizó la sesión, que fue entrenado para ello, para así minimizar los sesgos de observación.

El siguiente esquema expone el orden de la recogida de estos instrumentos:

- a. Instrumento PRE/POST SESSION (10 min. antes).

- b. Se realiza la sesión de EMS.
- c. Instrumento SESSION (inmediatamente después de la sesión).
- d. Instrumento PRE/POST SESSION (10 min. después)

2. Evaluación longitudinal (efecto a largo plazo de la intervención). La batería de instrumentos que se recogieron estuvo compuesta por los siguientes instrumentos:

2.1. Valoración conductual.

Los problemas de conducta se valoraron con la versión española del Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI)⁽²⁹⁾. Para valorar la agitación se utilizó el Inventario de Agitación del Anciano de Cohen-Mansfield (IAACM)⁽³⁰⁾.

2.2. Valoración emocional.

Para valorar la depresión se utilizó la validación para la población española de la Escala Cornell para la depresión en la demencia⁽³¹⁾.

2.3. Valoración cognitiva.

El nivel de deterioro cognitivo del usuario se valoró con el Severe Mini-Mental State Examination (SMMSE)⁽³²⁾, la Escala de Deterioro Global (GDS)⁽³³⁾ y el Functional Assessment Staging FAST⁽³⁴⁾.

2.4. Valoración funcional

Se valoró la capacidad para realizar las Actividades Básicas da Vida Diaria (ABVD) mediante el Bedford Alzheimer Nursing Severity scale (BANS-S)⁽³⁵⁾.

Todos los instrumentos de la batería se recogieron en tres momentos diferentes:

- a. Pre-intervención: al comienzo de la intervención con las sesiones de EMS.
- b. Post-intervención: al finalizar la intervención (tras las 32 sesiones de EMS).
- c. Seguimiento: dos meses después de haber finalizado la intervención.

Las terapeutas/investigadoras realizaron la valoración de todos los instrumentos, para cada uno de los usuarios que les fueron asignados. Antes de comenzar con las valoraciones se realizó una valoración de prueba con un usuario del centro en el que se unificaron los criterios de valoración y se discutieron las posibles discrepancias entre las evaluadoras.

Análisis de datos. Los datos obtenidos fueron analizados con el programa estadístico SPSS versión 22.0 en su versión española para Windows. Se rechazó la hipótesis nula con un nivel de significación estadística de $p < 0.05$. Se realizó un análisis descriptivo, de frecuencias y gráfico según las variables: las variables cualitativas se describieron según la distribución de frecuencia y porcentaje (para un Intervalo de Confianza (IC) de 95%); las variables cuantitativas se describieron a través de la media y su desviación estándar. Se utilizaron pruebas de contraste de hipótesis (t de Student y Chi cuadrado, etc.) para comparar el comportamiento de las variables y la correlación de variables se estudió con el coeficiente r de Pearson. Se estratificaron los resultados por edad y sexo. Para las variables cuantitativas que tengan medidas pre y post se llevó a cabo análisis ANOVA de un factor de medidas repetidas.

Consideraciones éticas. Se obtuvo el consentimiento del centro y de los familiares que fuesen tutores legales, que debían firmar un consentimiento informado escrito, al igual que todos los

participantes que estuvieron capacitados para ello. Asimismo el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica de Cantabria (2015.140).

RESULTADOS

Participaron en el estudio 15 sujetos en el grupo experimental y 15 en grupo control.

La tabla 1 muestra las variables sociodemográficas.

Tabla 1. Variables sociodemográficas.

	N=30	G. Experimental n=15	G. Control n=15	p
Edad (M)	87,4	86,93	87,90	0,546
Sexo	86,7% mujeres	93,3% mujeres	80%	0,214
Estado civil				
Soltero	10%	6,7%	13,3%	0,231
Casado	26,7%	20%	33,3%	0,458
Viudo	63,3%	73,3%	53,3%	0,847
Divorciado				
Nivel de estudios				
Sin estudios	46,7%	33,3%	56,6%	0,147
Primarios incompletos	26,7%	33,3%	22,2%	0,09
De primer grado	20%	16,7%	22,2%	0,254
Universitarios	6,7%	16,7%		0,478

No hubo diferencias significativas entre ambos grupos para ninguna de las variables, los grupos seleccionados por tanto eran homogéneos.

Tampoco hubo diferencias significativas entre ambos grupos en las puntuaciones iniciales del BAN-S, Severe Mini Mental, Cornell, NPI e IAACM, como puede apreciarse en la tabla 2.

Tabla 2. Medias, desviaciones típicas y prueba de significación en puntuaciones basales del grupo control y el experimental.

	Tipo de terapia	Media	DE	p
BANS-S	Snoezelen	21,46	2,89	0,74
	Control	21,94	3,63	
Severe Mini-Mental	Snoezelen	2,33	6,27	0,72
	Control	2,21	8,2	
Cornell	Snoezelen	4,86	5,27	0,88
	Control	4,01	7,40	
NPI Total	Snoezelen	18,88	25,29	0,21
	Control	21,82	19,65	
IAACM	Snoezelen	82,07	42,66	0,73
	Control	103,06	65,79	

En la Tabla 2 se aprecian las características de ambos grupos que presentan alta dependencia, demencia en fase avanzada, moderados problemas de conducta y agitación así como problemas emocionales depresivos importantes.

Fase post-intervención

El grupo experimental mejoró sus puntuaciones en todas las variables respecto al grupo control. Se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en todas las variables estudiadas (ver Tabla 3).

Tabla 3. Prueba de significación en puntuaciones post intervención entre el grupo control y el experimental.

	F	p
BANS-S	3,19	0,000
Severe Mini-Mental	0,28	0,001
Cornell	2,51	0,009
NPI Total	2,51	0,002
IAACM	7,31	0,02

Fase Seguimiento

Se mantuvieron todas las diferencias significativas, con mejores puntuaciones del grupo experimental, excepto para las variables emocional: Cornell $F(1,52) = 8,96, p = 0,21$; y la variable problemas de conducta: NPI total, $F(1,12) = 3,74, p = 0,213$, donde no se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos.

Análisis de medidas repetidas

Tomando al grupo experimental, se llevó a cabo un análisis de medidas repetidas para comparar los resultados del grupo en los tres momentos diferentes de estudio para comprobar si había habido cambios significativos en las puntuaciones obtenidas. Los resultados de las tres fases pueden verse en la Tabla 3. El estadístico empleado fue un ANOVA de medidas repetidas.

Tabla 3. Puntuaciones del grupo experimental en las tres fases en las variables de estudio y prueba de significación estadística por pares a través de ANOVA de medidas repetidas.

	Basal (M/DE)	Post-intervención (M/DE)	p (basal/post-intervención)	Seguimiento (M/DE)	p (post/segui-miento)
BANS-S	21,46 (2,56)	20,73 (6,08)	0,002	22,87 (2,79)	0,04
Severe Mini-Mental	2,3 (6,27)	2,46 (7,04)	0,001	3,22 (6,96)	0,03
Cornell	4,86 (5,27)	3,46 (2,64)	0,00	3,5 (2,07)	0,23
NPI total	18,8 (25,99)	10,86 (16,25)	0,00	12,44 (11,06)	0,37
IAACM	82,07 (42,66)	79,46 (24,61)	0,02	58,67 (11,63)	0,00

Respecto a la fase post-intervención se aprecia una mejoría en todas las puntuaciones con diferencias estadísticamente significativas.

Si comparamos los efectos longitudinales se observa que estos se mantienen o incluso mejoran (ver el BANS-S, Severe Mini Mental e IAACM) excepto para la variable problemas de conducta (NPI) que aumenta en comparación a la fase post y problemas emocionales de depresión (Cornell) que se mantienen similares. No obstante al comparar ambos con la fase basal, hay diferencias significativas (Cornell $F(1,52) = 13,68, p = 0,02$; NPI $F(1,68) = 58,25, p = 0,001$).

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

El objetivo de este estudio fue estudiar los efectos de la EMS en el comportamiento, estado emocional, cognitivo y funcional de usuarios con demencia grave. Los resultados obtenidos han sido positivos, puesto que los participantes del grupo experimental presentaron diferencias significativas respecto al grupo control en todas las variables estudiadas, de manera inmediata al fin de la intervención. Por otro lado también se mantuvieron los efectos longitudinales de la intervención en todas las variables excepto en nivel emocional (Cornell) y alteración de la conducta NPI.

Por otro lado cuando se compara el efecto de la intervención en el propio grupo experimental los resultados indicaron una mejora en todas las variables tanto al finalizar la intervención como dos meses después del fin de la misma. Todas las variables mejoraron respecto al estado basal. Respecto al efecto longitudinal de la intervención, éste se mantuvo para todas las variables excepto para la variable depresión (Cornell) y alteración de Conducta NPI. Estos resultados están en línea con la literatura donde se hallaron efectos significativos tras la intervención con EMS^(17, 19, 36).

Los resultados de este estudio son similares a los hallados por Sánchez et al.,⁽³⁷⁾ que emplearon un protocolo de investigación en el que basamos este estudio. Ellos hallaron que los pacientes del grupo experimental demostraron una mejora significativa en la capacidad funcional, las alteraciones de conducta y la agitación. En la revisión de la literatura realizada por Sánchez et al.,⁽²⁰⁾ los estudios confirmaban una mejora en los aspectos conductuales gracias a la EMS. De estos hallazgos, un dato interesante es la mejora significativa en la capacidad funcional, lo que no ha sido reflejado en la literatura^(38, 39) a excepción del citado trabajo de Sánchez. Una posible justificación de estas diferencias es que esos estudios emplearon el Índice de Barthel⁽⁴⁰⁾ para medir capacidad funcional el cual es muy poco específico en pacientes con demencia avanzada. De ahí que el empleo del BANS-S, específico para demencia avanzada, resulte más específico para valorar la capacidad funcional de estos pacientes.

Otra de las variables que mejoraron significativamente en este proyecto fue que los pacientes del grupo experimental también presentaron una mejora en la función cognitiva, reducida pero significativa, lo que en parte puede justificar la mejora en el resto de áreas. Otros estudios similares, como el citado de Sánchez et al.,⁽³⁷⁾ y Maseda et al.,⁽¹²⁾ no hallaron mejoras significativas en la función cognitiva aunque sí indicaron la existencia de una mejora tanto en el grupo experimental como el control. En otros estudios tampoco se halló mejora en la capacidad cognitiva^(41, 42) lo que podría ser explicado por el empleo de un instrumento como en Mini Mental que no es sensible en población con demencia avanzada. En nuestro caso se empleó el Severe-Mini Mental (SMMSE) específico para estos estadios de la enfermedad y mucho más sensible a los cambios.

En cuanto a los síntomas neuropsiquiátricos, estos son los más frecuentes en personas con demencia⁽⁴³⁾. El empleo de EMS en este trabajo parece mejorarlos especialmente la agitación, la apatía y la depresión. Esto se ha confirmado en otros estudios^(12, 37, 41, 42). Los factores de comportamiento pueden tener su origen en determinados procesos neurobiológicos que se ven afectados por el propio proceso de enfermedad, aunque no está clara su etiología y se cree son multifactoriales. Se puede justificar la mejora en estos aspectos gracias a la EMS, frente al grupo con-

trol, porque la persona con demencia es más vulnerable a los efectos de la privación sensorial, el cual juega un papel importante, pero a menudo descuidado en conductas inadaptadas⁽⁴⁴⁾.

Es por ello que los efectos multisensoriales sirven para centrar a la persona, evitar el aislamiento del mundo externo y estimular todas las esferas de la persona, que se ven gravemente perturbadas por la demencia⁽⁴⁵⁾. En un estudio muy interesante de Gómez et al.,⁽⁴⁶⁾ estudiaron el efecto en pruebas electroencefalográficas (EEG) tras una intervención Snoezelen® en individuos con lesiones cerebrales en comparación con grupo control. Sus hallazgos apoyaron la noción de que la terapia Snoezelen® afecta al sistema nervioso central, gracias a la inducción de una ralentización de la actividad oscilatoria, así como una disminución de la complejidad e irregularidad en el EEG. Estos cambios parecen estar relacionados con niveles más altos de la relajación de los participantes. Esto puede justificar la mejora presentada por los pacientes que recibieron EMS, al producir dicha intervención cambios directos en la función cerebral, la cual es notoriamente afectada por la enfermedad.

El impacto a corto plazo de la EMS ya ha sido comprobado en la literatura^(12, 20, 37). Se cree que la EMS ayuda a centrar al paciente en la realidad lo que redundará en un enlentecimiento de la progresión de la demencia. Baker et al.,⁽¹⁶⁾ estudiaron los efectos a corto plazo de una intervención EMS en comparación con un grupo control y encontraron que, en las fases graves de demencia, el grupo experimental fue significativamente menos apáticos después de 8 semanas de la intervención. Pero lo interesante de los pocos estudios que evalúan los efectos a medio-largo plazo es determinar si realmente los efectos de la EMS llegan a tener un impacto en el retraso del avance de la enfermedad. Respecto a este estudio, los efectos longitudinales de la intervención se mantuvieron para la funcionalidad, la capacidad cognitiva y la agitación. Esto también fue hallado por otros estudios como el de Collier et al.,⁽³⁸⁾. En su estudio con 6 pacientes con demencia moderada, implementaron la EMS en la rutina del aseo por el personal. Los resultados mostraron mejoras a corto plazo en la comunicación y la participación de los residentes, seguido por una disminución sostenida en el tiempo.

El hecho de que los efectos longitudinales no se mantuvieron en la variable depresión y en la variable alteración de la conducta puede ser explicado en parte por el hecho de que los síntomas psicológicos y conductuales en la demencia son parte inherente del proceso de enfermedad y son difíciles de cambiar si no hay una intervención mantenida y continuada (47, 48). Esto sugiere, como han hecho otros estudios, lo interesante que sería incorporar la EMS en las rutinas diarias del paciente, como puede ser durante el aseo o las comidas, con efectos muy positivos^(49, 50, 51).

Los pacientes, cuidadores y profesionales han estado buscando una intervención eficaz para las demencias y hay una variedad de intervenciones no farmacológicas aplicadas comúnmente a estos pacientes⁽⁵¹⁾. La limitada eficacia de la terapia farmacológica y la plasticidad del cerebro humano son las dos razones principales que explican este creciente interés en la intervención no farmacológica para pacientes con demencia. La EMS parece corroborar en los diversos estudios su eficacia como Terapia No Farmacológica (TNF), mejorando la capacidad y especialmente las conductas de agitación. Por lo tanto, las TNF pueden desempeñar un papel en la planificación de los modelos multidimensionales para el cuidado de la demencia mediante el

tratamiento de los aspectos cognitivos, funcionales, conductuales y los aspectos afectivos de la demencia.

Una de las limitaciones del estudio es la muestra reducida, lo que puede limitar generalizar los resultados. Esto es debido a la dificultad de hallar pacientes que cumplan los criterios de inclusión y permanezcan durante todo el estudio.

Como futuras líneas de investigación se plantean llevar a cabo un estudio para ampliar la muestra y poder generalizar los resultados. También sería deseable aumentar el estudio longitudinal y evaluar los efectos a un plazo incluso mayor. Otra de las líneas deseables sería evaluar el impacto en calidad de vida, porque se sabe que dicha variable es sumamente valiosa en los pacientes y puede aportar mayor información terapéutica que otras variables.

Podemos concluir la que la intervención con EMS parece tener efectos positivos en la conducta, capacidad funcional, cognitiva y emocional de los pacientes con demencia avanzada. Estos efectos se mantienen de forma inmediata y en algunos casos de forma longitudinal como es el caso de la función cognitiva y funcional. Esto tiene una importante repercusión beneficiosa en el paciente porque estas mejoras impactan directamente en las actividades diarias, en su comunicación con el entorno y sus cuidadores y una mejora, aunque sea relativa, de su independencia.

Creemos que estas medidas son fáciles de aplicar aunque requieren formación y que como la literatura ha demostrado pueden ser realizadas por profesionales como las enfermeras con el adecuado entrenamiento. Sus beneficios son también extrapolables a las familias de los pacientes y por ende a los profesionales al cuidado. Otro importante beneficio es que la mejora en estas conductas presumiblemente disminuya el consumo de fármacos, pero este hecho no fue recogido y requerirá una futura investigación.

La implementación de EMS no requiere obligatoriamente la presencia de una habitación específica, puesto que se basa en cualquier elemento que favorezca la estimulación sensorial, lo que abarataría costes. Por otro lado sí consideramos a la luz de los resultados que puede resultar conveniente, a nivel institucional, apostar por integrar actividades de EMS no solo como terapia en la demencia, especialmente en la avanzada, sino en las actividades rutinarias favoreciendo la conexión con el medio del paciente. Ello requiere formar adecuadamente al personal.

Está claro que hay una necesidad de implementar estrategias a largo plazo y la participación de las instituciones en los diferentes niveles de organización para mantener los resultados creemos es decisiva.

Lo relevante de nuestro estudio es que ha sido desarrollado por enfermeras, en un medio institucional, con resultados satisfactorios en las diferentes esferas de las personas con demencia avanzada.

Agradecimientos: Al doctor JC Millán-Calenti, Dra. Ana Maseda y Dra. Laura Lorenzo del Grupo de Investigación en Gerontología, Departamento de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidade da Coruña, Galicia, España, por su ayuda desinteresada en la corrección del protocolo y las sugerencias realizadas para el desarrollo del proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

- González DS. Geografías del envejecimiento. Procesos sociales y desigualdad espacial del envejecimiento de la población. Cuadernos Geográficos, 2014; 53(1): 189-191.
- Vázquez ER. Envejecimiento en España: percepción, auto-percepción y participación política: EN Envejecimiento de la población en España y Japón: estudio comparativo y posibles implicaciones para Europa y Asia Pacífico. Ediciones Universidad de Salamanca. 2014.
- Silguero SAA, Martínez-Reig M, Arnedo LG, Martínez GJ, Rizos LR, & Soler PA. Enfermedad crónica, mortalidad, discapacidad y pérdida de movilidad en ancianos españoles: estudio FRADEA. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 2014; 49(2): 51-58.
- Berr C, Vercambre M, Akbaraly TN. Épidémiologie de la maladie d'Alzheimer: aspects méthodologiques et nouvelles perspectives. Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement 2009; 7(1):7-14.
- Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva N° 362. Demencia. Marzo 2015; Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>. Accessed 05/07, 2015.
- World Health Organization. Dementia: a public health priority. : World Health Organization; 2012.
- Black DW, & Grant JE. DSM-5® Guidebook: The Essential Companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Pub. 2014.
- Clionsky E. Comparative Effectiveness of an Advanced Treatment Protocol for Dementia vs. Standard Community Care (P1. 005). Neurology, 2014; 82(10 Supplement): P1-005.
- Chung J, Lai C, Chung P, French H. Snoezelen for dementia. Cochrane Database Syst Rev 2002; 4.
- Baker R, Holloway J, Holtkamp C, Larsson A, Hartman LC, Pearce R, et al. Effects of multi-sensory stimulation for people with dementia. J Adv Nurs 2003; 43(5):465-477.
- Baillon S, Van Diepen E, Prettyman R, Redman J, Rooke N, Campbell R. A comparison of the effects of Snoezelen and reminiscence therapy on the agitated behaviour of patients with dementia. Int J Geriatr Psychiatry 2004; 19(11):1047-1052.
- Maseda A, Sanchez A, Marante MP, Gonzalez-Abraldes I, Bujan A, Millan-Calenti JC. Effects of Multisensory Stimulation on a Sample of Institutionalized Elderly People With Dementia Diagnosis: A Controlled Longitudinal Trial. Am J Alzheimers Dis Other Demen 2014 Mar 6; 29(5):463-473.
- Rodríguez MJC, Llauradó MC. Estimulación multisensorial en un espacio snoezelen: concepto y campos de aplicación. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual Vo 2010; 50(4):1.
- Van Diepen E, Baillon SF, Redman J, Rooke N, Spencer DA, Prettyman R. A pilot study of the physiological and behavioural effects of Snoezelen in dementia. The British Journal of Occupational Therapy 2002; 65(2):61-66.
- Gómez, MC. Aulas multisensoriales en educación especial. : Ideas propias Editorial SL; 2009.
- Baker R, Bell S, Baker E, Holloway J, Pearce R, Dowling Z, et al. A randomized controlled trial of the effects of multi-sensory stimulation (MSS) for people with dementia. British Journal of Clinical Psychology 2001; 40(1):81-96.
- Van Weert JC, Bensing JM. Estimulación multisensorial (Snoezelen) integrada en la asistencia de la demencia a largo plazo. Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús 2009(195):33-50.
- Vernooij-Dassen M, Vasse E, Zuidema S, Cohen-Mansfield J, Moyle W. Psychosocial interventions for dementia patients in long-term care. International Psychogeriatrics 2010; 22(07):1121-1128.
- Burns I, Cox H, Plant H. Leisure or therapeutics? Snoezelen and the

- care of older persons with dementia. *Int J Nurs Pract* 2000; 6(3):118-126.
20. Sanchez A, Millan-Calenti JC, Lorenzo-Lopez L, Maseda A. Multisensory stimulation for people with dementia: a review of the literature. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2013 Feb; 28(1):7-14.
21. Lancioni G, Cuvo A, O'Reilly M. Snoezelen: an overview of research with people with developmental disabilities and dementia. *Disability & Rehabilitation* 2002; 24(4):175-184.
22. Van Weert J, Van Dulmen AM, Spreeuwenberg PM, Ribbe MW, Bensing JM. Behavioral and Mood Effects of Snoezelen Integrated into 24-Hour Dementia Care. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(1):24-33.
23. Van Weert J, Janssen BM, Van Dulmen AM, Spreeuwenberg PM, Bensing JM, & Ribbe MW. Nursing assistants' behaviour during morning care: effects of the implementation of snoezelen, integrated in 24-hour dementia care. *Journal of advanced nursing*, 2006; 53(6): 656-668.
24. Van Weert JC, Van Dulmen AM, Spreeuwenberg PM, Ribbe MW, & Bensing JM. Effects of snoezelen, integrated in 24h dementia care, on nurse-patient communication during morning care. *Patient education and counseling*, 2005; 58(3): 312-326.
25. Smith M, & Buckwalter K. BEHAVIORS ASSOCIATED WITH DEMENTIA: Whether resisting care or exhibiting apathy, an older adult with dementia is attempting communication. Nurses and other caregivers must learn to 'hear' this language. *AJN The American Journal of Nursing*, 2005; 105(7): 40-52.
26. Vasse E, Vernooij-Dassen M, Spijker A, Rikkert MO, & Koopmans RA. Systematic review of communication strategies for people with dementia in residential and nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 2010; 22(02): 189-200.
27. Maseda A, Sánchez A, Marante MP, González-Abraldes I, de Labra C, & Millán-Calenti JC. Multisensory Stimulation on Mood, Behavior, and Biomedical Parameters in People With Dementia Is it More Effective Than Conventional One-to-One Stimulation? *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 2014; 29(7): 637-647.
28. García Meilán JJ, & Carro Ramos J. Programa de actuación cognitiva integral en demencias (PACID): centro de referencia estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (IMSERSO). 2011.
29. Vilalta-Franch J, Lozano-Gallego M, Hernández-Ferrándiz M, Llinàs-Reglà J, López-Pousa S, López OL. Neuropsychiatric inventory. Propiedades psicométricas de su adaptación al español. *Rev Neurol*. 1999;29(1);15-19.
30. Cervilla JA, Rodriguez Cano T, Gurpegui M. Prevalencia de Conductas Agitadas en Ancianos. *An Psiquiatr*. 1995; 11 Supl I:5-6.
31. Pujol-Doménech J, de Azpiazu P, Salameo M, Cuevas R. Sintomatología depresiva de la demencia. Escala de Cornell: validación de la versión en castellano. *Rev Neurol*. 2001;33:397-398.
32. Buiza C, Navarro A, Díaz-Orueta U, González MF, Alaba J, Arriola E, et al. Evaluación breve del estado cognitivo de la demencia en estadios avanzados: resultados preliminares de la validación española del Severe Mini-Mental State Examination. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;46(3):131-138.
33. Reisberg B, Ferris SH, de León MJ, Crook T. Global Deterioration Scale (GDS). *Psychopharmacol Bull*. 1988; 24(4):661-3.
34. Reisberg B. Functional assessment staging (FAST). *Psychopharmacology bulletin*. 1988;24(4):653-659.
35. Volicer L, Hurley AC, Lathi DC, Kowall NW. Measurement of severity in advanced Alzheimer's disease. *J Gerontol*. 1994 Sep;49(5):M223-226.
36. López-Almela A, & Gómez-Conesa A. Intervención en demencias mediante estimulación multisensorial (snoezelen). *Fisioterapia*, 2011; 33(2): 79-88.
37. Sánchez A, Marante-Moar MP, Sarabia C, de Labra C, Lorenzo T, Maseda A, & Millán-Calenti JC. Multisensory Stimulation as an Intervention Strategy for Elderly Patients With Severe Dementia A Pilot Randomized Controlled Trial. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 2016; 31(4): 341-350.
38. Collier L, McPherson K, Ellis-Hill C, Staal J, Bucks R. Multisensory stimulation to improve functional performance in moderate to severe dementia—interim results. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2010;25(8):698-703.
39. Klages K, Zecevic A, Orange JB, Hobson S. Potential of Snoezelen room multisensory stimulation to improve balance in individuals with dementia: a feasibility randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 2011;25(7):607-616.
40. Collin C, Wade DT, Davies S, & Horne V. The Barthel ADL Index: a reliability study. *International disability studies*. 2009; 10(2): 61-63.
41. Bauer M, Rayner JA, Koch S, & Chenco C. The use of multi-sensory interventions to manage dementia-related behaviours in the residential aged care setting: a survey of one Australian state. *Journal of clinical nursing*, 2012; 21(21-22): 3061-3069.
42. Bauer M, Rayner JA, Tang J, Koch S, While C, & O'Keefe F. An evaluation of Snoezelen® compared to 'common best practice' for allaying the symptoms of wandering and restlessness among residents with dementia in aged care facilities. *Geriatric Nursing*, 2015; 36(6): 462-466.
43. Palmer K, Di Iulio F, Varsi AE, Gianni W, Sancesario G, Caltagirone C, & Spalletta G. Neuropsychiatric predictors of progression from amnesic-mild cognitive impairment to Alzheimer's disease: the role of depression and apathy. *Journal of Alzheimer's Disease*, 2010; 20(1): 175-183.
44. Di Iulio F, Palmer K, Blundo C, Casini AR, Gianni W, Caltagirone C, & Spalletta G. Occurrence of neuropsychiatric symptoms and psychiatric disorders in mild Alzheimer's disease and mild cognitive impairment subtypes. *International Psychogeriatrics*, 2010; 22(04): 629-640.
45. Gauthier S, Cummings J, Ballard C, Brodaty H, Grossberg G, Robert P, & Lyketsos C. Management of behavioral problems in Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 2010; 22(03), 346-372.
46. Gómez C, Poza J, Gutiérrez MT, Prada E, Mendoza N, & Hornero R. Characterization of EEG patterns in brain-injured subjects and controls after a Snoezelen® intervention. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 2016; 136: 1-9.
47. Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E, Baio G, Morris S, Patel N, & Cooper C. Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 2014; 205(6): 436-442.
48. Yamaguchi H, Maki Y, Yamagami T. Overview of non-pharmacological intervention for dementia and principles of brain-activating rehabilitation. *Psychogeriatrics* 2010; 10: 206-213.
49. Houston M. Multi-Sensory Stimulation Environments For Use With Dementia Patients: Staff Perspectives On Reduction Of Agitation And Negative Behaviors. 2015. Graduate College Dissertations and Theses. Paper 373. Universidad de Vermont.
50. Strøm BS, Ytrehus S, & Grov EK. Sensory stimulation for persons with dementia: a review of the literature. *Journal of clinical nursing*, 2016; 25(13-14): 1805-1834.
51. Cabrera E, Sutcliffe C, Verbeek H, Saks K, Soto-Martin M, Meyer G, & RightTimePlaceCare Consortium. Non-pharmacological interventions as a best practice strategy in people with dementia living in nursing homes. A systematic review. *European Geriatric Medicine*, 2015; 6(2): 134-150.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Asistencia sanitaria escolar en Cantabria. Estudio de la demanda asistencial

Autores:

Pablo Pérez Velasco⁽¹⁾

Laura García Blanco⁽¹⁾

*⁽¹⁾ Graduado/a en Enfermería. Enfermero/a
Escolar de la Fundación de Enfermería de
Cantabria. Colegio de Enfermería de Cantabria.
España.*

*Dirección para correspondencia:
ppv_0089@hotmail.com*

Recibido: 7 de diciembre de 2016
Aceptado: 26 de abril de 2017

RESUMEN

La enfermería escolar está considerada como un perfil profesional emergente en España. Actualmente, la Fundación del Colegio de Enfermería de Cantabria está desarrollando un proyecto para implantar esta figura en la región, el cual cuenta ya con su tercer año de pilotaje, siendo el objetivo primordial desarrollar actividades de promoción de la salud destinadas a la comunidad educativa. No obstante, los enfermeros escolares desarrollan el resto de competencias de su rol, entre las que también se encuentra la competencia asistencial.

De este modo, el objetivo principal del trabajo es investigar sobre las necesidades asistenciales, es decir, sobre los motivos de consulta de la comunidad educativa de los centros adheridos al proyecto, para lo cual se ha realizado un estudio observacional retrospectivo, en el que se recogieron los datos sobre asistencia sanitaria y demandas de salud de esta población.

Se contabilizaron un total de 1049 asistencias sanitarias, de las cuales 1012 fueron atendidas de manera inmediata, 20 fueron consultas programadas y 17 a demanda. Los datos se corresponden con la bibliografía, pudiendo concluir además, que cada enfermero realiza entre 4 y 5 atenciones sanitarias diarias por centro, contribuyendo a prestar cuidados de calidad y crear un ambiente escolar seguro.

Palabras clave: servicios de salud escolar, servicios de enfermería escolar, enfermera escolar

ABSTRACT

School nursing is considered as an emerging professional profile in Spain. Nowadays, College of Nursing of Cantabria Foundation is developing a project to implement this figure in the region, which is already in its three-year pilot. The main goal is to develop health promotion activities for educational community. However, school nurses also develop the rest of competencies according to the role of nursing profession, among those are included patient care.

Consequently, this study aims to investigate the needs for health care, namely, the grounds for consulting of educational community in those centers attached to the project.

Retrospective observational study was carried out. Data on health care and demands for health of this population were collected.

A total of 1049 health care services were registered, 1012 of whom were assisted immediately, 20 of them were scheduled consultations and 17 on-demand consultations. The data coincide on literature review.

We concluded that each nurse performs on a daily basis between 4 and 5 health care services per center. They are contributing to the provision of quality healthcare, thus creating a safe school environment.

Keywords: school health services, school nursing, school nurse

INTRODUCCIÓN

El ámbito sanitario y el educativo tienen intereses comunes en materia de salud: el impulso del crecimiento de la sociedad a través de la promoción de hábitos de vida que contribuyan a prevenir las enfermedades transmisibles y a reducir la incidencia y el impacto de los procesos crónicos desarrollados con la edad^(1,2).

En la práctica, niños y jóvenes permanecen casi la mitad de su tiempo de vigilia en la escuela donde, a pesar de que se realiza un importante trabajo de educación para la salud, el personal docente se ve, con mucha frecuencia, desbordado e incapaz de afrontar determinados temas relacionados con esta. Complementar el equipo educativo con la incorporación de un profesional del cuidado, supone realizar una apuesta por la calidad, proporcionando a los alumnos las herramientas necesarias que favorezcan y faciliten la adquisición de hábitos saludables que, sin duda, contribuirán a mejorar el estado de salud futuro de toda la sociedad⁽³⁻⁶⁾.

Por ese motivo, los profesionales de enfermería tienen un importante rol como agentes de salud, puesto que legislativamente se les atribuye plena competencia y disponen de los conocimientos necesarios para el desarrollo del cuidado y de la educación para la salud^(7,8). Así mismo, la presencia de enfermeras en los centros educativos garantiza una asistencia precoz a las eventualidades que pudieran ocurrir durante la jornada escolar, garantizando la seguridad de los alumnos y apoyando al pro-

fesorado y evitando complicaciones potenciales. Por otro lado, los padres y madres defienden esta figura profesional, demandando a las administraciones competentes la implantación de programas que a través de intervenciones preventivas y formativas fomenten el autocuidado personal de todos los miembros de la comunidad educativa^(8,9).

Actualmente, la enfermería escolar se encuentra consolidada en diversos países del entorno europeo, entre los que se encuentran Francia y Reino Unido, y en otros como Estados Unidos, donde cuenta ya con una larga trayectoria histórica. En todos ellos, las enfermeras escolares articulan los sistemas educativos y de salud donde se engloban, realizando y coordinando proyectos en equipo para mejorar la salud de la población⁽¹⁰⁻¹⁴⁾.

En España, la enfermería escolar está considerada como un perfil profesional emergente y, pese a que en Madrid cuenta con un recorrido de más de 30 años, la realidad es que en ninguna comunidad se encuentra verdaderamente normalizado^(13,15,16). Existen diversas asociaciones a nivel autonómico y estatal que luchan por un mismo objetivo: la implantación de esta figura y su regulación dentro del sistema educativo y sanitario, como por ejemplo la Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE), en la Comunidad Autónoma de Madrid, que defiende que las enfermeras escolares pueden desarrollar actividades asistenciales a la vez que educativas, siendo estas últimas más efectivas gracias a su mayor adaptación a las necesidades del entorno^(8,16,17).

En el caso específico de la Comunidad Autónoma de Cantabria, la Fundación del Colegio Profesional puso en marcha un proyecto de carácter científico, desarrollado por un amplio grupo de especialistas en el campo de la Educación para la Salud⁽¹⁵⁾. El principal objetivo es extraer resultados que permitan avanzar en la introducción de este perfil en la región, propósito compartido con la Sociedad Científica de Enfermería Escolar de Cantabria (SOCEEC), nacida recientemente para velar por los intereses de las enfermeras que desarrollan su rol profesional en el citado ámbito⁽¹⁸⁾.

Dicho proyecto se puso en marcha el día 1 octubre de 2014 y actualmente cumple con su tercer y último año de pilotaje. A tal efecto, se seleccionaron cuatro centros educativos de entre todos aquellos que lo solicitaron, todos con distintas características (expuesta en la tabla 1) que permitiesen la recopilación de datos, reduciendo los sesgos en la investigación y aportando veracidad a los resultados obtenidos⁽¹⁹⁾.

CENTROS EDUCATIVOS ADHERIDOS AL PROYECTO PILOTO DE ENFERMERIA ESCOLAR
Centro de Educación Infantil y Primaria (C.E.I.P.) Antonio Mendoza (Santander)
Ámbito: Urbano Naturaleza: Público Niveles de impartición de enseñanza: Educación Infantil y Primaria Nivel socioeconómico de las familias: Medio o bajo
Colegio Calasanz-Escolapios (Santander)
Ámbito: Urbano. Naturaleza: Concertado. Niveles de impartición de enseñanza: Educación Infantil y Primaria. Educación Secundaria Obligatoria. Bachillerato. Nivel socioeconómico de las familias: Medio o medio-alto.
C.E.I.P Flavio San Román (Bárcena de Cicero)
Ámbito: Rural. Naturaleza: Público. Niveles de impartición de enseñanza: Educación Infantil y Primaria. Nivel socioeconómico de las familias: Medio.
C.E.I.P Juan de la Cosa (Santoña)
Ámbito: Rural. Naturaleza: Público. Niveles de impartición de enseñanza: Educación Infantil y Primaria. Nivel socioeconómico de las familias: Medio o medio-bajo

Tabla 1. Características sociodemográficas de los centros educativos.

El proyecto general de Enfermería Escolar de la Fundación de Enfermería de Cantabria (Fecan) cuenta, a su vez, con una serie de doce proyectos específicos que abordan diversas temáticas, pasando por la salud bucodental, los primeros auxilios o la alimentación saludable, hasta cuestiones tan eminentes en la actualidad como el acoso escolar o la violencia de género (tabla 2) (15). Todos ellos contemplan la atención a los diversos miembros de la comunidad educativa, donde se incluyen a los alumnos y sus familias, así como al personal docente y no docente de los centros educativos. Los proyectos específicos están elaborados desde la perspectiva del cuidado profesional (15), abanderando la promoción y cuidados de la salud y la prevención de enfermedades, pero, del mismo modo, algunos requieren actividades asistenciales como en el caso de los cuidados a los alumnos con procesos crónicos o la atención en situaciones de urgencia^(8, 15, 20).

PROYECTOS DE SALUD ESCOLAR
1. Vida sana: alimentación y ejercicio. 2. Alimentación saludable en comedores escolares. 3. Cuidados bucodentales. 4. Primeros auxilios, orientado a profesores, familias y personal no docente. 5. Primeros auxilios: botiquines escolares. 6. Trastornos de la conducta alimentaria. Cuidados. 7. Cuidados Bullying. 8. Cuidados a alumnos con procesos crónicos. 9. Atención a la diversidad: necesidades educativas especiales. 10. Sexualidad saludable. 11. Consumo de sustancias nocivas. 12. Higiene personal y postural (ergonomía). 13. Contra la violencia de género.

Tabla 2. Proyectos de salud específicos pertenecientes al proyecto de Enfermería Escolar de la Fundación de Enfermería de Cantabria.

JUSTIFICACIÓN

La asistencia sanitaria ante situaciones de urgencia y emergencia, así como la atención a cualquier eventualidad de la salud que pudiera ocurrir durante la jornada, es una de las competencias básicas de la enfermera escolar que, a su vez, se encuentra amparada por la Ley Orgánica de los Profesionales Sanitarios⁽⁷⁾.

En este sentido, durante el año 2009, la Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar, de ámbito nacional, publicó un documento acerca del Perfil Profesional de la enfermera escolar; en él se recoge que las actividades intrínsecas a la competencia asistencial se orientan, entre otros aspectos, a^(21, 22):

- Promocionar, proteger, mantener y rehabilitar la salud de la comunidad educativa.
- Identificar y valorar las necesidades de salud y los cuidados que requieren los individuos, considerando los aspectos biopsicosociales.
- Realizar la actividad asistencial en función de las necesidades de cuidados detectadas y actuar según protocolos validados científicamente.
- Actuar ante emergencias o incidencias que surjan durante el horario escolar.
- Prevenir y detectar de forma precoz los principales problemas de salud más prevalentes en la edad escolar.
- Asesorar como especialista en el marco sanitario a toda la comunidad escolar en la Consulta de Enfermería (alumnos, padres y profesionales del centro).

La realidad es que hoy en día los alumnos tienen necesidades en materia de salud que no pueden ser cubiertas por las familias o los docentes sin la ayuda de profesionales de la salud. Además, aproximadamente un 20% de los accidentes infantiles se producen en el ámbito escolar, donde con frecuencia realizan actividades que entrañan riesgos añadidos a los habituales, por lo que se deben poner en marcha todas las medidas de protección necesarias para lograr un entorno seguro^(8, 20). Por ende, tal y como dicta la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe 886 sobre Salud de los adolescentes, "todos los centros docentes deben proporcionar un entorno seguro de aprendizaje para los alumnos y un lugar seguro para el personal [...]"⁽²³⁾.

Según un estudio realizado durante el periodo 2006-2008 en la comunidad autónoma de Cantabria, los accidentes son la mayor causa de derivación a la consulta de enfermería: ocurren en un 3,23% del alumnado, siendo un 10,8% más prevalente en los niños (54,4%) que en las niñas (46,6%). Analizando los datos por rangos de edad, el estudio revela que los accidentes y lesiones ocurren con mayor frecuencia de los 11 a los 15 años (46,7%, mientras que en la franja de los 6 a los 10 años únicamente ocurren el 35,51% de los mismos). Igualmente, el 63% de los accidentes ocurren en el gimnasio durante la clase de educación física, siendo las lesiones más habituales las contusiones y esguinces, y los golpes (42%) y caídas (33%) las causas más habituales^(24, 25).

El estudio pone de manifiesto cómo, en la atención sanitaria realizada en las escuelas, no se dispone de conocimientos sobre atención inmediata de primeros auxilios, así como sobre atención a lesiones leves o menos graves hasta la llegada del equipo sanitario^(8, 24). De modo que la presencia de una enfermera escolar resulta determinante cuando surge un problema de salud agudo, dando seguridad a padres y madres y a la comunidad escolar en general, además de contribuir en la disminución del

número de accidentes y lesiones, y evitando sus complicaciones potenciales a través del desarrollo de intervenciones de Educación para Salud diseñadas a tal efecto^(8, 26).

Es por ello que, conocer las demandas asistenciales de la comunidad educativa es el objetivo de este trabajo de investigación; con el fin de prestar excelentes cuidados adaptados a las necesidades específicas de esta población y exponer para gestores sanitario/educativos y comunidad científica datos de los contextos escolares.

OBJETIVOS

General:

Investigar sobre las necesidades asistenciales de la comunidad educativa de los centros adheridos al proyecto de Enfermería Escolar de la Fecan.

Específicos:

1. Conocer la tipología y la prevalencia de los accidentes que ocurren en dichos centros educativos.
2. Describir las demandas de salud que realiza la comunidad educativa a través de las consultas realizadas al profesional de enfermería.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio observacional retrospectivo, en el que se recogieron los datos sobre asistencia sanitaria y demandas de salud de la comunidad escolar de los cuatro centros señalados anteriormente.

La población estuvo constituida por un total de 2147 alumnos y 202 profesionales docentes y no docentes, tal y como se especifica en la tabla 3. El número de familias se corresponde con el número total de alumnos, si bien es difícil determinar el cómputo exacto, puesto que hay varios miembros de la comunidad educativa que pertenecen a un mismo núcleo familiar. Del mismo modo, la variación en los datos entre el primer y segundo año, se corresponde con la matriculación de nuevos alumnos y la partida de otros, por lo cual se ha tomado como referencia, el valor mayor en todos los casos.

POBLACIÓN: ALUMNOS Y FAMILIAS, PERSONAL DOCENTE Y NO DOCENTE. NÚMEROS ABSOLUTOS.		
CURSO ACADÉMICO 2014-2015		
Centro educativo	Alumnos y familias	Personal docente y no docente
C.E.I.P. Antonio Mendoza	370	37
C.E.I.P. Flavio San Román	351	40
C.E.I.P. Juan de la Cosa	370	38
Colegio Calasanz-Escolapios	1056	86
CURSO ACADÉMICO 2015-2016		
Centro educativo	Alumnos y familias	Personal docente
C.E.I.P. Antonio Mendoza	350	37

C.E.I.P. Flavio San Román	359	41
C.E.I.P. Juan de la Cosa	365	38
Colegio Calasanz-Escolapios	1035	86

Tabla 3. Población: alumnos y familias, personal docente.

La recogida de datos e información se ha realizado de manera sistemática en los cuatro centros en los que se presta el servicio de enfermería escolar durante los cursos académicos 2014-2015 y 2015-2016, en ambos desde el día 1 de octubre al 31 de mayo, en los días lectivos y durante el horario de permanencia de los enfermeros escolares en los centros educativos, tal y como se recoge en ANEXO I. Los horarios se establecieron de manera conjunta entre los miembros responsables del proyecto de la Fecan y de los centros educativos, atendiendo a la ubicación geográfica de estos y los recursos humanos disponibles; las modificaciones introducidas en el mismo fueron debidas, por un lado, a la necesidad de realizar un reparto en función del número de alumnos de cada centro y, por otro lado, a la incorporación de una tercera enfermera escolar al equipo inicial.

Para el apunte de la asistencia sanitaria se ha empleado un documento de registro único (ANEXO II) y los datos han sido volcados en una tabla elaborada al efecto en el programa Microsoft Office Word®, en la que se clasificaban atendiendo a la tipología del accidente o lesión. Se contabilizó la prevalencia de los accidentes y lesiones en base a los criterios descritos: tipología de accidente y centro educativo. Los datos se han contabilizado en números absolutos, se han transcrito en porcentajes y se ha hallado la media del total de accidentes que atiende cada enfermera escolar.

En el caso de las consultas a demanda, los motivos se han recogido a través de entrevistas personales mantenidas con los alumnos, familias y profesores.

Otro dato importante sobre las consultas a demandas, es el recogido a través de una herramienta digital desarrollada con una aplicación (APP) móvil, creada en el segundo curso académico (2015-2016) por y para el servicio de enfermería escolar (27).

A través de ella, los miembros de la comunidad educativa cuentan con un sistema de mensajería, pudiendo realizar consultas a los enfermeros escolares o solicitar citas. De esta aplicación se han incluido los datos de motivos de consulta y el miembro de la comunidad que ha realizado la consulta.

Para el análisis de los resultados, se debe considerar lo siguiente:

- El horario de los enfermeros en los centros educativos durante el primer año de inicio del proyecto fueron dos enfermeros escolares que trabajaban a media jornada en cada uno de los cuatro centros;
- durante el segundo año se incluyó una tercera enfermera al equipo de modo que se amplió la jornada laboral en todos ellos, consiguiendo además cubrir el centro con mayor ratio de alumnos a jornada completa.

Esto implica que muchos de los accidentes o lesiones ocurridos, sobre todo durante el primer año, no fueron registrados puesto que los enfermeros no se encontraban presentes.

El incremento en el número de asistencias que se objetivó entre el primer y segundo año de pilotaje en el Colegio Calasanz-Escolapios, también responde a esta modificación horaria, al aumentarse significativamente las horas de dedicación semanal.

Del mismo modo, el Antonio Mendoza no cuenta con suficientes datos de registro durante el primer año de pilotaje, puesto que se decidió no realizar actividad asistencial a petición del equipo directivo, a pesar de que hubo demanda expresa del profesorado en algunas situaciones.

RESULTADOS

Durante los dos primeros años del pilotaje del proyecto se realizaron un total de 1049 asistencias sanitarias, de las cuales: 1012 fueron atenciones de urgencia ante lesiones u otros motivos (por ejemplo, enfermedad), 20 fueron consultas programadas y 17 consultas demandadas por algún miembro de la comunidad.

ACCIDENTES ATENDIDOS EN LOS DOS PRIMEROS CURSOS ACADÉMICOS DEL PROYECTO PILOTO DE ENFERMERÍA ESCOLAR.	
ASISTENCIA SANITARIA	TOTAL
Contusiones, esguinces y lesiones osteomusculares	44,66%
Heridas y alteraciones de la piel, incluyendo picaduras	23,77%
Dolor abdominal o malestar generalizado	15,30%
Reacción alérgica o eritema	4,85%
Cefalea o mareo/desmayo	4,19%
Hemorragias y epistaxis nasales	2,19%
Fiebre	1,74%
Cuerpo extraño en piel o mucosas	1,62%
Emergencias: hipoglucemia, dolor precordial, taquicardia, shock anafiláctico	1,005%
Otros (conjuntivitis, diarreas, cuestiones socio-afectivas)	2,2%

Tabla 5. Accidentes atendidos por los profesionales de Enfermería Escolar.

Las heridas constituyen un 23,77% de la asistencia sanitaria de los centros educativos, donde únicamente se contabiliza la primera intervención, mientras que el seguimiento y evolución de las mismas se realizan a través de las consultas programadas.

Aunque en un porcentaje muy inferior al resto, que apenas representa el 1% del total, se han atendido situaciones de emergencias tales como hipoglucemias severas, shock anafiláctico en alumnos con alergia a alimentos, taquicardia supraventricular o dolor precordial, los cuales fueron derivados a los servicios de urgencias del Servicio Cántabro de Salud llegando, incluso, a precisar transporte sanitario urgente.

En cuanto a las consultas programadas, todas ellas son citadas por el profesional de enfermería y el 100% de las mismas se deben a seguimiento y cura de heridas, quemaduras o puntos de sutura, representando un total de 20. En aquellos casos que requerían un tratamiento específico, este fue comunicado a las familias a través del informe de asistencia sanitaria, para que sea remitido al personal sanitario de su Centro de Salud.

En las siguientes tablas se muestran los datos pormenorizados de los 4 centros educativos.

ASISTENCIA SANITARIA EN EL C.E.I.P ANTONIO MENDOZA DURANTE LOS CURSOS ACADÉMICOS 2014-2015 Y 2015-2016				
ASISTENCIA SANITARIA	2015	2016	Total	%
Contusiones, esguinces y lesiones osteomusculares	16	47	63	39,62
Dolor abdominal o malestar generalizado	5	30	35	22,01
Heridas y alteraciones de la piel, incluyendo picaduras	12	21	33	20,75
Fiebre	1	0	1	0,62
Cefalea o mareo/desmayo	2	6	8	5,03
Cuerpo extraño en piel o mucosas	0	3	3	1,88
Hemorragias y epistaxis nasales	0	2	2	1,25
Otros (conjuntivitis, diarreas, problemas sociales)	0	14	14	8,80
TOTAL	36	123	159	100

Tabla 6. Asistencia Sanitaria en el C.E.I.P. Antonio Mendoza

ASISTENCIA SANITARIA EN EL C.E.I.P FLAVIO SAN ROMÁN DURANTE LOS CURSOS ACADÉMICOS 2014-2015 Y 2015-2016				
ASISTENCIA SANITARIA	2015	2016	Total	%
Contusiones, esguinces y lesiones osteomusculares	18	72	90	39,64
Heridas y alteraciones de la piel, incluyendo picaduras	23	29	52	22,90
Dolor abdominal o malestar generalizado	42	6	48	21,14
Hemorragias y epistaxis nasales	2	9	11	4,84
Reacción alérgica	0	8	8	3,52
Cefalea o mareo/desmayo	2	5	7	3,08
Fiebre	3	2	5	2,20
Cuerpo extraño en piel o mucosas	3	0	3	1,32
Emergencias: hipoglucemia, dolor precordial	0	3	3	1,32
TOTAL	93	134	227	100

Tabla 7. Asistencia Sanitaria en el C.E.I.P. Flavio San Román.

ASISTENCIA SANITARIA EN EL C.E.I.P JUAN DE LA COSA DURANTE LOS CURSOS ACADÉMICOS 2014-2015 Y 2015-2016				
ASISTENCIA SANITARIA	2015	2016	Total	%
Contusiones, esguinces y lesiones osteomusculares	30	47	77	44,76
Heridas y alteraciones de la piel, incluyendo picaduras	34	20	54	31,39
Dolor abdominal o malestar generalizado	4	7	11	6,39
Cefalea o mareo/desmayo	1	9	10	5,81
Eritema	0	9	9	5,23
Fiebre	1	2	3	1,74
Cuerpo extraño en piel o mucosas	3	0	3	1,74
Hemorragias y epistaxis nasales	2	0	2	1,16
Emergencias: shock anafiláctico, crisis asmática	0	2	2	1,16
TOTAL	75	96	172	100

Tabla 8. Asistencia Sanitaria en el C.E.I.P. Juan de la Cosa.

ASISTENCIA SANITARIA EN EL COLEGIO CALASANZ-ESCOLAPIOS DURANTE LOS CURSOS ACADÉMICOS 2014-2015 Y 2015-2016				
ASISTENCIA SANITARIA	2015	2016	Total	%
Contusiones, esguinces y lesiones osteomusculares	138	110	248	54,62
Heridas y alteraciones de la piel, incluyendo picaduras	22	69	91	20,04
Dolor abdominal o malestar generalizado	12	41	53	11,67
Hemorragias y epistaxis nasales	6	17	23	5,06
Cefalea o mareo o desmayo	2	11	13	2,86
Fiebre	1	11	12	2,64
Cuerpo extraño en piel o mucosas	3	4	7	1,54
Emergencias: taquicardia, hipoglucemia, crisis asmática	2	5	7	1,54
TOTAL	185	269	454	100

Tabla 9. Asistencia Sanitaria en el Colegio Calasanz – Escolapios.

Clasificación según el miembro de la comunidad educativa que solicita consulta:

	CONSULTAS A DEMANDA					
	Familias		Alumnos		Personal docente	
Motivo	Alimentación	3	Alimentación	2	Trastorno conducta alimenticia	1
	Procesos crónicos	3				
	Acoso Escolar	1	Sexualidad	6		
	Salud bucodental	1				
TOTAL	8	8	1			

Tabla 10. Consultas atendidas a través de la consulta de enfermería escolar y de la app móvil

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

Es posible concluir que cada enfermero escolar realiza una media de 4 ó 5 atenciones sanitarias al día. No se ha encontrado en la literatura datos al respecto que puedan referirnos una comparación.

El dato sobre incidencia en contusiones y lesiones del centro Calasanz-Escolapios es un 10-15%, superior a los otros centros, probablemente debido a que es el único que cuenta con alumnos de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato, haciendo que dicha cifra sobresalga en comparación al resto y, siendo en este grupo de edad donde según la bibliografía consultada^(8, 24), se enmarca el mayor número de accidentes.

Es de resaltar que el C.E.I.P. Antonio Mendoza presenta una incidencia de casos de dolor abdominal y malestar general superior al resto de los centros del estudio; esto podría tener relación con las propias características socioeconómicas y culturales de la población del centro descritas en el apartado de la introducción, que influyen en los estados afectivos de los alumnos, aunque requerirían estudios con mayor profundidad.

Los casos más leves suelen ser con frecuencia atendidos por los profesionales docentes y no docentes en todos los centros.

En relación con la app móvil y su escasa utilización, se deberá analizar, valorar y reflexionar sobre las razones, dado que se instauró como herramienta de actualidad para facilitar las demandas de la comunidad escolar.

Las familias, consultan y demandan atención de enfermería sobre temas específicos de sus hijos, además existe un número no cuantificado de visitas de los alumnos a los enfermeros escolares, las cuales no se consideran motivo de consulta, pero sí se emplean para realizar educación para la salud: la enfermera escucha, tranquiliza y apoya a los alumnos, es decir realiza unos cuidados de proximidad y confianza que se pueden denominar "cuidados invisibles".

El estudio realizado, con su consecuente análisis de los datos, ha servido para elaborar un nuevo documento de registro ANEXO III, adaptado a las necesidades reales. El primer documento, mostrado como ANEXO II, se elaboró en base a la revisión bibliográfica realizada, del proyecto específico "Primeros auxilios: botiquines escolares"⁽⁸⁾. El nuevo modelo cuenta también, con un espacio específico (ampliado) sobre los cuidados aplicados y las recomendaciones para su consecución en el domicilio (28).

Por último, existen evidencias de que la presencia del profesional de enfermería en los centros educativos consigue reducir el absentismo escolar^(3, 15, 20), esto es: por un lado, evita que los alumnos pierdan horas de su jornada lectiva y, por otro, que las familias deban abandonar sus puestos de trabajo en situaciones

que anteriormente lo requerían porque los docentes no están capacitados legalmente para responsabilizarse de determinado tipo de cuidados. Esto no sólo contribuye a facilitar la tarea docente y la conciliación familiar, sino que tiene efectos directos sobre el gasto institucional, tanto en el plano educativo como en el sanitario; por lo tanto, se trata de un bien social.

BIBLIOGRAFÍA

- Fontanet G. La enfermera en la escuela. Barcelona: Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona; 2007. Disponible en: <http://www.nuestraenfermeria.es/wp-content/uploads/2015/07/La-enfermera-en-la-escuela-marzo-2007.pdf>
- Para la Mejora de la Calidad Educativa. Ley Orgánica 8/2013 de 9 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 295, (9-12-2013). Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-12886
- Rojo RM, Merchán MN, Galindo A, Rodríguez-Arias CM, Caballero M, Gómez S. La educación para la salud en la escuela y las enfermeras, ¿un escenario de desarrollo profesional? En: I Congreso Nacional Enfermería y Salud Escolar. La escuela: Un escenario de desarrollo profesional. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA); 2008. p. 115-120.
- Sánchez T. Educación para la salud en centros docentes no universitarios. En: I Congreso Nacional Enfermería y Salud Escolar. La escuela: Un escenario de desarrollo profesional. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA); 2008. p. 45-51.
- Nasser AO, Latorre I. La Enfermería Escolar: Una necesidad sentida [trabajo fin de máster]. Almería: Universidad de Almería; 2011.
- Lozano A. Promoción de la salud en la escuela. Un reto para la enfermería. Cuidar y Educar [Internet]. 2005 Nov [citado el 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd52/enfermeria.pdf>
- Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Ley 44/2003 de 21 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 280, (22-11-2003). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>
- García W, Sellers P. Proyecto de Enfermería Escolar: primeros auxilios, botiquines escolares. Fundación de Enfermería de Cantabria. Santander; 2014.
- Saavedra T. Enfermería escolar: la sociedad demanda y los padres exigen. ¿La administración responde? En: I Congreso Nacional Enfermería y Salud Escolar. La escuela: Un escenario de desarrollo profesional. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA); 2008. p. 65-72.
- American Federation of Teachers (AFT). Every child needs a school nurse [monografía en internet]. Washington: AFT [acceso el 6 de diciembre]

bre de 2016]. Disponible en: <http://www.aft.org/childrens-health-safety-and-well-being/childrens-access-care/every-child-needs-school>

11. Main M. Enfermería escolar en Escocia. En: I Congreso Nacional Enfermería y Salud Escolar. La escuela: Un escenario de desarrollo profesional. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA); 2008. p. 35-36.

12. Infirmiers.com [sede web]. Ivry-sur-Seine: IZEOS; 2009 [actualizado el 1 de diciembre de 2015; acceso el 6 de diciembre de 2016]. L'infirmière scolaire: concours, carrière, missions et fonctions. Disponible en: <http://www.infirmiers.com/votre-carriere/votre-carriere/l-infirmiere-scolaire.html>

13. García L, Pérez P. Enfermería Escolar: descubrir quienes fuimos para comprender quienes somos. En: XIV Nacional y IX Internacional de historia de la enfermería. Un siglo cuidando a la sociedad. Centenario del reconocimiento oficial de la enfermería en España. Santander: Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria; 2015. p. 671-675.

14. González N, López N. Antecedentes históricos y perfil de la enfermería escolar. Metas de Enferm. 2012; 15 (7): 50-54.

15. Ruiz L, Cardeñoso R, Elena P, Fernández R. Proyecto de Enfermería Escolar. Santander: Fundación de Enfermería de Cantabria; 2014.

16. Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE) [sede web]. Madrid: AMECE. [Acceso el 3 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.amece.es/>

17. López N. Análisis de la enfermería en el ámbito educativo de la Comunidad de Madrid. Metas de Enferm. 2010; 13 (4): 56-61.

18. Sociedad Científica Enfermería Escolar de Cantabria (SOCEEC) [sede web]. Santander: SOCEEC. [Actualizada en noviembre de 2016, acceso el 3 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.soceec.org/>

19. Proyecto de Enfermería Escolar de Cantabria [sede web]. Santander. [Actualizada en diciembre de 2016; acceso el 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: www.fundacionenfermeriacantabria.org/enfermeria-escolar

20. García L. Proyecto de Enfermería Escolar: cuidados a alumnos con procesos crónicos. Santander: Fundación de Enfermería de Cantabria; 2014.

21. Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar (SCE3) [sede web]. España: SCE3. [Actualmente en mantenimiento, acceso el 18 de Diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.sce3.com/>

22. Ortiz M del M, Ávila JA, Fernández F, García-Caro Y, Medina JL, Juárez F, et al. Perfil Profesional de la Enfermera Escolar. Gandía: Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar (SCE3); 2009.

23. Organización Mundial de la Salud (OMS). Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes. Ginebra: OMS; 1999. Serie de informes técnicos: 886.

24. Gautier MC, Martínez V. Accidentes y lesiones más frecuentes en edad escolar en colegios de Santander y Cantabria. Nuberos [revista en Internet]. 2009 [acceso el 6 de Diciembre de 2016]. Disponible en: http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/NUBROS_N_54.pdf

25. Alonso N, Campo M. Necesidad percibida de formación sanitaria de los profesores de Educación Primaria. Nuber Científ. 2014; 2 (13): 25-31.

26. Martínez V. Proyecto de Enfermería Escolar: primeros auxilios, orientado a profesores, familias y personal no docente. Santander: Fundación de Enfermería de Cantabria; 2014

27. García L, Pérez P. Primera APP de Enfermería Escolar de España: accíate para mejorar la comunicación en la comunidad educativa. En: IV Congreso Madrileño de Enfermería Escolar. Competencias Profesionales de la Enfermería Escolar. Madrid: Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE); 2016.

28. Pérez P, García L. Asistencia Sanitaria Escolar. Resultados preliminares del Proyecto de Enfermería Escolar de Cantabria. En: IV Congreso Madrileño de Enfermería Escolar. Competencias Profesionales de la Enfermería Escolar. Madrid: Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE); 2016.

ANEXO I. HORARIO DE PERMANENCIA DE LOS ENFERMEROS ESCOLARES.

HORARIO DE PERMANENCIA DE LOS ENFERMEROS ESCOLARES EN LOS CENTROS EDUCATIVOS DURANTE LA JORNADA LECTIVA DE LOS ALUMNOS			
CURSO ACADÉMICO 2014-2015			
Centro educativo	Dedicación semanal	Jornada presencial	Horas semanales
C.E.I.P. Antonio Mendoza	Lunes y miércoles	De 12.00 a 14.00h	15
	Martes y jueves	De 09.00 a 12.00h	
	Viernes	De 09.00 a 14.00h	
C.E.I.P. Flavio San Román	Lunes y jueves	De 12.30 a 14.00h	11
	Martes y miércoles	De 09.00 a 12.30h	
C.E.I.P. Juan de la Cosa	Lunes y jueves	De 09.00 a 12.30h	11
	Martes y miércoles	De 12.30 a 14.00h	
Colegio Calasanz-Escolapios	Lunes y miércoles	De 09.00 a 12.00h	15
	Martes y jueves	De 12.00 a 14.00h	
	Viernes	De 09.00 a 14.00h	
CURSO ACADÉMICO 2015-2016			
Centro educativo	Dedicación semanal	Jornada presencial	Horas semanales
C.E.I.P. Antonio Mendoza	Lunes, miércoles y viernes	De 10.00 a 13.00h	15
	Martes y jueves	De 09.00 a 12.00h	
C.E.I.P. Flavio San Román	Lunes y jueves	De 09.00 a 12.30h	De 11h ½ a 13h ½
	Martes y miércoles	De 12.30 a 14.00h	
	Viernes (alternos)	De 09.00 a 12.30h De 12.30 a 14.00h	

Valoración de la calidad de vida de los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Universitario Central de Asturias

Autores:

Lucía González Fernández⁽¹⁾

Cristina Álvarez Alonso⁽²⁾

Cristina García Villa⁽³⁾

Cristina Suárez Lada⁽⁴⁾

Isabel Araujo Rubiera⁽⁵⁾

M^a Teresa López Fernández⁽⁶⁾

⁽¹⁾ Diplomada Universitaria en Enfermería. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España.

⁽²⁾ Diplomada Universitaria en Enfermería. Centro Comunitario de Sangre y Tejidos de Asturias. Asturias. España.

⁽³⁾ Diplomada Universitaria en Enfermería. Hospital Cruz Roja de Gijón. Asturias. España.

⁽⁴⁾ Diplomada Universitaria en Enfermería. Residencia Palacio de Leceñes. Asturias. España.

⁽⁵⁾ Diplomada Universitaria en Enfermería. Fundación Hospital de Jove. Asturias. España.

⁽⁶⁾ Diplomada Universitaria en Enfermería. Área Quirúrgica. Hospital Universitario Central de Asturias. Asturias. España.

*Dirección para correspondencia:
luzffff@hotmail.com*

Recibido: 22 de octubre de 2016

Aceptado: 7 de abril de 2017

RESUMEN

El paciente con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis suele sufrir cambios físicos, psicológicos, sociales en su estilo de vida y a nivel espiritual, que afectan tanto a él como a su familia. Por este motivo resulta importante estudiar la calidad de vida de estos pacientes.

En este estudio observacional descriptivo de corte transversal que valoró la calidad de vida, el estado físico, el estado mental y la visión del estado de salud de 59 pacientes de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Universitario Central de Asturias, según su edad, sexo, acceso venoso y tiempo de tratamiento. Además, se analizó que síntomas sufren más frecuentemente.

Para la recogida de datos se utilizó el cuestionario de salud SF-36 y el cuestionario de síntomas del KDQ.

En general se concluyó que los pacientes perciben que tienen una mala calidad de vida, siendo el sexo masculino, los portadores de catéter venoso y los pacientes que llevan un menor tiempo en diálisis (inferior a 5 años) los que peor calidad de vida se atribuyen.

Palabras clave: insuficiencia renal crónica terminal, calidad de vida, cuestionario SF-36 y hemodiálisis

ABSTRACT

Patient with chronic renal failure on haemodialysis often undergoes a series of changes. These changes affect both him and his family and they have an effect on their physical and psychological state, social lifestyle and spiritual needs. Therefore, it is important to study the quality of life for these patients.

Cross-sectional observational study was carried out. Quality of life, physical and mental conditions and an overview of the state of health in 59 haemodialysis patients from Dialysis unit of Central University Hospital of Asturias were assessed as a function of their age, gender, venous access and treatment time. Besides, it was analyzed more often symptoms experienced by them.

Sf-36 questionnaire and KDQ symptoms questionnaire were used for the collection of data

Globally, it was concluded that patients sense that have poor quality of life. Being male gender, those with venous catheter and patients who have been on dialysis for a short time (less than five years) who attributed a worse quality of life.

Keywords: terminal chronic renal failure, quality of life, For SF-36 and hemodialysis

INTRODUCCIÓN

El siglo XX fue testigo de una ola de interés en la calidad de vida (CdV). Sin embargo es un concepto clave de las deliberaciones de muchos filósofos como Platón y Aristóteles⁽¹⁾.

Los precursores de la investigación Campbell y Andrews y Whitney comenzaron en 1971 los estudios que evalúan satisfacción con la vida en la sociedad americana. La definición más universal se atribuye a Gill y Feinstein, quien reconoció la calidad de vida como una forma en la que cada uno sentimos nuestra salud y una respuesta a otros aspectos de la vida como la familia, los amigos, y la vida profesional.

Según la OMS calidad de vida es "...la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones..."; la medida de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), ayuda a determinar los efectos que produce la enfermedad en el paciente y como afecta a todos los aspectos de su vida, determinados por el proceso salud-enfermedad incluyendo su terapéutica. La CVRS permite además establecer el bienestar físico que es determinado por la actividad funcional; el bienestar social tiene que ver con las funciones y las relaciones con el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar, el bienestar psicológico y espiritual relacionado con el temor, la ansiedad y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento, incluso comprende la religiosidad, la esperanza y la fortaleza interior⁽²⁾.

Por otro lado, la insuficiencia renal crónica (IRC) es la pérdida gradual y progresiva de la capacidad renal de excretar desechos nitrogenados, de concentrar la orina y de mantener la homeos-

tasis del medio interno causada por una lesión estructural renal irreversible presente durante un periodo largo de tiempo⁽³⁾.

La población se ve afectada por enfermedades crónicas como ésta, la cual, en su fase avanzada toma el carácter de enfermedad terminal afectando de manera significativa la calidad de vida de quien la padece⁽³⁾.

Las modalidades para el tratamiento de los pacientes comprenden: hemodiálisis (HD), diálisis peritoneal ambulatoria continua (DPAC), diálisis peritoneal intermitente (DPI), diálisis peritoneal automatizada (DPA) y trasplante renal (Tx). De estas, la hemodiálisis es la más utilizada, actualmente representa el tratamiento del 89,6% de los casos.

Se define la hemodiálisis como la utilización de un riñón artificial para extraer urea, desechos del metabolismo, toxinas y exceso de fluido de la sangre. Este procedimiento se usa para tratar tanto la insuficiencia renal en varios estadios como algunos casos de envenenamiento y sobredosis de drogas⁽⁴⁾.

La técnica de hemodiálisis comprende los siguientes pasos:

- 1) Establecer un acceso a la circulación.
- 2) Administrar anticoagulantes a la sangre del paciente para evitar la coagulación extracorporeal.
- 3) Bombear sangre hacia la membrana de diálisis.
- 4) Ajustar la difusión de solutos desde la sangre hacia una solución tamponada de diálisis.
- 5) Devolver la sangre tamponada y purificada al paciente⁽⁵⁾.

Incluso sometidos a sesiones regulares de hemodiálisis, los pacientes con insuficiencia renal terminal muestran una alta tasa de mortalidad⁽⁴⁾.

ESTADO ACTUAL DEL TEMA

España es uno de los 20 países con más incidencia en enfermedad renal crónica (ERC), la padecen aproximadamente cuatro millones de personas. De ellas unas 50.909 están en tratamiento renal sustitutivo⁽⁴⁾.

La ERC, se define como la presencia de una alteración estructural o funcional renal (sedimento, imagen, histología) que persiste más de 3 meses, con o sin deterioro de la función renal; o un filtrado glomerular (FG) < 60 ml/min/1,73 m² sin otros signos de daño renal⁽⁶⁾.

La gravedad de la ERC se ha clasificado en 5 estadios en función del FG y de la presencia de proteinuria⁽⁶⁾. Los 5 estadios de la ERC serían los siguientes⁽⁷⁾:

Estadio 1: la filtración glomerular se encuentra en un nivel normal o superior a los 90 ml/min. Es la forma más leve y puede pasar desapercibida al no presentar ningún signo o síntoma.

Estadio 2: la filtración glomerular se sitúa entre los 60 y los 89 ml/min. Es habitual no observar síntomas.

Estadio 3: se divide en 3a y 3b. En el 3a la filtración glomerular está comprendida entre los 45 y los 59 ml/min, incluso en esta fase, puede no producir síntomas que indiquen daño renal. El 3b forma parte de la fase terminal de la ERC con daño renal moderado y una FG de entre 30 y 44 ml/min.

Estadio 4: en esta fase el riñón presenta un daño avanzado con una filtración glomerular entre 15 y 30 ml/min.

Estadio 5: aquí el daño renal provoca una disminución en filtración glomerular hasta 15 ml/min o menos. Perdiendo casi toda su capacidad funcional los riñones por lo que es necesario aplicar un tratamiento de sustitución renal.

La prevalencia en España es relativamente elevada, especialmente en personas de edad avanzada y similar a la de otros países del entorno. La prevalencia global en los estadios 3-5, fue del 6.8%.

Extrapolando estos datos a Asturias, esa población sería de aproximadamente 73.000 personas.

Ciñéndose al estadio 5, la incidencia anual en Asturias y España en la primera década del siglo XXI se encuentra alrededor de 130 casos/millón de población. Debido a una progresiva disminución de la mortalidad de los pacientes, la prevalencia ha ido aumentando a una tasa aproximada de un 3% anual hasta llegar a rondar los 1000 casos/millón de población. La tasa de prevalencia en Asturias en el año 2008 (974 casos/millón de población) ocupa la parte media de las tasas calculadas entre las comunidades autónomas del Estado, siendo la tasa de prevalencia española (1012 casos/millón de población) similar a la de los países del entorno aunque significativamente menor que la de Estados Unidos⁽⁸⁾.

Cada año unas 6000 personas con insuficiencia renal progresan hasta seguir uno de los tres tipos de tratamiento sustitutivo renal (TSR): hemodiálisis (HD), diálisis peritoneal (DP) y trasplante renal. El 43.8% de los pacientes en tratamiento sustitutivo están en HD, el 50.78% están trasplantados y sólo un 5.42% están en DP⁽⁴⁾.

Algunos datos:

- El 70% de los paciente mayores de 65 años presentan deterioro cognitivo.
- Los enfermos de hemodiálisis con deterioro funcional también han aumentado hasta el 43,8%.

- La mortalidad a un año entre los pacientes mayores de 65 años con deterioro funcional que inician un programa de diálisis llega a ser mayor del 70% y el deterioro funcional se incrementa durante el tratamiento. A su vez, en los pacientes mayores de 75 años que inician un programa de diálisis se ha descrito una mortalidad cercana al 50% anual y una estancia hospitalaria del 20% de los días de supervivencia.

La diálisis prolonga la supervivencia en los pacientes mayores de 75 años. En Europa, la esperanza de vida en estos casos es de alrededor de 3 años. Sin embargo, parece claro que a medida que la edad avanza los beneficios de la hemodiálisis se hacen menores tanto en términos de supervivencia como de la calidad de vida⁽⁹⁾.

JUSTIFICACIÓN

El principal motivo por el que se decide realizar el estudio, se debe a que el paciente en tratamiento con hemodiálisis sufre grandes cambios en su vida a nivel psicológico, social y en su estilo de vida, que no sólo afectan a él, sino también a toda su familia. Por ello se considera trascendental estudiar la calidad de vida de estos pacientes, ya que permite analizar en qué medida su vida es afectada por las diferentes intervenciones que precisan y por los daños que les provoca la enfermedad y/o el tratamiento⁽¹⁰⁾. Una vez obtenidos los resultados, se recopiló información relevante para mejorar en lo posible, la satisfacción de las necesidades de este tipo de pacientes, reforzando a los profesionales de enfermería, para poder crear planes de cuidados en consonancia con las mismas, ya que la enfermería tiene un papel fundamental en este tipo de enfermedad crónica.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Analizar la calidad de vida en los pacientes de la Unidad de Hemodiálisis.

Objetivos específicos:

- Conocer, en los pacientes en hemodiálisis:
 - La autopercepción de su calidad de vida.
 - Cuáles son los síntomas más frecuentes que sufren.
 - El estado físico.
 - El estado mental.
 - La visión que tiene sobre su estado de salud en general.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo de corte transversal. Realizado en la Unidad Central de Hemodiálisis y la Unidad de Antígenos de Hemodiálisis del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) ubicada en Consultas externas en la planta 1 bloque C del HUCA.

Se utilizó como población del estudio a todos los pacientes que cumplían los siguientes criterios de inclusión:

- No estar ingresado en el momento del estudio.

- Llevar como mínimo un mes en HD.
- Ser mayor de 18 años.
- Poseer capacidad física y cognitiva para responder los cuestionarios.
- Consentimiento verbal del paciente para realizar los cuestionarios.

De esa población se seleccionó una muestra compuesta por 59 pacientes de la unidad de Diálisis del HUCA, de los cuales 23 son mujeres y 36 hombres.

Para realizar el estudio, los pacientes fueron entrevistados personal enfermero, explicando la naturaleza y objetivos del estudio, así como resolviendo todas las posibles dudas que tuviesen los pacientes.

Las entrevistas se realizaron en el tiempo de la sesión de hemodiálisis de forma anónima y voluntaria.

Se utilizaron los siguientes cuestionarios (refs. web en ANEXO I):

- Cuestionario de Salud SF-36 J.E. WARE, traducido y validado en población española por J. ALONSO et al. en 1995. El cuestionario de salud SF-36 es un instrumento genérico de medición de la calidad de vida relacionada con la salud aplicable tanto a pacientes como a población sana, dirigido a mayores de 14 años y se puede administrar mediante entrevista personal, tal y como se hizo en el estudio. Consta de 36 preguntas tipo test. El cuestionario cubre 8 dimensiones, una de ellas, la visión del estado general de salud. Además mediante la suma ponderada de las dimensiones permite el cálculo de dos puntuaciones resumen, el estado físico y el estado mental⁽¹¹⁾.
- Cuestionario de síntomas del KDQ Álvarez- U de F, Galán P, Vicente E, Álamo C, Fernández Reyes MJ, Badia X. Adaptación transcultural y validación preliminar de la versión española del Kidney Disease Questionnaire (Cuestionario de la Enfermedad Renal). *Nefrología*. 1997; 17: 486-496. El KDQ es un cuestionario de calidad de vida relacionado con la salud específica para pacientes en hemodiálisis desarrollada en Canadá. Los cuestionarios son administrados mediante entrevista con el paciente. Consta de 32 ítems que cubren 5 dimensiones del estado de salud. Para este estudio se han utilizado sólo los 6 ítems que corresponden a la Dimensión Síntomas Físicos, para conocer los síntomas más frecuentes que sufren estos pacientes. Dado que los enfermos en hemodiálisis se quejan de una gran variedad de síntomas físicos, esta dimensión es específica para cada paciente⁽¹²⁾.

Además se recogieron los siguientes datos socio demográficos: edad, sexo, acceso arterio-venoso (fístula o catéter) y tiempo en tratamiento de hemodiálisis.

Se incluyen variables independientes, variables dependientes y variables socio-demográficas:

- Variable independiente:
 - Calidad de vida: cualitativa discreta medida en escala nominal. Con dos modalidades: buena calidad de vida y mala calidad de vida.
- Variables dependientes:
 - Síntomas: cualitativa discreta medida en escala nominal.
 - Resumen Físico: cualitativa discreta medida en escala nominal. Con dos modalidades: buen estado físico y mal estado físico.

- Resumen Mental: cualitativa discreta medida en escala nominal. Con dos modalidades: buen estado mental y mal estado mental.
- Salud General: variable cualitativa discreta medida en escala nominal. Con dos modalidades: visión positiva de su estado salud y visión negativa de su estado de salud.
- Variables socio-demográficas:
 - Edad: cuantitativa continua. Pregunta de respuesta abierta. Con dos modalidades de intervalo cerrado y una modalidad de intervalo abierto: entre 18 -59 años, entre 60-79 y mayores de 80.
 - Hombre /mujer: cualitativa nominal.
 - Tipo de acceso arterio-venoso: cualitativa dicotómica. Pregunta de respuesta cerrada. Con dos modalidades: Fístula y catéter
 - Tiempo que lleva en tratamiento: cuantitativa continua. Pregunta de respuesta abierta. Con una modalidad de intervalo cerrado y una modalidad de intervalo abierto: Entre 0 y 5 años de tratamiento de hemodiálisis y más de cinco años y un día en tratamiento de hemodiálisis.

ANÁLISIS DE LOS CUESTIONARIOS

Se analizaron de la siguiente forma:

- Cuestionario de salud SF-16:
 - Se homogeneizaron todas las preguntas y se puntuaron de 0 a 100.
 - Se realizó la media de cada dimensión.
 - Se obtuvo la variable "Visión del Estado General de Salud".
 - Las dimensiones físicas que dan lugar con el componente físico son: función física, rol físico, dolor corporal y salud en general; y las que dan lugar al componente mental son: vitalidad, rol emocional, salud mental y funcionamiento. Se halla el sumatorio de ambas por separado dividido entre 8. El valor de las dimensiones tiene un rango entre 0- 50⁽⁵⁾⁽¹¹⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾.
- Cuestionario de síntomas del KDQ: a través de 32 preguntas, con respuesta de escala Likert, se estudiaron los síntomas o problemas físicos, el grado de dificultad, malestar o angustia que provocan durante las dos últimas semanas, se han seleccionado los 6 más importantes en su vida diaria.

ANÁLISIS DE LOS OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Se analizó la calidad de vida del paciente en hemodiálisis, con el cuestionario SF-36. Si las dimensiones resumen eran superior o igual a 30 se consideró una buena calidad de vida, y si alguna de las dos era inferior a 30 se consideró mala calidad de vida.
- Con el cuestionario KDQ, se analizaron los síntomas físicos más frecuentes y su influencia en la vida cotidiana. La puntuación más alta indica menor malestar.
- Con la dimensión resumen físico del cuestionario SF-36, se analizó el estado físico de los paciente. Si su dimensión

resumen era superior o igual a 30 tenían un buen estado físico, pero si era inferior a 30 tenían un mal estado físico.

- Con la dimensión resumen mental del cuestionario SF-36, se analizó el estado mental de los paciente. Si su dimensión resumen era superior o igual a 30 tenían un buen estado mental, y si era inferior a 30 tenían un mal estado físico.
- Con la dimensión salud en general del cuestionario SF-36, se analizó la visión que tienen los pacientes sobre su estado de salud general. Si su dimensión de salud general era superior o igual a 60 tenían una visión positiva, y si era inferior a 60 tenían una visión negativa.

Los sesgos del estudio fueron: escasa muestra y falta de veracidad en las respuestas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitó:

- Autorización al Comité de Ética para la Atención Sanitaria del Hospital Universitario Central de Asturias.
- Autorización a la Dirección de Enfermería del HUCA.
- Consentimiento informado verbal a los pacientes y se respetó la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (Ley 15/1999) con carácter anónimo de los datos.

RESULTADOS

De los pacientes en estudio, el 40,6 % estaban entre los 18-59 años, el 37,4 % entre los 60-79 años y el 22% tenían más de 80 años. Además el 54,3% realizaban el tratamiento a través de catéter venoso central y un 45,7% a través de fístula arterio-venosa. El 71,2% de los pacientes llevaban menos de 5 años el tratamiento con hemodiálisis, frente al 28,8% que lo realizaban desde hace más de 5 años.

Se comprobó que la mayoría consideraba tener una mala calidad de vida, 44 de los 59 pacientes encuestados; sin gran diferencia entre sexos, ya que el 47,73% eran mujeres y el 52,27% hombres. La mayoría de estos pacientes, el 40,90%, tenían entre 60 y 79 años. En cuanto al acceso venoso, 26 eran portadores de un catéter venoso central permanente. Y en relación con el tiempo de tratamiento, 68,18% de ellos llevaban en hemodiálisis menos de 5 años.

Solamente 15 de los 59 encuestados consideraron tener una buena calidad de vida (25.42%), la mayoría de ellos hombres, un 86,67%. De estos 15 pacientes, 9 eran portadores de fístula arterio-venosa, el 53,33% eran menores de 60 años y el 80% llevaba menos de 5 años en tratamiento.

Respecto al cuestionario de síntomas del KDQ, los síntomas que más frecuentemente sufrían los pacientes en orden de mayor a menor fueron: cansancio, picores, sed, muy poca fuerza, piernas cansadas y dolores de huesos. El más significativo fue el cansancio, sufrido por 40 de los 59 pacientes encuestados.

En cuanto a la intensidad de los síntomas la puntuación media fue de 3, es decir, estos problemas les han causado bastante dificultad, molestia o angustia en su día a día.

En cuanto al estado físico, consideraron tener un mal estado físico 38 de los 59 pacientes. De éstos, la mitad eran mujeres, 23 portadores de catéter venoso central, el 42.10% tenían entre 60 y 79 años y 25 llevaban menos de 5 años en tratamiento.

Los pacientes que consideraron que tenían un buen estado físico son 21; la mayoría eran hombres (80,95%). De estos pacientes el 57,14% eran portadores de fístula arterio-venosa, el 57,14% tenían entre 18 y 59 años, y el 80,95% llevaban en tratamiento menos de 5 años.

En cuanto al estado mental el 61.02% consideraron que tenían un estado mental malo. El 38.89% eran mujeres y el 61.11% hombres. De estos el 61,11% eran portadores de catéter venoso central y el 69,44% llevan menos de 5 años en hemodiálisis.

De los pacientes que consideraron tener un buen estado mental (38.98%) el 60,87% eran hombres y el 39,13% mujeres. Y el 73,91% de los pacientes llevaban en tratamiento menos de 5 años.

Respecto a la visión personal del estado de salud, 2 de los 59 afirmaron tener una visión optimista. Ambas personas eran portadoras de fístula arterio-venosa, menores de 80 años y llevaban menos de 5 años a tratamiento.

DISCUSIÓN. CONCLUSIONES

Los pacientes en hemodiálisis, en general tienen una percepción de su calidad de vida mala. Este resultado se puede interpretar por los cambios físicos y emocionales que sufren, los problemas de salud asociados al tratamiento y a la enfermedad, y también por el tiempo que emplean en el tratamiento.

Son los portadores de catéter venoso central y los que llevan menor tiempo en tratamiento, los que peor estado de salud se atribuyen. Estos datos pueden explicarse por los cambios tan radicales que se producen en su vida.

Por otro lado, en lo que respecta a la percepción de un buen estado físico y una buena calidad de vida, los hombres se muestran más optimistas. En relación al estado mental, son las mujeres las que peor lo refieren, por lo general, ellas tienen mayor prevalencia de ansiedad y de síntomas depresivos, lo que explicaría estos datos.

La edad es otra variable que también influyó en nuestros resultados, éstos mostraron que a mayor edad peor estado de salud refieren, aunque dicho resultado también esta relacionado con el propio deterioro fisiológico, la enfermedad renal crónica les aumenta de forma considerable sus limitaciones en sus actividades.

La mayoría de los pacientes tienen una visión negativa sobre la enfermedad, tan solo 2 se consideran optimistas. Esto coincide con portadores de fístula y menor tiempo (< 5 años) de hemodiálisis.

Durante las sesiones de hemodiálisis, se crean vínculos entre profesional/paciente. La enfermera se convierte en un continuo soporte emocional atendiendo a los pacientes con respeto a sus valores, creencias y percepciones personales. Se individualiza la atención enfermera.

La misma consideración tiene el apoyo familiar como soporte en la cotidianidad y que la enfermera debe tener presente como otro protagonista del proceso.

Por ello, es de vital importancia el rol enfermero en las intervenciones de autocuidado de este tipo de paciente, para que mejore su propia implicación y para la prevención de síntomas y complicaciones y con ello su mejor percepción en su calidad de vida.

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a los pacientes de hemodiálisis del HUCA por haber respondido con paciencia y sinceridad a los cuestionarios y por su amabilidad durante las prácticas del Curso Experto Universitario de Enfermería en Diálisis y a nuestras compañeras Verónica Álvarez de la Mata y Mercedes de la Iglesia Segurado por la recogida de datos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pug-Clarke, K, Naish, P and Mercer, T. 2006. Quality of life in chronic kidney disease. *Journal of renal Care*, 32 (3), pp 156-159
2. Unruh, M, Hess R. 2007) Assessment of Health-related quality of life among patients with chronic Kidney disease. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 14 (4), pp 345-352
3. Enfermería 21.com. España: Enfermería21 [consultado: 10 de febrero de 2016] Disponible en: http://www.enfermeria21.com/encuentra-contenido/?q=ENFERMEDAD%20RENAL%20CRONICA&search_word=&id_pub_grp=&task=showContent&search_type=10&id_pub_cont=18&id_articulo=958
4. Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC) dentro de la estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS. Subdirección General de Calidad y Cohesión. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejerías de Sanidad de las CCAA. Febrero 2015 www.mssi.gob.es/.../sns/.../enfermedad_renal_cronica_2015.pdf
5. Enfermería 21.com. España: Enfermería21 [consultado: 10 de febrero de 2016] Disponible en: http://www.enfermeria21.com/encuentra-contenido/?search_type=2&search_entity=&id_pub_grp=0&q=HEMODIA LISIS&ordenacion=on&option=com_encuentra&task=showContent&id_pub_cont=7&id_articulo=21476
6. Revista nefrología [consultado el 15 de noviembre de 2016] Disponible en www.revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-enfermedad-renal-cronica-26
7. Nephrocare [consultado el 15 de noviembre de 2016] Disponible en www.nephrocare.es/pacientes/el-rinon-e-insuficiencia-renal/el-estadio-de-mi-enfermedad/estadio-avanzado.html
8. Dr. J. Emilio Sánchez Álvarez. Fisiopatología de la enfermedad renal crónica. Factores de progresión. En: Carmen Díaz Corte y Carmen Fernández Merayo, Directoras. Manual de Enfermería en Diálisis 7ª ed. Oviedo: Universidad de Oviedo - Hospital Universitario Central de Asturias; 2015. p. 57-64
9. Guía para el tratamiento conservador en pacientes con ERCA. Servicios de Salud de las Islas Baleares. Gobierno de las Islas Baleares. 2015. www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl...id=190069
10. F. Álvarez-Ude, M. J. Fernández-Reyes, A. Vázquez, C. Mon, R. Sánchez y P. Rebollo Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisisperiódicas.2001. [consultado 16 de febrero de 2016] XXI (2) 1-9 Disponible en: <http://docplayer.es/9199847-Sintomas-fisicos-y-trastornos-emocionales-en-pacientes-en-programa-de-hemodialisis-periodicas.html>
11. HCA.esEspaña [consultado: 15 de febrero de 2016] Disponible en: http://www.hca.es/huca/web/main.asp?id_pagina=2
12. F. Alvarez-Ude, P. Galán, E. Vicente, C. Alamo, M. J. Fernández-Reyes y X. Badía .Adaptación transcultural y validación preliminar de la versión española del Kidney Disease Questionnaire (Cuestionario de la enfermedad renal). *Revista nefrología* 2016 [consultado 15 de febrero de 2016]; XVII (6) 1-11 Disponible en: <http://previous.revistanefrologia.com/revistas/P1-E145/P1-E145-S132-A2393.pdf>
13. Sf-36.org. [consultado 15 de febrero de 2016] Disponible en: www.sf-36.org/tools/sf36.shtml
14. Wikipedia.org. [consultado 15 de febrero de 2016] Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/cuestionario_sf-36
15. Chiro.org [consultado 15 de febrero de 2016] Disponible en: http://www.chiro.org/LINKS/OUTCOME/How_to_score_the_SF-36.pdf

ANEXO I

Método de obtención de los cuestionarios utilizados:

Los cuestionarios son distribuidos de manera gratuita por la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Universitario Central de Asturias.

Página web de referencia del cuestionario original SF 36 en español: http://sechc.es/files/investigacion/calidad-vida/sf_36_fid276.pdf

Más información sobre el cuestionario KDQ en el siguiente enlace: <http://bibliopro.org/buscador/11/cuestionario-de-la-enfermedad-renal>



Factores relacionados con la calidad de vida de las personas con Diabetes Mellitus

Autores:

María Rodríguez Mármol⁽¹⁾

Rafael Muñoz Cruz⁽¹⁾

Carmen María Bernabéu Cruz⁽²⁾

*⁽¹⁾Enfermera/o del Hospital Comarcal de
Alcañiz. Teruel. España.*

*⁽²⁾Carmen María Bernabéu Cruz. Enfermera.
Madrid. España.*

*Dirección para correspondencia:
rodriguezmarcolm@gmail.com*

Recibido: 11 de Enero de 2017
Aceptado: 2 de Mayo de 2017

RESUMEN

La Diabetes Mellitus es una enfermedad que actualmente tiene una prevalencia de entre el 10,8 y el 13,8% en nuestro país y sus consecuencias pueden comprometer la calidad de vida de las personas que la sufren.

El propósito del presente trabajo es determinar la calidad de vida de un grupo de pacientes con Diabetes Mellitus y analizar de qué manera influyen en ella determinadas variables.

Para ello, se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal mediante un cuestionario autoadministrado y previamente validado, con 43 preguntas tipo Likert.

Se obtuvieron resultados sociodemográficos y sobre las cuatro subescalas del cuestionario. Además, se realizó un análisis bivalente de los datos, obteniendo muestras estadísticamente significativas para la edad, el nivel de estudios, el tipo de diabetes mellitus y el tratamiento.

Se puede concluir con que los pacientes con diabetes tipo 2, no insulino dependientes y mayores de 45 años presentan mayor calidad de vida, mientras que el nivel de estudios favorece la satisfacción.

Palabras clave: calidad de vida, Diabetes Mellitus, perfil de impacto de enfermedad

ABSTRACT

In our country, Diabetes Mellitus is a disease whose current prevalence is between 10.8% and 13.8%. Its consequences can compromise the quality of life of those who suffer from it.

This study aims to identify the quality of life in a group of patients with Diabetes Mellitus and to analyze how certain variables influence on their quality of life.

Cross-sectional descriptive study was carried out using pretested self-administered questionnaire. In the questionnaire there were 43 questions in total. The answers were designed using a 5-point Likert type scale.

Four subscales of the questionnaire showed sociodemographic factors. In addition to this, a bivariate analysis was developed, founding factors with a statically significant as age, education level, kind of diabetes mellitus and treatment.

Thus, it might be concluded on the one hand, patients with type 2 diabetes, non-insulin dependent and over age 45 years present higher quality of life. On the other hand, education level favours to satisfaction.

Keywords: quality of life; Diabetes Mellitus; sickness impact profile

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad endocrina y metabólica, crónica y con predisposición hereditaria, actualmente ocupa el cuarto lugar como causa de muerte en España¹ y puede comprometer la calidad de vida de los pacientes².

Vivir con DM pueden incidir negativamente en la calidad de vida^{3,4}, ya que conlleva un gran número de implicaciones para el paciente a nivel espiritual, psicológico, físico y social^{5,6}. A todo ello hay que sumar la preocupación por la posible aparición de síntomas hipoglucémicos^{7,8}; en este sentido, existen estudios que afirman que los pacientes con DM tipo 2 presentan una calidad de vida más deteriorada⁹. Por otro lado, la condición física y emocional del individuo con DM va a determinar su comportamiento frente a la enfermedad, y por consiguiente su calidad de vida¹⁰.

A pesar de que la prevalencia de la DM se sitúa en el 8,3% de la población mundial adulta¹¹ y en España entre el 10,8 y el 13,8%¹², existen escasos trabajos en España que evalúen la calidad de vida relacionada con la diabetes^{7,13}. El aumento de la esperanza de vida de la población y la prevalencia de la enfermedad unido a la mejora de la calidad asistencial, han dado lugar al estudio de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes de DM¹⁴. Esta medida de la calidad de vida es un criterio útil para medir el impacto del tratamiento de la diabetes y de otras enfermedades crónicas^{15,16}, y está condicionada por factores como ser fumador o no, el nivel de estudios, la alimentación, el estilo de vida, etc¹⁷.

El profesional de Enfermería tiene un rol importante en lo que se refiere a la prevención, promoción de la salud y la calidad

de vida de personas con DM¹⁸. La educación sanitaria de las personas con diabetes es un pilar fundamental en el control de la enfermedad y la mejora de la calidad de vida¹⁹.

JUSTIFICACIÓN

El número creciente de personas afectadas por Diabetes Mellitus y la demanda de cuidados a los profesionales de Enfermería hace necesario un adecuado análisis de la calidad de vida de estos pacientes, con el fin de fomentar hábitos y recomendaciones que la favorezcan el seguimiento y la adherencia a los tratamientos. Asimismo, para los profesionales que les atendemos, es importante recabar la información científica suficiente para dar respuesta a esta necesidad de forma individualizada y holística, es aquí donde encontramos que existe escasa producción científica que relacione la calidad de vida a la patología que padecen este tipo de personas. Por lo tanto, el propósito de éste trabajo es analizar la calidad de vida de las personas con Diabetes Mellitus e identificar los factores sociodemográficos que influyen en la calidad de vida, en éste caso, en un grupo de personas de la CCAA de Madrid.

OBJETIVOS

- Analizar la calidad de vida de las personas con DM.
- Identificar los factores sociodemográficos que influyen en la calidad de vida de un grupo de personas con DM en la CCAA de Madrid.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal en el que se encuestaron a 150 personas diagnosticadas de DM. La muestra fue seleccionada mediante muestreo no probabilístico por conveniencia.

Los datos fueron recogidos durante los meses de Abril a Agosto de 2016, a las personas que acudían a la consulta de Endocrinología del Hospital Ramón y Cajal de Madrid para seguimiento de su enfermedad. La participación fue voluntaria y se agruparon en función del tipo de DM con el fin de comparar ambos grupos.

El presente estudio presenta un sesgo de selección puesto que hubo una selección razonada incluyendo a personas mayores de edad que no fueran sanitarios y que supieran leer y escribir. Además, puede existir un posible efecto Hawthorne (sesgo del observado) puesto que el paciente al sentirse estudiado puede modificar su respuesta.

El instrumento utilizado fue un cuestionario elaborado y validado por M. Millán, de acceso libre y con un coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach de 0,9, lo que indica una alta fiabilidad, que valora la calidad de vida en personas con DM¹⁴. Dicho cuestionario consta de 43 ítems agrupados en 4 subescalas:

- satisfacción (15 preguntas),
- impacto (17 preguntas),
- preocupación social (7 preguntas) y
- preocupación relacionada con la diabetes (4 preguntas).

Todos los ítems se valoran a través de una escala tipo Likert del 1 al 5, donde 1 significa "muy satisfecho" ó "nunca" y 5 "nada satisfecho" ó "siempre". La puntuación total de cada subescala es la suma de la puntuación de cada pregunta, al igual que la puntuación total del cuestionario es la suma de las puntuaciones de cada subescala. A mayor puntuación peor calidad de vida en el sujeto, siendo la puntuación total mínima 43 y máxima 215.

Además de las variables del cuestionario, se recogieron variables sociodemográficas como la edad, el sexo, el tipo de diabetes (tipo 1 o tipo 2), tipo de tratamiento (insulina o antidiabéticos orales), años de diagnóstico de la diabetes mellitus, nivel de estudios (universitarios o secundarios/sin estudios), hábito tabáquico (fumadores o no fumadores).

La cumplimentación del cuestionario fue de carácter voluntario y anónimo, previo consentimiento informado de manera verbal.

Los datos obtenidos se procesaron con el paquete estadístico SPSS v 21.0, realizándose cálculos descriptivos a través de la media y la desviación estándar (DE) para las variables cuantitativas, mientras que para las variables cualitativas se usaron porcentajes y frecuencias.

En los análisis donde la variable independiente era cualitativa dicotómica y la dependiente era cuantitativa se llevó a cabo con el estadístico t-Student, y en los casos donde este no podía utilizarse se llevó a cabo a través de la U de Mann-Whitney. Para el cálculo de la fuerza de asociación se utilizó la D de Cohen y su intervalo de confianza al 95%. En todos los casos considerando que existen diferencias estadísticamente significativas cuando el valor de significación es menor a 0,05.

RESULTADOS

El total de personas fue de 150, de los cuales 75 (el 50%) tenían DM tipo 1 y 75 (el 50%) tipo 2.

La media de edad de la muestra fue de $49,06 \pm 20,926$. Del total de la muestra 78 (52%) fueron hombres y 72 (48%) mujeres.

Del total de la muestra, 84 (56%) eran insulino-dependientes y 66 (44%) controlaban la DM con antidiabéticos orales.

El 48,7% (73) llevaban menos de 10 años diagnosticados de diabetes, mientras que el 51,3% (77) llevaban diagnosticados más de 10 años.

En cuanto al nivel de estudios, 105 (70%) tenían estudios universitarios mientras que 45 (30%) tenían estudios secundarios o no tenían.

Del total de la muestra, 43 (28,7%) eran fumadores en el momento del estudio, mientras que 107 (71,3%) no lo eran.

Al segmentar los datos en función del sexo se obtuvieron los resultados expuestos en la Tabla 1.

		Hombres	Mujeres	Total
Tipo de diabetes	Tipo 1	38 (48,7%)	37 (51,4%)	75 (50%)
	Tipo 2	40 (51,3%)	35 (48,6%)	75 (50%)
Insulino-dependientes	Sí	43 (55,1%)	41 (56,9%)	84 (56%)
	No	35 (44,9%)	31 (43,1%)	66 (44%)
Años de diagnóstico	Menos de 10	38 (48,7%)	35 (48,6%)	73 (48,7%)
	Más de 10	40 (51,3%)	37 (51,4%)	77 (51,3%)
Nivel de estudios	Universitarios	56 (71,8%)	49 (68,1%)	105 (70%)
	Secundarios/sin estudios	22 (28,2%)	23 (31,9%)	45 (30%)
Hábito tabáquico	Fumadores	21 (26,9%)	22 (30,6%)	43 (28,7%)
	No fumadores	57 (73,1%)	50 (69,4%)	107 (71,3%)

Tabla 1. Análisis de las variables demográficas en función del sexo.

Al analizar descriptivamente las 4 subescalas del cuestionario y su puntuación total, se obtuvo una media de puntuación del total de la muestra al mismo tiempo que se compararon los grupos en función del tipo de diabetes del sujeto (Tabla 2).

	Diabetes Tipo 1	Diabetes Tipo 2	Muestra total
Satisfacción	42,69±8,610	41,20±6,714	41,95±7,731
Impacto	45,65±9,344	31,39±7,429	38,52±11,045
Preocupación social	23,15±3,979	20,03±5,685	21,59±5,135
Preocupación r/c diabetes	12,84±3,549	9,73±3,839	11,29±4,001
Total	124,33±12,68	102,35±12,063	113,34±16,547

Tabla 2. Media de puntuación en cada subescala y total en función del tipo de diabetes y en la muestra completa.

Al realizar un análisis bivalente de todas las subescalas y de la puntuación total, en función de las variables sociodemográficas reflejadas en el cuestionario, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para las expuestas en la Tabla 3.

	Tipo de diabetes	Insulino-dependencia	Nivel de estudios	Edad
Satisfacción	-	-	p:0,000* D Co-hen:0,93 IC[0,59-1,27]	
Impacto	p:0,000* D Co-hen:1,69 IC[1,31-2,06]	p:0,000* D Co-hen: 1,30 IC[0,94-1,65]	-	p:0,000 D Co-hen: 0,87 IC[0,53-1,20]
Preocupación social	-	p:0,000* D Co-hen: 0,68 IC[0,34-1,01]	-	-
Preocupación r/c diabetes	p:0,000 D Co-hen:0,84 IC[0,51-1,18]	-	-	p:0,004 D Co-hen: 0,48 IC[0,16-0,81]
Total	p:0,000 D Co-hen:1,78 IC[1,40-2,16]	p: 0,000 D Co-hen: 1,42 IC[1,06-1,78]	-	p:0,000 D Co-hen: 0,79 IC[0,46-1,12]

*Estadístico utilizado U de Mann-Whitney.

Tabla 3. Análisis bivariante a través de la t-Student de cada subescala y del total del cuestionario en función del tipo de diabetes, insulino-dependencia, nivel de estudios y edad.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el análisis en función del sexo, los años de diagnóstico de la DM y si en la actualidad eran fumadores o no.

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

Los datos obtenidos muestran que aquellas personas que presentan DM tipo 1 tienen mayor puntuación en todas las subescalas y en el total que los de DM tipo 2; es decir, los primeros tienen peor calidad de vida que los segundos. En el mismo sentido, el estudio de Pinho⁸ afirma que la DM disminuye la calidad de vida, independientemente del tipo de diabetes. Por contraposición, es necesario mencionar el estudio de Beléndez, Lorente y Maderuelo⁴ llevado a cabo en 2015, donde las personas con DM tipo 1 presentan puntuaciones mayores de estrés. Cabe decir que el estrés relacionado con la DM se puede catalogar como una propuesta de estudio para el futuro.

En función de las variables sociodemográficas, se encontraron diferencias significativas para la edad y el nivel de estudios. En función de la edad, fueron las mayores de 45 los que tenían puntuaciones superiores en las subescalas de impacto y preocupación por la diabetes, mientras que en función del nivel de estudios, las personas con estudios universitarios son los que se encuentran más satisfechos con su calidad de vida que aquellos que no tienen estudios. Algo similar ocurre en el estudio llevado a cabo por Miranda y cols.¹⁵ sobre adolescentes, donde a medida

que aumentaba la edad, aumentaba el nivel de preocupación por la enfermedad.

También se puede observar que existieron diferencias significativas en función del tipo de DM que presentaba la muestra, siendo los del tipo 1 los que tienen mayor impacto y preocupación por la diabetes. También se encontraron diferencias en función del tratamiento que siguen los enfermos, siendo los insulino-dependientes los que presentan mayor impacto y preocupación por la enfermedad que los que únicamente utilizan antidiabéticos orales. Estos resultados pueden estar relacionados con la frecuencia de aparición de hipoglucemias, más frecuente en insulino-dependientes que en los que no lo son, y que como afirma el estudio de Jódar-Jimeno y cols.⁷, va a reducir la calidad de vida, probablemente debido al miedo de sufrir esta complicación.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo, de los años que llevan diagnosticados de la enfermedad ni del hábito tabáquico. En este sentido, llama la atención que los resultados obtenidos por Urdaneta y cols.⁹ reportaron diferencias en función del sexo, y los obtenidos por de Sousa y cols.³ hallaron diferencias significativas tanto para el sexo como para el tiempo diagnosticado de diabetes.

Es necesario recordar que este estudio presenta las limitaciones propias de un estudio descriptivo transversal con un muestreo no probabilístico, ya que no mide temporalidad ni permite una muestra representativa. Es por ello que puede servir como punto de partida para futuras investigaciones con el fin de obtener más información acerca de la calidad de vida de estas personas para así poder mejorarla.

Para concluir el estudio se puede decir que, en la población estudiada el nivel de estudios influye en el nivel de satisfacción, aunque no en la calidad de vida y que la edad superior de 45 es un factor que favorece la calidad de vida de las personas diabéticas. También se puede decir que las personas con DM tipo 2 y las que únicamente toman antidiabéticos orales presentan una mayor calidad de vida que las que tienen DM tipo 1 y son insulino-dependientes.

Como nota final a la discusión del estudio, es conveniente recordar la necesidad de fomentar la actividad física en personas diabéticas, para favorecer la calidad de vida de este grupo de personas, tal y como afirma Alfonso-Rosa y cols.⁶

Este trabajo aporta un punto de partida para favorecer una mayor producción científica que relacione la calidad de vida con las personas diabéticas. Además, y desde el punto de vista de la disciplina enfermera, va a facilitar la comprensión por parte de los profesionales de los aspectos relacionados con la calidad de vida de las personas con Diabetes Mellitus.

BIBLIOGRAFÍA

1. Molina A, Acevedo O, Yáñez ME, Dávila R, González A. Comparación de las prevalencias de duelo, depresión y calidad de vida asociados con la enfermedad entre pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados y controlados. *RevEspMedQuir* 2013;18(1).
2. Mara G, de Arruda LM, Alves O, Bukalen CK. Qualidade de vida na percepção da gravidade da doença em portadores de diabetes mellitus. *Enfermagememfoco* 2012;3(3).
3. de Sousa E, Marques JA, Candido MR, Medeiros M, Pinto I, Oliveira A. Avaliação do impacto da diabetes mellitus na qualidade de vida de ido-

sos/Evaluation of the impact of diabetes mellitus on the quality of life of aged people. *Ciência, Cuidado e Saúde* 2014;14(1):822-829.

4. Beléndez M, Lorente I, Maderuelo M. Estrés emocional y calidad de vida en personas con diabetes y sus familiares. *Gaceta Sanitaria* 2015;29(4):300-303.

5. López LF, Cifuentes M, Sánchez A. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en un hospital de mediana complejidad en Cali, 2013. *Ciencia & Salud* 2014;2(8):43-48.

6. Alfonso-Rosa RM, del Pozo-Cruz JT, Caraballo M, del Pozo-Cruz J, del Pozo-Cruz B. Asociación entre la condición física relacionada con la salud y la calidad de vida en pacientes diabéticos tipo 2 tratados en atención primaria: un estudio exploratorio en la provincia de Sevilla. *RevAndalMed Deporte* 2012;5(3):91-98.

7. Jódar-Gimeno E, Álvarez-Guisasola F, Ávila-Lachica L, Palomares-Ortega R, Roldán-Suárez C, Lizán-Tudela L. Calidad de vida y grado de preocupación por las hipoglucemias en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *RevClinEsp* 2015;215(2):91-97.

8. de Pinho CI, Sabóia VM, Rangel E, Lima JL. Qualidade de vida de pessoas com diabetes mellitus. *Revista Baiana de Enfermagem* 2014;28(3):235-243.

9. Urdaneta J, Leal T, Rangel K, Cepeda N, Contreras A, Baabel N et al. Comparación de la calidad de vida entre pacientes masculinos y femeninos con diabetes mellitus tipo 2. *Med Interna* 2016;28(1):57-65.

10. Gusmai LF, Novato TS, Nogueira LS. A influência da qualidade de vida na adesão ao tratamento do paciente diabético: revisão sistemática. *RevEscEnfermUSP* 2015;49(5):839-846.

11. Chaverri J, Fallas J. Calidad de vida relacionada con salud en pacien-

tes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica* 2015;72(614):217-224.

12. García-Soidán FJ, Villoro R, Merino M, Hidalgo-Vega Á, Hernando-Martín T, González-Martín-Moro B. Estado de salud, calidad de vida y utilización de recursos sanitarios de los pacientes con diabetes mellitus en España. *SEMERGEN-Medicina de Familia* 2016. Artículo en Prensa.

13. DePablos-Velasco P, Salguero-Chaves E, Mata-Poyo J, DeRivas-Otero B, García-Sánchez R, Viguera-Ester P. Calidad de vida y satisfacción con el tratamiento de sujetos con diabetes tipo 2: resultados en España del estudio PANORAMA. *EndocrinolNutr* 2014;61(1):18-26.

14. Millán M. Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (EsDQOL). *Aten primaria* 2002;29(8):517-521.

15. Miranda MJ, Domínguez E, Arroyo FJ, Méndez P, González J. Calidad de vida relacionada con la salud en la diabetes mellitus tipo 1. *AnPediatr* 2012;77(5):329-333.

16. de Juan-Marcos L, Hernández-Galilea E, López-Gálvez MI. Calidad de vida en pacientes diabéticos con edema macular y baja visión tratados con fármacos antiangiogénicos. *MedClin* 2016;146(11):512-513.

17. Campos M, Aparecida F, Santos J, dos Santos DM. Correlation of quality of life with knowledge and attitude of diabetic elderly. *InvestEduc-Enferm* 2016;34(1):180-188.

18. Bautista LM, Zambrano GE. La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Investigación en Enferm Imagen Desarr* 2014;17(1):131-148.

19. Chapman M, García R, Caballero G, Paneque Y, Sablón A. Efectividad de intervención educativa en el conocimiento del paciente diabético sobre autocuidados. *RevCubEnferm* 2016;32(1).

ANEXO I. CUESTIONARIO UTILIZADO

Rellene el siguiente cuestionario marcando con una X en la casilla con la que se encuentre más identificado. El apartado **“Satisfacción”** tiene una escala de 1 “Muy satisfecho” a 5 “Nada satisfecho”. Para los apartados **“Impacto”**, **“Preocupación social/vocacional”**, **“Preocupación relativa a la diabetes”** la escala tiene un rango de 1 “nunca” a 5 “siempre”.

SATISFACCIÓN	1	2	3	4	5
1. ¿Está usted satisfecho con la cantidad de tiempo que tarda en controlar su diabetes?					
2. ¿Está usted satisfecho con la cantidad de tiempo que ocupa en revisiones?					
3. ¿Está usted satisfecho con el tiempo que tarda en determinar su nivel de azúcar?					
4. ¿Está usted satisfecho con su tratamiento actual?					
5. ¿Está usted satisfecho con la flexibilidad que tiene en su dieta?					
6. ¿Está usted satisfecho con la carga que supone su diabetes en su familia?					
7. ¿Está usted satisfecho con su conocimiento sobre la diabetes?					
8. ¿Está usted satisfecho con su sueño?					
9. ¿Está usted satisfecho con sus relaciones sociales y amistades?					
10. ¿Está usted satisfecho con su vida sexual?					
11. ¿Está usted satisfecho con sus actividades en el trabajo, colegio u hogar?					
12. ¿Está usted satisfecho con la apariencia de su cuerpo?					
13. ¿Está usted satisfecho con el tiempo que emplea haciendo ejercicio?					
14. ¿Está usted satisfecho con su tiempo libre?					
15. ¿Está usted satisfecho con su vida en general?					
IMPACTO	1	2	3	4	5
16. ¿Con qué frecuencia siente dolor asociado con el tratamiento de su diabetes?					

17. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado por tener que tratar su diabetes en público?					
18. ¿Con qué frecuencia se siente físicamente enfermo?					
19. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en su vida familiar?					
20. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para dormir?					
21. ¿Con qué frecuencia encuentra que su diabetes limita sus relaciones sociales y amistades?					
22. ¿Con qué frecuencia se siente restringido por su dieta?					
23. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en su vida sexual?					
24. ¿Con qué frecuencia su diabetes le impide conducir o usar una máquina (p. ej., máquina de escribir)?					
25. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en la realización de ejercicio?					
26. ¿Con qué frecuencia abandona sus tareas en el trabajo, colegio o casa por su diabetes?					
27. ¿Con qué frecuencia se encuentra usted mismo explicándose qué significa tener diabetes?					
28. ¿Con qué frecuencia cree que su diabetes interrumpe sus actividades de tiempo libre?					
29. ¿Con qué frecuencia bromean con usted por causa de su diabetes?					
30. ¿Con qué frecuencia siente que por su diabetes va al cuarto de baño más que los demás?					
31. ¿Con qué frecuencia come algo que no debe antes de decirle a alguien que tiene diabetes?					
32. ¿Con qué frecuencia esconde a los demás el hecho de que usted está teniendo una reacción insulínica?					
PREOCUPACIÓN: SOCIAL/VOCACIONAL	1	2	3	4	5
33. ¿Con qué frecuencia le preocupa si se casará?					
34. ¿Con qué frecuencia le preocupa si tendrá hijos?					
35. ¿Con qué frecuencia le preocupa si conseguirá el trabajo que desea?					
36. ¿Con qué frecuencia le preocupa si le será denegado un seguro?					
37. ¿Con qué frecuencia le preocupa si será capaz de completar su educación?					
38. ¿Con qué frecuencia le preocupa si perderá el empleo?					
39. ¿Con qué frecuencia le preocupa si podrá ir de vacaciones o de viaje?					
PREOCUPACIÓN RELACIONADA CON LA DIABETES	1	2	3	4	5
40. ¿Con qué frecuencia le preocupa si perderá el conocimiento?					
41. ¿Con qué frecuencia le preocupa que su cuerpo parezca diferente a causa de su diabetes?					
42. ¿Con qué frecuencia le preocupa si tendrá complicaciones debidas a su diabetes?					
43. ¿Con qué frecuencia le preocupa si alguien no saldrá con usted a causa de su diabetes?					



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Satisfacción materna en el área de partos según la Escala Mackey

Autores:

Marta López-Mirones⁽¹⁾

Alicia Alonso-Salcines⁽¹⁾

Oihane Terán-Muñoz⁽¹⁾

Casandra García-González⁽¹⁾

Izaskun Laurrieta-Saiz⁽¹⁾

Marta González-Maestro⁽¹⁾

⁽¹⁾Matrona. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Área de partos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

*Dirección para correspondencia:
mlopezmirones@gmail.com*

Recibido: 22 de septiembre de 2016
Aceptado: 24 de noviembre de 2016

RESUMEN

La satisfacción de los pacientes es un criterio para la valoración de la calidad en los centros hospitalarios.

La matrona es considerada el profesional de referencia para la mujer en el proceso del parto, el periodo del puerperio y cuidados del recién nacido.

Con el objetivo de describir el grado de satisfacción de las mujeres durante el proceso de parto llevado a cabo en el área de partos del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, se ha realizado un estudio de prevalencia, descriptivo transversal con 374 mujeres, valorando la satisfacción mediante un cuestionario autocumplimentado basado en la escala Mackey.

El grado de satisfacción por la atención de la matrona fue del 88,53%. Lo mejor valorado, en un 96,8% fueron los conocimientos, capacidad y competencia profesional de la matrona durante el parto y lo menos valorado con un 56,8% de los casos "El tiempo que el ginecólogo/a pasó con usted durante la dilatación".

Las mujeres valoran en general, satisfactoriamente la experiencia del parto. La escala Mackey, de uso internacional, ha sido de utilidad para este estudio.

Palabras clave: satisfacción del paciente, parto obstétrico, cuestionarios

ABSTRACT

Patient satisfaction is a criteria for the valuation of hospital quality.

Midwife is recognized as a responsible and accountable professional for women during the process of labor and birth, the postpartum and caring for the newborn infant.

The aims of this study is to describe the level of women's satisfaction during the stage of labor which was taken place in the delivery room of Universitario Marqués de Valdecilla Hospital.

Cross-sectional study was carried out with 374 women. Satisfaction was assessed through a self-completed questionnaire based on the Mackey scale.

The satisfaction degree with midwives services was 88.53%. On the one hand, their knowledge, capacity and professional competences during childbirth were the most appreciated (96.8%). On the other hand the least valued, with 56.8% of the cases, was "Time that the gynecologist spent with you during the dilatation phase".

Generally, women assess satisfaction with birth. Mackey childbirth satisfaction rating scale, used internationally, has proved helpful in this topic.

Keywords: patient satisfaction, delivery obstetric, questionnaires

INTRODUCCIÓN

El momento del parto es uno de los más importantes en la vida de una mujer, lo que en él suceda puede marcar futuros comportamientos tanto de manera positiva como negativa. Según diversos estudios, en torno a un 5-7% de las mujeres se muestran insatisfechas con su parto. Esta percepción no es algo puntual sino que puede llegar a mantenerse hasta un año después del nacimiento, influyendo en la futura vida reproductiva e incluso pudiendo derivar en quejas o demandas jurídicas^{1,2}.

Un recuerdo positivo aumenta la sensación de logro, mejora la autoestima y permite una adaptación más rápida a la maternidad. Por el contrario un nacimiento traumático afecta a la capacidad para amamantar y crear un vínculo adecuado. Este mal recuerdo puede influir en abortos futuros, que la mujer prefiera una cesárea en los siguientes nacimientos o incapacidad para retomar las relaciones sexuales³.

Es importante diferenciar la experiencia del trabajo de parto (dolor, experiencia emocional, expectativas, etc.) y la experiencia con la atención recibida⁴. Existen diversos factores que contribuyen en la experiencia del parto, causando sentimientos de satisfacción o insatisfacción. Lowe afirmó que hasta en un 50% de los partos la variabilidad del dolor dependía de factores psicológicos, demográficos y de la experiencia de cada persona⁵. Si hacemos una comparación entre primigestas y multigestas, las primeras muestran mayor percepción del dolor que las mujeres que ya han tenido algún hijo, esto se puede atribuir a las diferentes habilidades de afrontamiento, expectativas del parto y a la experiencia. Los partos inducidos se asocian a mayor grado de

dolor, y por tanto, a una menor satisfacción. De modo que tener un parto menos doloroso, mejora la satisfacción materna^{6,7,8}.

El estrés o el autocontrol durante el proceso del parto también es uno de los factores a destacar. Un mayor grado de control materno influye aumentando la satisfacción. Por el contrario, la angustia, el miedo y el estrés son determinantes de insatisfacción^{6,9,10}. En una revisión realizada por Hodnett en el año 2002, se comprobó mediante seis ensayos que el apoyo continuo presentaba una experiencia más favorable y un menor tiempo de la duración del parto¹¹.

La entrada de un acompañante durante la dilatación y en el momento de parto muestra mejores resultados de satisfacción⁴, así como el contacto piel con piel madre-bebé inmediatamente después del nacimiento⁷ y el acudir a sesiones de preparación al parto⁶.

Por último, respecto al rol de los profesionales, en una revisión realizada por Williams se observa que la información proporcionada por los facultativos aumentaba la satisfacción¹². Proctor en 1998 afirmó que existían tres puntos clave que estaban relacionados¹³. En primer lugar, la continuidad de los cuidados a la mujer por un mismo profesional. En segundo lugar, profesionales de calidad, la relación con la mujer y adecuada comunicación. Y en tercer lugar, las cualidades del profesional, aspecto fundamental en la práctica diaria: flexible, informal, interesado, amable y experimentado entre otros⁷.

A pesar de las referencias encontradas los estudios sobre la satisfacción maternal ofrecen resultados contradictorios^{5,14,15,16}. Puesto que existen resultados opuestos que reflejan un mayor grado de satisfacción en mujeres que no utilizaron analgesia

para aliviar el dolor, sin embargo, otros estudios muestran que aquellas que la recibieron tuvieron mayor satisfacción⁵.

En otras investigaciones, hay diferencias en cuanto al cumplimiento de expectativas, encontrándose un grado de satisfacción más alto para las mujeres con bajas expectativas y niveles menores de satisfacción en las que tuvieron altas expectativas^{6,8}.

ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La satisfacción de los pacientes es un criterio básico para medir la calidad asistencial, además permite adecuar costes sanitarios, políticas, decisiones organizativas y prevenir juicios por negligencias de los equipos sanitarios, así como, mejorar la atención⁶. El estudio de la calidad de la atención desde la perspectiva del paciente fue desarrollada por Donabedian (1988). Estableció un vínculo entre la calidad de la atención sanitaria y la satisfacción del paciente¹⁰.

La búsqueda de la excelencia en la calidad hace que la matrona sea el profesional de referencia para la mujer en el periodo de parto, puerperio y cuidados del recién nacido¹⁷. La atención al parto normal por matronas incrementa la sensación de control, confianza materna y satisfacción¹⁸.

JUSTIFICACIÓN

La satisfacción materna en relación al parto es un concepto complejo que abarca diversas variantes.

Justifica este estudio la ausencia documentada en la literatura publicada sobre la satisfacción de las mujeres en el proceso del parto en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).

La escasez de escalas disponibles en relación al tema, excepto la existencia de alguna publicación con las de Comforts¹⁷ o Mackey⁶, y tras la valoración de ambas, se ha decantado la decisión por la Escala de Mackey. Dicha Escala, está centrada exclusivamente en el período del parto, está validada en español y permite su comparación con otros estudios al haber sido utilizada a nivel mundial.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Describir el grado de satisfacción de las mujeres durante el proceso del parto y del nacimiento en el área de partos del HUMV.

Objetivo específico:

- Examinar la influencia de las variables sociodemográficas, obstétricas y los aspectos reflejados en las variables de la escala Mackey, en el grado de satisfacción de las mujeres.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño para la investigación ha sido transversal de prevalencia; realizado en el área de partos del HUMV.

El periodo del estudio fue del 1 de septiembre al 4 de noviembre del 2014.

Se incluyeron aquellas mujeres mayores de 18 años, con embarazo vigilado, recién nacido a término, parto vaginal, feto único vivo y presentación cefálica. Se excluyeron las mujeres sometidas a cesárea, embarazo gemelar y las que no hablaban o escribían castellano.

Para la estimación del número muestral se aceptó un riesgo α del 95%, una precisión del 5% y una estimación de la prevalencia del 50%, debido a que no se puede descartar este resultado en algunos de los ítems del cuestionario, para una población de referencia de 3000 mujeres; y una tasa de reposición del 10%, esto supone incluir a 374 mujeres. Para los cálculos se empleó el programa Granmo v.7.12.

Durante el periodo de recogida de datos hasta alcanzar el tamaño muestral se identificaron un total 526 mujeres que han dado a luz, de las cuales 154 fueron descartadas y pérdidas (Tabla 2). Por lo tanto, el número total de encuestas válidas fue de 372.

Tabla 2. Criterios de exclusión y pérdidas de la muestra.

Criterios Exclusión	N
Cesárea	104
Cesárea + Gemelar	5
Pretérmino	16
Pretérmino + Feto muerto	1
Gemelar	3
Menor de edad	2
No entiende idioma	9
Pérdidas de la muestra	N
Alta	5
No desea contestar	3
Datos sociodemográficos incompletos	2
Encuesta incompleta	1
Otros motivos	3

Los datos recogidos se dividieron en tres grupos:

- Variables sociodemográficas: edad, nivel de estudios, país de nacimiento, trabajo remunerado y convivencia en pareja.
- Variables obstétricas: asistencia a educación maternal, tipo de parto, número de gestaciones, número de abortos, número de partos, número de cesáreas previas, uso de analgesia epidural, realización de episiotomía, estado del periné, inducción y atención del profesional.
- Variables referentes a la encuesta de satisfacción según la escala Mackey (Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale) (ANEXO I).

Las variables sociodemográficas se recogieron a través de una breve entrevista, los datos se incluyeron en una base de datos anonimizada; las variables obstétricas fueron recogidas de la historia clínica y las encuestas fueron distribuidas a las participantes exclusivamente por uno de los investigadores principales en la planta de puerperio en horario de 8 a 15 el día correspondiente al alta hospitalaria, siendo recogidas por la misma persona, permitiendo aclarar dudas.

La escala de Mackey es utilizada en la valoración de la calidad de la atención sanitaria, incorporando el punto de vista de las mujeres y contribuyendo a la evaluación y la monitorización de los cambios introducidos con el nuevo modelo de atención al parto.

Esta escala ha sido desarrollada en Estados Unidos, consta de 35 ítems evaluados según una escala tipo Likert. Abarca diversos componentes implicados en la satisfacción vivida con el momento del parto y el nacimiento. Es un cuestionario auto cumplimentado, que se debe administrar a la mujer antes del alta hospitalaria. En España fue validada en diferentes hospitales de la Comunidad Valenciana⁹. Se han realizado varios estudios en Bélgica, Holanda¹⁹ y en España, en un hospital de Zaragoza²⁰.

Los ítems están agrupados en cinco subescalas:

- la mujer, 9 ítems
- la pareja, 2 ítems
- al recién nacido, 3 ítems
- la matrona, 9 ítems
- al obstetra, 8 ítems y
- la experiencia global, 3 ítems.

Para facilitar la comprensión de los resultados, los porcentajes de satisfacción total (satisfecha y muy satisfecha) han sido agrupados en dilatación, expulsivo, bebé, matrona, ginecólogo y global (ANEXO II).

Se ha considerado oportuno reseñar sólo las variables que han presentado una significación estadística, no comentando aquellos resultados que no son estadísticamente significativos.

Se ha utilizado como programa estadístico el SPSS vo, 22. Para el análisis de las variables sociodemográficas, obstétricas y para cada ítem de la encuesta se han usado tablas de frecuencias. El Chi Cuadrado ha sido la prueba elegida para la comparación de dichas variables.

Se solicitó un consentimiento oral para ser incluidas en el estudio, no siendo necesario el consentimiento escrito según la decisión del Comité Ético de Investigación y Comité Ético de Investigación con Medicamentos(ANEXO III).

RESULTADOS

Características sociodemográficas de las mujeres estudiadas.

Las variables sociodemográficas están representadas en la tabla 3. La edad media es de 32,28 años y los valores extremos se encuentran entre los 18 hasta los 46 años. La variable "estudios está dividida en: universitarios, módulo (grado medio o superior) y otros estudios (sin estudios o inferiores a módulo de formación profesional).

Tabla 3. Características de variables sociodemográficas.

VARIABLES	N	%
Edad		
18-25 años	38	10,2
26-35 años	229	61,6
>36 años	105	28,2
Nivel de estudios		
Universitarios	125	33,6

Módulos	146	39,2
Otros estudios	101	27,2
País de nacimiento		
España	322	86,6
Extranjeros	50	13,4
Hispanoamericanas	30	8,1
Europa del este	11	3
Resto Europa	4	1,1
Africanas	3	0,8
Asiáticas	2	0,5
Trabajo remunerado	248	66,7
Convivencia en pareja	360	96,8

Características obstétricas de las mujeres estudiadas.

Representadas en la tabla 4. La variable educación maternal se considera la asistencia a un número igual o mayor de 4 clases. El tipo de profesional que asiste a la mujer queda definido por matrona (exclusivamente) o la colaboración matrona-ginecólogo (en cualquier momento del parto).

Tabla 4. Características de variables obstétricas.

VARIABLES	N	%
Educación maternal	173	46,5
Tipo de parto		
Eutócico	311	83,6
Instrumental	61	16,4
Fórceps	34	9,1
Kiwi	17	4,6
Ventosa metálica	10	2,7
Gestaciones		
Primigestas	164	44,1
Multigestas	208	55,9
Abortos previos	91	24,5
Paridad		
Primípara	212	57
Secundípara	140	37,6
Cesáreas previas	18	4,8
Epidural	328	88,2
Tasa de episiotomía	213	57,3
Tipo de periné		
Integro	43	11,6
I grado	71	19,1
II grado	56	15,1
III grado	2	0,5
Inducción	130	34,9
Profesional		
Matrona	143	38,4
Matrona y Ginecólogo	229	61,6

Resultados del análisis a través de la Escala Mackey.

Los resultados obtenidos muestran que en ningún ítem de los valorados la insatisfacción supera a la satisfacción, ya que el porcentaje más bajo de satisfacción corresponde al 56,8%.

El estudio de los diferentes grupos tiene como resultado porcentajes elevados, destacando que la atención y satisfacción global durante el proceso del parto son evaluadas en un 94,65% (Tabla 5).

Tabla 5. Satisfacción total de las subescalas.

SUBESCALAS	%
Dilatación	82,72
Expulsivo	87,68
Bebé	92,4
Matrona	88,53
Ginecólogo	70,92
Global	94,65

Los dos ítems mejor valorados son la competencia profesional de la matrona (con un 96,8%) y la ayuda/apoyo de la pareja o acompañante durante el expulsivo (con un 96%).

Los dos ítems peor valorados corresponden a la ayuda/apoyo en el uso de distintos métodos de alivio del dolor por la matrona (con un 58,3%) y el tiempo empleado durante la dilatación por el ginecólogo (con un 56,8%).

Relación entre las distintas variables.

En este apartado se desarrolla la relación existente entre las distintas variables sociodemográficas y obstétricas y los ítems de la escala.

- *Edad.* El grupo de edad entre 26-35 años ha valorado con un 88,6% ($p = 0,029$) una mejor capacidad para afrontar las emociones durante el expulsivo (ítem 7).
- *Estudios.* Las mujeres que pertenecen al grupo otros estudios están más satisfechas que las de los grupos módulo y universitario, observándose la disminución del porcentaje a medida que aumenta el grado académico; salvo en el ítem 9, grado de control en el expulsivo en el cual el grupo módulos es del 87% ($p = 0,013$), superando al universitario seguido del resto.
- *Nacionalidad.* Las extranjeras vs españolas consideran como positivo la ayuda/apoyo con las respiraciones y relación por parte del ginecólogo con un 80,6% ($p = 0,044$) (ítem 26) y el tiempo empleado, por el ginecólogo, durante la dilatación con un 72,2% ($p = 0,041$) (ítem 28).
- *Trabajo.* Las mujeres que no tienen un trabajo remunerado presentan un mayor grado de satisfacción frente aquellas que trabajan, siendo significativo en los ítems 3, 20, 22 y 35 ($p < 0,045$).
- *Educación maternal.* La asistencia a las sesiones aumenta el grado de satisfacción en la ayuda/apoyo de la pareja o acompañante durante la dilatación (ítem 10) con un 96,5% ($p = 0,043$) y en el expulsivo (ítem 11) con un 98,3% ($p = 0,036$), exceptuando las mujeres que no asistieron cuya valoración es más positiva en el grado de participación en la toma de decisiones durante el expulsivo (ítem 2) 89,9% ($p = 0,013$).
- *Tipo de parto.* Las mujeres con partos eutócicos valoran su

grado de participación en la toma de decisiones durante el expulsivo con un 88,4% ($p = 0,009$) vs a partos instrumentales.

- *Paridad.* Las primíparas valoran la ayuda/apoyo del acompañante (ítem 10) con un 97% ($p = 0,007$) y la competencia profesional del ginecólogo (ítem 20) con un 81,1% ($p = 0,049$). Las multíparas consideran que su grado de participación en la toma de decisiones en el expulsivo (ítem 2) es de 90,8% ($p = 0,009$) y el tiempo transcurrido hasta primer contacto con bebé es de 96,6% ($p = 0,040$).
- *Analgesia epidural.* En esta variable, 17 ítems han sido estadísticamente significativos siendo superior la satisfacción en aquellas mujeres que han utilizado esta analgesia; destacando que los ítems relacionados con el grado de confort y control se incluyen en este grupo.
- *Inducción.* Las mujeres con una inducción del parto están más satisfechas con el tiempo que el ginecólogo empleó durante la dilatación (ítem 28) con un 65,9% ($p = 0,032$).

DISCUSIÓN

El uso de encuestas autocumplimentadas permite comprobar que la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto es un concepto amplio, complejo y multidimensional.

En la práctica clínica los porcentajes inferiores al 90% deberían ser mejorados, sin embargo, aquellos con un porcentaje igual o superior se puede considerar un indicador de buena calidad. Por lo tanto, todo resultado inferior a esta cifra debería ser analizado por parte de los profesionales implicados.

Según los datos obtenidos y su comparación con un estudio realizado en un hospital terciario²⁰, existen coincidencias con mayor satisfacción durante el proceso de parto y nacimiento. Respecto al ítem mejor valorado fue el relativo a la matrona, la terminación del parto en eutócico y el referido a las mujeres que emplearon analgesia epidural. Esto último también se observó en el estudio realizado por Mas Pons et al⁹.

Por otra parte, no existen diferencias significativas con el estudio mencionado en el párrafo anterior en cuanto a la asistencia en la educación maternal y entre inmigrantes o españolas. En nuestro estudio si se obtuvieron diferencias en estas variables.

En las mujeres que no asisten a la educación maternal puede existir una relación entre el desconocimiento del proceso de parto y la valoración más positiva respecto a la toma de decisiones.

En cambio aquellas que acudieron a las sesiones educativas obtuvieron mayor información sobre los beneficios del apoyo físico y psicológico del acompañamiento por parte de su pareja o acompañante durante la dilatación. Aunque se plantea la necesidad de continuar estudiando la relación de estas variables por no existir resultados concluyentes.

En cuanto a la valoración del ginecólogo es considerada por las extranjeras más positiva que por las españolas.

En el año 2007, Wendy Chistiaens y Piet Brak¹⁹ realizaron un estudio comparativo entre Bélgica y Holanda utilizando la escala Mackey. Compararon la satisfacción entre los partos en el domicilio particular y en el hospital. De su estudio podemos afirmar que obtuvieron los porcentajes más altos en la atención por parte de la matrona y el apoyo de la pareja, tal y como sucede en nuestro estudio.

Aunque en general las mujeres valoran muy satisfactoriamente la experiencia del parto, se plantean algunas propuestas de mejora que se explican a continuación.

Existen algunas terapias alternativas para el alivio del dolor⁴ incluidas en la literatura basada en la evidencia científica, con las que se puede lograr aumento en la satisfacción materna en el área de partos del HUMV, son las siguientes:

- La inmersión en bañera y la analgesia epidural reduce el dolor²¹, al igual que la inyección de agua estéril en la zona lumbar²²,
- La realización de masajes y el contacto físico^{23,24,25}.

Por otro lado las técnicas de relajación y el uso de la pelota de Bobath ayudan a encontrar posturas más confortables pero no existen evidencias.

Además y quizá, se deba de mejorar la atención por parte del ginecólogo implicándose en una mayor sensibilidad ante las necesidades de la mujer.

En futuras investigaciones se debería evaluar si la implantación de métodos alternativos del dolor mejora el grado de satisfacción de las mujeres, así como la disminución del uso de analgesia epidural.

Las mujeres en general valoran muy satisfactoriamente la experiencia del parto vivida en este hospital. Los profesionales implicados deben mantener la misma implicación hasta el momento para mantener estos niveles tan elevados e incluso si cabe, mejorarlos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marín- Morales D, Toro- Molina S, Carmona- Monge F. Diferencias en la satisfacción de la madre con el nacimiento de su hijo en función de variables sociodemográficas y clínicas. *NURE Inv.* 2013 mar-abr; 10 (63).
2. Siassakos D, Clark J, Sibanda T, Attilakos G, Jefferys A, Cullen L, et al. A simple tool to measure patient perceptions of operative birth. *BJOG.* 2009;116(13):1755-1761.
3. Overgaard C, Fenger-Gron M, Sandall J. The impact of birthplace on women's birth experiences and perceptions of care. *SocSci Med.* 2012;74(7):973-981.
4. Hollins Martin C, Fleming V. The birth satisfaction scale. *Int J Health Care QualAssur.* 2011;24(2):124-135.
5. Lowe NK. The pain and discomfort of labor and birth. *J ObstetGynecol Neonatal Nurs.* 1996;25(01):82-92.
6. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J AdvNurs.* 2004;46(2):212-219.
7. Fair CD, Morrison TE. The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women. *Midwifery.* 2012; 28(1):39-44.
8. García-Puga JA, Medina-Ortiz SG. Factores Asociados a la Satisfacción Materna con la Experiencia del Nacimiento de su Hijo. *Bol ClinHospInfant Edo Son.* 2009;26(1):23-27.
9. Mas-Pons R, Barona-Vilar C, Carreguí-Vilar S, Ibáñez-Gil N, Margaix-Fontestad L, Escribà-Agüir V. Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la MackeySatisfactionChildbirth Rating Scale. *GacSanit.* 2012;26(3):236-242.
10. Haines HM, Hildingsson I, Pallant JF, Rubertsson C. The role of women's attitudinal profiles in satisfaction with the quality of their antenatal and intrapartum care. *J ObstetGynecol Neonatal Nurs.* 2013;42(4):428-441.
11. Hodnett ED, Osborn RW. Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. *Research in Nursing and Health* 1989;12:289-97.
12. Williams S, Winman J, Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Family Practice* 1988;15: 480-492.
13. Proctor S. Linking philosophy and method in the research process: the case for realism. *Nurse Researcher.* 1998;5:4, 73-89.
14. Green JM, Renfrew MJ, Curtis PA. Continuity of carer: what matters to women? A review of the evidence. *Midwifery.* 2000;16:186-196.
15. Christiaens W, Bracke P. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a crossnational perspective. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2007;7:26.
16. Forster DA, McLachlan HL, Rayner J, Yelland J, Gold L, Rayner S. The early postnatal period: exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2008;8:27.
17. Vivanco Montes ML. Análisis de la satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en un hospital público de tercer nivel de la Comunidad de Madrid. Validación y adaptación transcultural de la escala de satisfacción COMFORTS. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)* 2009;1(2).
18. Quintana Pantaleón C, Etxeandialkobaltzeta I, Rico IturriozR, Armendariz Mántaras I, Fernández del Castillo Sainz I. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía dirigida a mujeres embarazadas, a los futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares. *Guías de Práctica Clínica en el SNS. Versión OSTEBA Nº* 2009/01.
19. Christiaens W, Bracke P. Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery.* 2009; 25(2):e11-e19.
20. Ramón- Arbués E, Juárez- Vela R, Martínez- Abadía B, Martín- Gómez S. Satisfacción materna con la experiencia del parto. *Metas Enferm.* 2015;18(1):62-65.
21. Cluett ER, Nikodem VC, McCandlish RE, Burns EE. Immersion in water in pregnancy, labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(2):CD000111.
22. Martensson L, Stener-Victorin E, Wallin G. Acupuncture versus subcutaneous injections of sterile water as treatment of labour pain. *ActaObstetGynecolScand* 2008;87(2):171-177.
23. Simkin PP, O'Hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(5):131-159.
24. Huntley AL, Coon JT, Ernst E. Complementary and alternative medicine for labor pain: a systematic review. *Am J ObstetGynecol* 2004;191(1):36-44.
25. Cheung NF. Choice and control as experienced by Chinese and Scottish childbearing women in Scotland. *Midwifery* 2002;18(3):200-213.

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal del área de partos del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, a María Teresa Gil Urquiza, Pedro Muñoz Cacho, Ana Rosa Alconero y a Rosa Mas Pons, por su colaboración en la realización de este estudio.

ANEXO I. Encuesta de satisfacción: Escala Mackey

POR FAVOR, SEÑALE SU GRADO DE SATISFACCIÓN CON CADA UNO DE LOS ASPECTOS QUE SE NOMBRAN A CONTINUACIÓN, TENIENDO EN CUENTA QUE EL 1 ES MUY INSATISFECHA Y EL 5 MUY SATISFECHA. EL PUNTO MEDIO, ES DECIR EL 3, SIGNIFICA QUE NO PUEDE VALORAR ESE ASPECTO PORQUE NO SE HA PRODUCIDO EN SU PARTO (por ejemplo, el apoyo del acompañante si no ha estado acompañada, o la atención del ginecólogo si sólo le atendió la matrona).

¿ESTÁ SATISFECHA CON ...	Muy insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Muy satisfecha
1. Su grado de participación en la toma de decisiones durante la dilatación	1	2	3	4	5
2. Su grado de participación en la toma de decisiones durante el expulsivo	1	2	3	4	5
3. Su capacidad para sobrellevar las contracciones durante la dilatación	1	2	3	4	5
4. Su grado de confort durante la dilatación (ej. ambiente íntimo, libertad de movimientos, compañía de la persona elegida, almohadas, etc.)	1	2	3	4	5
5. Su grado de confort durante el expulsivo (ej. ambiente íntimo, postura cómoda, compañía de la persona elegida, etc.)	1	2	3	4	5
6. La capacidad para afrontar sus emociones durante la dilatación (ej. ansiedad, miedos, inseguridad, etc.)	1	2	3	4	5
7. La capacidad para afrontar sus emociones durante el expulsivo (ej. ansiedad, miedos, inseguridad, etc.)	1	2	3	4	5
8. El control que tuvo sobre sus actos durante la dilatación (ej. capacidad de relajarse, aguantar el dolor, poder moverse, beber, etc.)	1	2	3	4	5
9. El control que tuvo sobre sus actos durante el expulsivo (ej. capacidad de relajarse, aguantar el dolor, cambiar de postura, etc.)	1	2	3	4	5
10. La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante la dilatación	1	2	3	4	5
11. La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante el expulsivo	1	2	3	4	5
12. Su experiencia global de la dilatación	1	2	3	4	5
13. Su experiencia global del expulsivo	1	2	3	4	5
14. El estado de salud de su bebé al nacer	1	2	3	4	5
15. El tiempo transcurrido hasta que usted cogió en brazos por primera vez a su bebé	1	2	3	4	5
16. El tiempo transcurrido hasta que usted alimentó por primera vez a su bebé	1	2	3	4	5
17. Los cuidados físicos que recibió de la matrona durante el parto (ej. movilidad, monitorización, tactos vaginales, etc.)	1	2	3	4	5
18. Los cuidados físicos que recibió del ginecólogo/a durante el parto (ej. movilidad, monitorización, tactos vaginales, etc.)	1	2	3	4	5
19. Los conocimientos, capacidad y competencia profesional de la matrona durante el parto	1	2	3	4	5
20. Los conocimientos, capacidad y competencia profesional del ginecólogo/a durante el parto	1	2	3	4	5
21. La información y explicaciones que le proporcionó la matrona en el parto	1	2	3	4	5
22. La información y explicaciones que le proporcionó el ginecólogo/a en el parto	1	2	3	4	5


Satisfacción materna en el área de partos según la Escala Mackey

23. El interés y el trato personal que le prestó la matrona en el parto	1	2	3	4	5
24. El interés y el trato personal que le prestó el ginecólogo/a en el parto	1	2	3	4	5
25. La ayuda y apoyo que recibió de la matrona con las respiraciones y la relajación en el parto	1	2	3	4	5
26. La ayuda y apoyo que recibió del ginecólogo/a con las respiraciones y la relajación en el parto	1	2	3	4	5
27. El tiempo que la matrona pasó con usted durante la dilatación	1	2	3	4	5
28. El tiempo que el ginecólogo/a pasó con usted durante la dilatación	1	2	3	4	¿5
29. La actitud de la matrona en el parto (ej. respeto, amabilidad, escucha, etc.)	1	2	3	4	5
30. La actitud del ginecólogo/a en el parto (ej. respeto, amabilidad, escucha, etc.)	1	2	3	4	5
31. La sensibilidad de la matrona ante sus necesidades durante el parto	1	2	3	4	5
32. La sensibilidad del ginecólogo/a ante sus necesidades durante el parto	1	2	3	4	5
33. La ayuda y el apoyo de la matrona en el uso de distintos métodos para aliviar el dolor (ej. masajes, bolsa de agua caliente, ducha, inyección de agua, etc.)	1	2	3	4	5
35. De forma global, la atención que usted recibió durante el parto	1	2	3	4	5
36. De forma global, ¿cómo se siente de satisfecha con la experiencia del nacimiento de su bebé?	1	2	3	4	5


ANEXO II. Clasificación resumida de los ítems del cuestionario de la Escala Mackey

DILATACIÓN	1	Grado de participación en la toma de decisiones
	3	Capacidad para sobrellevar las contracciones
	4	Grado de confort
	6	Capacidad para afrontar las emociones
EXPULSIVO	8	Grado de control
	10	Ayuda y el apoyo de la pareja o acompañante
	12	Experiencia global
	2	Grado de participación en la toma de decisiones
	5	Grado de confort
BEBÉ	7	Capacidad para afrontar las emociones
	9	Grado de control
	11	Ayuda y el apoyo de la pareja o acompañante
	13	Experiencia global
MATRONA	14	Estado de salud del bebé al nacer
	15	Tiempo transcurrido hasta el primer contacto
	16	Tiempo transcurrido hasta primera toma
	17	Cuidados físicos
	19	Conocimientos, capacidad y competencia profesional
	21	Información y explicaciones
	23	Interés y el trato personal
GINECÓLOGO	25	Ayuda y apoyo con las respiraciones y la relajación
	27	Tiempo empleado durante la dilatación
	29	Actitud
	31	Sensibilidad ante las necesidades
	33	Ayuda y el apoyo en el uso de distintos métodos para aliviar el dolor
	18	Cuidados físicos
GLOBAL	20	Conocimientos, capacidad y competencia profesional
	22	Información y explicaciones
	24	Interés y el trato personal
	26	Ayuda y apoyo con las respiraciones y la relajación
	28	Tiempo empleado durante la dilatación
	30	Actitud
	32	Sensibilidad ante las necesidades durante el parto
	35	Atención recibida durante el parto
	36	Satisfacción con la experiencia del nacimiento del bebé

ANEXO III. Respuesta de la consulta realizada al Comité Ético de Investigación y Comité Ético de Investigación con Medicamentos de Cantabria.



**COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN
CLÍNICA DE CANTABRIA
IDIVAL**



CRISTINA IRENE CAMPO HOYOS, Secretaria/a del COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE CANTABRIA

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta del Investigador Principal del estudio:

TÍTULO: Satisfacción materna en el área de partos de la Residencia Cantabria según la Escala Mackey (Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale).

TIPO DE ESTUDIO: Proyecto de Investigación (Código interno: 2014.136)


y considera que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto, teniendo en cuenta los beneficios esperados.
- La capacidad del investigador y sus colaboradores, y las instalaciones y medios disponibles, tal y como ha sido informado, son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Se puede realizar el proyecto sin necesidad de obtener un consentimiento informado individualizado.

Este CEIC, emite un informe **FAVORABLE** para que dicho estudio sea realizado en el **HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA**, actuando como investigadoras principales Dña. **MARTA LOPEZ MIRONES**; **ALICIA ALONSO SÁLCINES**; **OHANE TERAN MUÑOZ**.

Como queda reflejado en el Acta: 24/2014.

Lo que firmo en Santander, a **01 de agosto de 2014**



CRISTINA IRENE CAMPO HOYOS
Secretaria/a del CEIC

Edificio P3WAY, 3ª Planta • Avenida General Herrera Orosa s/n • 39011 SANTANDER (Cantabria)
 Tfno: 942 215 515 • Fax: 942 215 217 • www.idival.es • e-mail: idival@idival.es y idival@idival.es@idival.org



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Una mirada profesional sobre la enfermería escolar

Autora:

Laura García Blanco⁽¹⁾

⁽¹⁾ Graduada en Enfermería. Enfermera Escolar de la de la Fundación de Enfermería de Cantabria. Colegio de Enfermería de Cantabria. España.

*Dirección para correspondencia:
lauragblanco@hotmail.es*

Recibido: 8 de diciembre de 2016
Aceptado: 11 de abril de 2017

RESUMEN

Este estudio pretende dar a conocer la perspectiva de una maestra de Educación Infantil acerca de los cambios aportados por la figura de la enfermera escolar en un centro educativo tras el primer año de pilotaje del Proyecto de Enfermería Escolar desarrollado por la Fundación de Enfermería de Cantabria. Para ello, se llevó a cabo una entrevista semiestructurada a través de la cual se exploraron sus pensamientos y vivencias, para comprender más fehacientemente, si cabe, aquellos aspectos que involucran y atañen a los docentes, al convertirse la enfermera escolar en un miembro más de la comunidad educativa. Ella relata su experiencia personal y profesional en relación al afrontamiento de los problemas de salud y la educación para salud en el aula, y cómo valora el impacto generado por la inclusión de la enfermera escolar en la comunidad educativa. En definitiva, el discurso pone de manifiesto el valor añadido que aporta la enfermera escolar como miembro de esa comunidad que, sin duda, redundará en la calidad de la educación.

Palabras clave: servicios de enfermería escolar, salud escolar, servicios de salud escolar, docentes, investigación cualitativa

ABSTRACT

This study attempts to make known an preschool teacher perspective about changes, which are provided by the figure of a school nurse in a School Center. This research was made after the first year of School Nursing pilot project developed by the Cantabria Foundation of Nursing.

A semi-structured interview was carried out in order to explore their thoughts and their experiences and getting a better understanding, if any, on those aspects that involve and concern teachers, when the school nurse becomes a member of the educational community.

She talks about her personal and professional experience dealing with health problems and health education within the classroom. She also assess the impact generated by school nurse's inclusion in the educational community.

Thus, the speech highlights the added value that school nurse brings as a member of that community, which undoubtedly is better for a quality education.

Keywords: school nursing, school health, school health service, faculty, qualitative research

INTRODUCCIÓN

Desde las últimas décadas del pasado siglo, los centros educativos se han convertido en un espacio fundamental para el desarrollo de la Educación para la Salud. Además de impartir conocimientos sobre diferentes áreas académicas, en las aulas se ha detectado la necesidad de formar a los alumnos para poder llevar a cabo unos hábitos y conductas responsables, que promuevan su salud y les permitan mantener una calidad de vida óptima⁽¹⁻⁴⁾.

Actualmente, la comunidad educativa y, más concretamente los alumnos, deben ser capaces de adquirir capacidades que les permitan comportarse con libertad, tolerancia y responsabilidad, valorando críticamente los hábitos sociales relacionados con la salud. Esta preceptiva se recoge en las leyes de Educación desde 1994, año en que se publicó la primera Ley de Salud Escolar, según la cual, es competencia de los profesionales sanitarios "...garantizar los medios necesarios para la formación del profesorado en la Educación para la Salud (EpS), como aspecto transversal de los currículos de todos los niveles educativos"⁽¹⁻⁸⁾.

Pese a ello, la figura de la enfermera escolar en España no se encuentra normalizada en las Comunidades Autónomas de una manera homogénea, si bien es cierto que está considerado un perfil profesional emergente, disponiendo ya algunas provincias de programas de salud escolar y de estrategias para capacitar a profesionales de enfermería en las competencias necesarias para desempeñar su actividad en las escuelas, tal y como ocurre ya en países del entorno europeo, como Francia, Inglaterra y Suecia, y en otros como por ejemplo Estados Unidos, donde las enfermeras escolares cuentan con una larga trayectoria histórica y un reconocimiento social importante^(1,4, 9-15).

Existen diversas asociaciones a nivel autonómico y estatal que velan por los profesionales enfermeros que desarrollan su rol en este ámbito y luchan por defender la legitimidad de esta figura⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. En la Comunidad Autónoma de Cantabria, la Fundación perteneciente Colegio Oficial de Enfermería inició durante el curso 2014-2015 el pilotaje de un proyecto de carácter científico, con la misión de extraer resultados futuros que permitan avanzar en la implantación de la enfermería escolar en la región^(1, 4, 15, 19).

En la práctica, es un hecho que los niños y jóvenes pasan casi la mitad de su tiempo de vigilia en la escuela donde, a pesar de que se realiza un importante trabajo de educación relacionada con temas de salud, el docente se ve, con frecuencia, desbordado al tratar temas relacionados con ésta. Completar el equipo educativo con la incorporación de un profesional del cuidado supone, *a priori*, hacer una apuesta por la calidad de la educación para la salud puesto que, además, el propio profesorado de los centros educativos está interesado en aprender cómo procurar un ambiente escolar saludable y seguro para sus estudiantes^(11, 20-22).

Por otro lado, la presencia de una enfermera otorga tranquilidad difícilmente medible de un modo objetivo, pero que subjetivamente proporciona la suficiente confianza y libera a los docentes de tareas para las cuales no están profesionalmente cualificados como, por ejemplo: atender una situación de urgencia vital o prestar los cuidados pertinentes a un niño con un proceso crónico de salud, entre otras^(11, 23-25). Para las familias, también supone una garantía en el cuidado y la promoción de la salud de sus hijos, además de contribuir a conciliar la vida familiar y laboral ya que la enfermería escolar reduce el absentismo escolar, en el sentido de que atiende necesidades de salud

durante la jornada que anteriormente suponían una derivación inmediata de los alumnos a los servicios sanitarios de atención primaria o, en el caso de los aquellos escolares afectados por enfermedades crónicas, la supervisión familiar para llevar a cabo el control de las mismas (por ejemplo, en alumnos con diabetes o asma)^(1, 11).

Por estos motivos, la enfermería escolar es una necesidad sentida y demandada por la comunidad educativa, en la que se engloban tanto a los alumnos y sus familias, como a los profesionales docentes y no docentes de los centros. En definitiva, el fin no es otro que contribuir al pleno desarrollo y al máximo bienestar físico, mental y social de dicha comunidad, a través de una apuesta por la eficacia y eficiencia de los cuidados orientados a la salud que se prestan en un marco tan idóneo como resulta el ámbito educativo, donde es posible educar desde las etapas más tempranas de la vida para crear actitudes y hábitos propios de un comportamiento saludable⁽¹⁾.

JUSTIFICACIÓN

Dado el escaso conocimiento sobre la figura de la enfermera escolar y la exigua literatura sobre su práctica profesional, este trabajo está justificado al explorar la percepción de profesionales docentes en el ámbito escolar poniendo en valor el rol enfermero, su desempeño en este campo y la implicación en el equipo docente.

El estudio se ha realizado en el contexto del Proyecto de Enfermería Escolar desarrollado por la Fundación de Enfermería de Cantabria⁽¹⁾, el cual comienza su andadura el día 1 de octubre de 2014 en cuatro centros educativos de la Comunidad Autónoma⁽¹⁹⁾.

OBJETIVO

Objetivo general:

Relatar la perspectiva de una maestra de Educación Infantil acerca de la Enfermería Escolar.

Objetivos específicos:

- 1) Explicar sus pensamientos y vivencias, en relación al proyecto de Enfermería Escolar de Cantabria.
- 2) Describir aquellos aspectos que involucran y atañen a los docentes, al aceptar a la enfermera escolar como un miembro de la comunidad educativa.

METODOLOGÍA

Dada la naturaleza del objetivo de este trabajo, se optó por utilizar una metodología cualitativa descriptiva para el diseño de la investigación. La técnica de producción de datos empleada fue la entrevista semiestructurada. El análisis de discurso se hace bajo la perspectiva del constructivismo que considera a los seres humanos como conocedores de su realidad.

El estudio tuvo lugar durante el mes de diciembre de 2015, realizándose durante este periodo la entrevista a la considerada informante clave, la cual fue seleccionada por conveniencia,

de entre el cuerpo docente de los centros educativos adscritos al proyecto de Enfermería Escolar en dicho momento. Ella es maestra en un centro público de Educación Infantil y Primaria, perteneciente al ámbito rural y en las próximas líneas nos referiremos a ella como "Ana", a efectos de preservar su privacidad. Ana cuenta con una experiencia profesional de 11 años, habiendo comenzado a trabajar de maestra en las aulas de 2 años (a sus 23), y prestando servicios actualmente en los cursos de infantil correspondientes a 3, 4 y 5 años.

La entrevista tuvo una duración aproximada de 50 minutos. Se realizó en una de las aulas del centro educativo y no estuvo exenta de diversas interrupciones acaecidas por alumnos y otros compañeros.

El discurso se grabó empleando una grabadora de voz, previa aceptación a través de la firma de un documento de consentimiento informado y garantizando su privacidad, según estipula la Ley Orgánica 15/1999 sobre la protección de datos de carácter personal⁽²⁶⁾. La participación en el estudio fue libre, informada y voluntaria, conociendo la informante los potenciales riesgos y beneficios asociados al mismo, así como la posibilidad de revocar su decisión a participar en cualquier momento sin ningún tipo de perjuicio para su persona.

Posteriormente, se procedió a la transcripción literal de la narración, su análisis cualitativo y de interpretación, cuyos resultados se reflejan en el relato, separados en diversas categorías temáticas elaboradas al efecto para clasificar los diferentes contenidos destacados de la narrativa de la informante. Una vez transcrito el relato, se empleó el método de la triangulación con la informante para comprobar si representaba aquello que había querido decir.

Por último, cabe destacar que, a pesar de que la entrevista comenzó en un tono formal que aportó rigurosidad al proceso de la investigación reflejando su visión, un receso en la conversación, y cuando la entrevista parecía darse por finalizada, hizo que la informante comenzase a narrar su propia experiencia, cambiando el tono de la conversación, hacia una visión mucho más introspectiva y personal, que también se incluye en el relato.

RESULTADOS DE LA ENTREVISTA: RELATO

Se presenta la entrevista agrupada por categorías.

Conociendo a Ana.

"Llevo desde los 23 años, más o menos, trabajando; o sea, que ya hace unos 11 años que soy maestra. Al principio estuve en aulas de 2 añitos y ya, posteriormente, empecé en las de 3, 4 y 5. Estuve en 2 años hasta que cambió la ley y se redujo la jornada a un tercio".

La realidad de las aulas en un colegio ordinario.

"Lo que veo en las aulas es que es necesario que haya una figura que esté presente en el colegio cuando hay algún tipo de accidente en clase. Por ejemplo, cuando estaba en dos años, no había problema porque estaba la técnico y, a una vuelta, los puedes dejar con ella. Pero si estás en clase y hay un accidente..., los niños no se pueden quedar solos".

"En dos años me pasó que un niño tuvo un accidente: resbaló y se partió una ceja, y hubo que darle puntos. Si hubiese

estado una enfermera en ese momento, la situación hubiese sido distinta: te tranquiliza un montón... y es que en un colegio siempre hay accidentes, pequeños o grandes, pero siempre hay. Si contamos con un experto, lógicamente vamos a estar mucho más tranquilos, tanto los padres como los que trabajamos en el colegio”.

“Incluso cuando un niño se pone con fiebre o está pachucho, que no sabes muy bien si es que está haciendo mañas o realmente tiene algo más... pues también es importante”.

“Yo he oído a compañeras que, cuando ha habido el accidente, sienten mucha más tranquilidad. O sea, es que da seguridad, que encima la tranquilidad que transmites, que sabes lo que está pasando, si es grave o no es grave, cómo actuar... que muchas veces nosotros nos podemos bloquear y tú (enfermera), como profesional, nos puedes dar una directrices y decirnos qué es lo que hay que hacer en ese momento. Te quedas mucho más tranquilo”.

“Por otro lado, a la hora de trabajar en el currículum de Educación Infantil, lo que son los temas de salud, se trabajan de una forma globalizada. Si bien es cierto que en algunos trimestres vienen algunos temas un poco más específicos, lo que se intenta es trabajar un poco a diario, de forma un poco general: hay que tener unos hábitos de higiene como lavarse las manos, lavarse los dientes... que hay muchos que cumplen y otros que no.

Por eso pienso que, a parte del hincapié que hacemos dentro del aula como maestras, sí que es importante que alguien experto, como una enfermera, nos diga cómo les podemos contar cual es el riesgo de que ellos no se cuiden... así como el que también se trabaje fuera del ámbito, o sea, de lo que es el horario de clase... con los padres, para reforzar la conducta de los niños. Y, por eso, también veo como muy positivo el que esté una enfermera en el colegio”.

La opinión de los maestros.

“Como coordinadora de ciclo, hablamos de ello en la reunión que tuvimos durante el curso y todo infantil estamos de acuerdo en que debe de existir la figura de la enfermera escolar, porque tanto mis compañeras como yo vemos que es importante y se han dado casos en el colegio en los que ha sido fundamental el que haya esta figura en el cole”.

“Partiendo simplemente de los materiales que teníamos en el botiquín... que estaba vacío... y nadie teníamos idea ni de cómo se utilizaban: en caso de que hubiera algún accidente nadie sabía utilizarlos correctamente. Lo positivo es que la enfermera nos ha enseñado a utilizarlos ¡y a reponerlos!

Luego, particularmente las charlas las veo fundamentales, porque había muchos aspectos que desconocíamos de enfermedades que podían tener los niños, que son comunes, como el asma o ataques epilépticos y ninguno sabíamos cómo había que reaccionar. Eso nos da una seguridad bastante grande en ese aspecto.

Y, encima, pudiendo contar con que muchos temas que igual van surgiendo a lo largo del currículo los pueda explicar una enfermera que sabe de lo que está hablando, y se lo pueda contar a los niños... vamos, es vital”.

“Lo único que yo veo como aspecto a mejorar es que, si pudiese ser, que estuvieseis más horas, o sea todas la horas lectivas, y la misma profesional en el mismo centro. Una jornada completa. Y que siempre estuvieseis presente.

La verdad es que, tanto en la memoria final de curso, como

en general con las reuniones que hemos tenido, todas (hablo en este caso de Infantil, porque somos las que lo hemos hablado) estamos muy contentas... yo antes no tenía esta experiencia, pero ahora veo que es imprescindible la figura de una enfermera dentro del centro porque a cualquier accidente que va a haber en clase, que es el día a día, siempre vas a tener ahí una persona que te va a ayudar a resolver el problema con la tranquilidad de que todo va a salir bien”.

Lo que se observa en los alumnos.

“Los niños saben que hay una enfermera en el cole y también a ellos les da tranquilidad. El otro día se mareó una niña y ya preguntaron por la enfermera para ver si su compañera estaba bien o no. O sea, que para ellos también es importante.

Encima les gustan las actividades y la explicación va a ser siempre mucho mejor que la que le podamos dar nosotros que no tenemos toda esa información de la carrera universitaria”.

La significación de la familia: una vivencia personal.

“A título personal, cuando yo tenía 14 años y estaba en el colegio, tuve problemas con la alimentación; y sí que es cierto que en aquella época no se conocía el problema en sí, pero en el colegio no lo supieron tratar. Era algo evidente, porque el deterioro físico era bastante notable.

Lo que hicieron fue empezar a hablar a los niños de forma generalizada del problema... que la gente que no come... que eso es que tiene algún problema... llevando artículos... haciendo que yo me sintiera mal: no quería ir al colegio. Si hubiese habido una enfermera que hubiese hablado del tema con conocimiento de causa (¡incluso con mis padres!), y que no me hubieran señalado, como hicieron todo ese curso... me hubiese ayudado mucho. Por eso yo creo que es imprescindible que en los colegios se hable de este tipo de problemas, porque no es solo que quieras bajar de peso... es que a veces hay un trasfondo que no se sabe...

[...] Yo hubiese echado de menos, que en la etapa del colegio, que era la EGB antigua, a mí me hubiesen ayudado con este problema. Y ahora que veo que en el colegio estáis hablando sobre ello, me parece que es de suma importancia porque podéis atajar problemas antes de que realmente eso vaya a más.

Siempre hay una parte psicológica, pero también hay una parte en la que tienes que aprender a comer y, entonces, necesitas a alguien ahí que te diga: puedes comer esto, esto es saludable, esto no... O esta conducta alimenticia no es saludable... Yo creo que hay mucho en lo que se puede ayudar, porque es algo que tiene que ser diario... hábitos... Por lo que me parece fundamental que desde Infantil se empiece a hablar de la alimentación, porque en esta etapa ya comienzan a surgir los conflictos de este está gordito o no está gordito.

En mi caso no era por ese tema, pero yo creo que es importante, porque también hay muchas madres (en mi caso era así) que igual no quieren que sus hijos engorden mucho, les obsesionan con lo que tienen que comer y al final producen el efecto contrario... en este cole hay un caso de obesidad en infantil y yo creo que también hay que educar a los padres para que los niños salgan adelante.

O sea, lo primero los padres, porque yo creo que es el principal centro con el que hay que trabajar”.

“... y se nota. Todo lo que estás trabajando se nota. Será poco a poco, porque no vas a cambiar un hábito en dos días. Además,

yo he oído comentarios muy positivos acerca de las charlas que has dado”.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A pesar de su trayectoria profesional, el curso pasado fue la primera vez que Ana tuvo la oportunidad de contar con un profesional del cuidado en su lugar de trabajo. El relato transmite que la enfermera es una figura profesional indispensable en el medio escolar. No se trata de crear una nueva necesidad sino de completar un espacio profesional en el equipo docente que está sin cubrir en el contexto escolar.

El discurso pone de manifiesto el valor añadido que aporta la enfermera escolar como miembro de esa comunidad, que sin duda, redundará en la calidad de la educación. Su presencia es “vital”, en lo relativo a la atención a situaciones de salud y a la transmisión de habilidades, conocimientos, conductas y hábitos que conciernen a la salud infantil y que perdurarán en la edad adulta.

Normativamente, los temas relacionados con la salud se trabajan ampliamente en todas las etapas educativas, aunque siempre adaptados conceptual y metodológicamente a las herramientas disponibles y al grado de desarrollo cognitivo de los alumnos de cada nivel. Al contar con un profesional experto en materia de salud, en este caso, que no sólo trabaje directamente con el alumnado, sino que también oriente la labor del cuerpo docente, se produce una mejora los estándares de eficacia y eficiencia en todas las intervenciones desarrolladas al efecto.

La figura de la enfermera en el medio escolar, es reconocida por los propios alumnos y por lo docentes como un ente educativo y un referente en salud. En la práctica, todas las intervenciones que esta realiza en materia de promoción para la salud y de prevención se orientan a la comunidad educativa en su conjunto, si bien es cierto, resulta difícil el acceso a las familias y, la implantación de estrategias para mitigar esta limitación, se plantea como un reto futuro.

Con todo ello, se recoge una visión que refuerza la teoría extraída del material bibliográfico acerca de la necesidad sentida por la comunidad educativa de contar con un profesional del cuidado en los centros escolares.

AGRADECIMIENTOS

Sin duda alguna, la investigación cualitativa carece de sentido sin la implicación de los participantes. Es por ello que considero fundamental dirigir a ellos todos los agradecimientos y, en este caso concreto, a “Ana”, compañera de trabajo y gran profesional, quien ha compartido desinteresadamente sus experiencias, mostrando una fortaleza inigualable al hacerlo. Gracias.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Ruiz Iglesias L, Cardeñoso Herrero R, Elena Sinobas P, Fernández Carreras R. Proyecto de Enfermería Escolar. Santander: Fundación de Enfermería de Cantabria. 2014.
- (2) Educación. Ley Orgánica 2/2006 de 3 de mayo. Boletín Oficial del Estado, nº 106, (4 de mayo de 2006).
- (3) Para la Mejora de la Calidad Educativa. Ley Orgánica 8/2013 de 9 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 295, (10 de diciembre de 2013).
- (4) García Blanco L, Pérez Velasco P. Enfermería Escolar: descubrir quienes fuimos para comprender quienes somos. En: XIV Congreso Nacional y IX Internacional de Historia de la Enfermería. Santander; Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria; 2015. p. 671-675.
- (5) Salud Escolar. Ley 1/1994 de 28 de marzo. Boletín Oficial del Estado, nº 107, (5 de mayo de 1994).
- (6) Ordenación General del Sistema Educativo. Ley Orgánica 1/1990 de 3 de octubre. Boletín Oficial del Estado, nº 238, (4 de octubre de 1990).
- (7) Calidad de Educación. Ley Orgánica 10/2002 de 23 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 307, (24 de diciembre de 2002).
- (8) Gómara I, Reparáz C, Osorio A, De Irala J. La educación sexual en los textos escolares españoles: evaluación de un texto alternativo. Estudios sobre la educación. 2010; 18: 139-164.
- (9) Corominas P, Prats R, Coll M. Programa Salut i Escola. Guid d'implantació. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. 2008.
- (10) Ortiz MM, Ávila JA, Fernández F, García Caro Y, Medina JL, Juárez F et al. Perfil profesional de la enfermera escolar [monografía en Internet]. Valencia: Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar; 2009 [acceso 10 de abril de 2017]. Disponible en: <https://www.fedesp.es/bd-documentos/9/PERFIL-DE-LA-ENFERMERA-ESCOLAR.PDF>
- (11) García Blanco L. Cuidados a alumnos con procesos crónicos. Proyecto de Enfermería Escolar. Fundación de Enfermería de Cantabria. Santander; 2014.
- (12) Arancón Carnicero C. Enfermera escolar “dextra” enfermera comunitaria. Rev ROL Enf. 2010; 33 (1), 28-29.
- (13) Main M. Enfermería escolar en Escocia. En: I Congreso Nacional Enfermería y Salud Escolar. La escuela: Un escenario de desarrollo profesional. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA); 2008. p. 35-36.
- (14) Juan I. Enfermería escolar en Francia. En: I Congreso Nacional Enfermería y Salud Escolar. La escuela: Un escenario de desarrollo profesional. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA); 2008. p. 27-30.
- (15) Melin T. La enfermera y el médico escolar: una parte del trabajo de salud pública en Suecia. Adolesc Latinoam. 2000; 2 (1): 23-25.
- (16) Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar [sede web]. Madrid: sce3.com. [actualmente en mantenimiento, acceso el 6 de Diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.sce3.com/>
- (17) Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos [sede web]. Madrid: amece.es. [acceso el 3 de Diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.amece.es/>
- (18) Sociedad Científica Enfermería Escolar de Cantabria [sede web]. Santander: soceec.com. [actualizada en noviembre de 2016, acceso el 3 de Diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.soceec.org/>
- (19) Proyecto de Enfermería Escolar de Cantabria [sede web]. Santander. [Actualizada en diciembre de 2016; acceso el 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: www.fundacionenfermeriacantabria.org/enfermeriaescolar
- (20) Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Ginebra: OMS; [acceso el 6 de Diciembre de 2015]. School and youth health. What is a health promoting school? [1 pantalla]. Disponible en: http://www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/
- (21) Rojo Durán RM, Merchán Felipe MN, Galindo Casero A, Rodríguez-Arias Espinosa CM, Caballero Barrantes M, Gómez Recio S. La educación para la salud en la escuela y las enfermeras, ¿un escenario de desarrollo profesional? En: I Congreso Nacional Enfermería y Salud Escolar. La escuela: Un escenario de desarrollo profesional. Alicante: Consejo de

Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA); 2008.

(22) Sánchez Moñino T. Educación para la salud en centros docentes no universitarios. En: I Congreso Nacional Enfermería y Salud Escolar. La escuela: Un escenario de desarrollo profesional. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA); 2008. p. 45-51.

(23) Rodríguez Soriano S del C, Martínez Muñoz V. Procesos crónicos en la escuela. *Metas de Enferm.* 2013; 16 (2): 72-76.

(24) Saavedra Tomás T. Enfermería escolar: la sociedad demanda y los padres exigen. ¿La administración responde? En: I Congreso Nacional Enfermería y Salud Escolar. La escuela: Un escenario de desarrollo pro-

fesional. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA); 2008. p. 69-71.

(25) Gómez Manchón M, Gómez Carrasco JA, Ramírez Fernández J, Díez Fernández T, García Frías E. Necesidades del niño escolarizado con Diabetes Mellitus. Visión de padres y profesores. *AnPediatr (Barc)*. 2009; 70 (1): 45-52.

(26) Protección de Datos de Carácter Personal. Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 298, (14 de Diciembre de 1999).



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

La otra cara de la vida. Mi relato

Autora:

Tamara Cobo Cobo ⁽¹⁾

*⁽¹⁾ Centro de Salud San Vicente de la Barquera
Cantabria. España.*

*Dirección para correspondencia:
tamaracobo1989@gmail.com*

Recibido: 2 de junio de 2016
Aceptado: 4 de mayo de 2017

RESUMEN

Resulta imprescindible, para los profesionales, el conocimiento de contextos en los que se desarrolla la clínica asistencial, debemos explorar más allá de lo encontrado en las llamadas evidencias científicas de la literatura publicada.

La clínica de los cuidados enfermeros se desarrolla, frecuentemente, en contextos complejos y en ambientes particulares de la vida de las familias a las que las enfermeras atienden. Se trata de ambientes desconocidos en los que, en ocasiones, es difícil desenvolverse para la ejecución de los cuidados cuando se desconoce las dinámicas familiares.

Por lo tanto, es imprescindible conocer esas dinámicas dado que condicionarán un resultado de los cuidados holísticos óptimos. Solo a través de la investigación cualitativa se pueden explorar, en profundidad, aspectos y matices relacionados con la complejidad de la raigambre familiar en los entornos domiciliarios.

El relato que se presenta, da respuesta a algunos de los interrogantes que se puedan plantear en entornos domiciliarios con familias de similares características, bajo el prisma de una enfermera y nieta del paciente terminal; muestra las vivencias, los sentimientos, los obstáculos y las dificultades en la toma de decisiones ante esta doble vertiente familiar y profesional.

Se puede afinar que lo vivido, contribuye al crecimiento personal y enriquece profesionalmente.

Palabras clave: investigación cualitativa, enfermeras, servicios de atención de salud a domicilio, muerte, familia

ABSTRACT

It is essential to professionals, the knowledge of the contexts in which health care practice takes place. We need to have gone beyond what is known as published scientific evidences.

Clinical nursing care is often developed in complex contexts and particular family environments whose nurses support them. These are unknown environments in which is also sometimes difficult to cope with implementation of care when family dynamics are unknown.

Therefore, these dynamics must be known because they will determine optimal holistic care outcomes. Only with qualitative research can be explored in depth, aspects and nuances related to complexity of family roots in home environments.

The report gives answer of some questions that may take place in home environments with households with similar characteristics, on the basis of a nurse and granddaughter of a terminal patient. It shows experiences, feelings, obstacles and difficulties in decision-making from two points of view: personal and professional.

It can be asserted that her experience contributes to personal growth and professional enrichment.

Keywords: qualitative research, nurses, home health care services, death, family

INTRODUCCIÓN

El caso clínico que se expone solo puede ser investigado con la profundidad que se requiere a través de la investigación cualitativa⁽¹⁾.

Los profesionales clínicos asistenciales precisan conocer, a través de la investigación, la complejidad de las personas⁽²⁾ a las que se atienden y de sus problemas, creencias y vivencias con el fin de lograr una atención holística adecuada a sus necesidades. La sociedad multicultural actual con sus complejidades obliga a adquirir estos conocimientos que, a veces, no son aportados por la literatura disponible.

El desarrollo de los cuidados enfermeros no está exenta de estas complejidades y se desarrolla, frecuentemente, en contextos complejos y en ambientes particulares de la vida de las familias a las que las que se atiende. Se trata de ambientes en los que, en ocasiones, es difícil desenvolverse para la ejecución de los cuidados cuando se desconoce incluso, las dinámicas familiares⁽³⁾.

El presente relato trata sobre un proceso de enfermedad que estuvo vinculado a la atención prestada por "la unidad asistencial de Cuidados paliativos"; siendo estos, servicios de los equipos sanitarios que ayudan a las personas y sus familias a lograr un 'buen morir'^(4,5). El objetivo de su asistencia es brindar con-

suelo y paz a la persona y a las familias que desean permanecer cerca del paciente moribundo en los momentos cercanos al final de la vida. Se incluyen además, los orientados al apoyo psicológico, a la comunicación, al alivio del dolor y a aportar confort y seguridad al paciente⁽⁵⁾.

Se debe considerar que esta investigación se caracteriza por la presencia de la autora, enfermera y nieta del paciente moribundo.

Además, la influencia del vivir a lo largo de los días, los sentimientos contrapuestos de las personas más cercanas que desean que esa situación de sufrimiento espiritual finalice y por otro, no quieren desprenderse de esa persona tan querida y que la muerte arrebatara⁽⁵⁾.

En estas situaciones, todos -las personas más próximas-, desean que la muerte se produzca como consecuencia del orden natural de la vida, en el caso expuesto llegó a los 89 años y con una vida plena y feliz y parece que esto (el que se produzca la muerte en esta situación), es considerado socialmente como "ley de vida".

Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es contribuir al conocimiento⁽⁶⁾, presentando, explorando y analizando las emociones, las vivencias personales, el desempeño del doble rol (enfermera y nieta) en una posición de total implicación requerida por la propia familia y para contextos de familiares similares en los

que el enfermería desempeña un importante rol en el entorno holístico de los cuidados generales y paliativos específicamente⁽⁷⁾.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio cualitativo descriptivo, realizado en formato de autorrelato desde una doble mirada como nieta del paciente moribundo (el Abuelo) y como enfermera.

El análisis de discurso se hace bajo la perspectiva del constructivismo que considera a los seres humanos como conocedores de su realidad y con el fin de sacar a la luz una realidad social, que en ocasiones, resulta invisible.

La riqueza del relato, ha obligado a realizar una síntesis del discurso con el fin de exponer lo relevante.

Sirva este relato para el enriquecimiento del conocimiento profesional a través del calado de esta experiencia personal y profesional.

RESULTADOS. RELATO

“Relataré mi experiencia en este contexto, con la doble mirada de nieta y enfermera y un párrafo final con el sentir desde ambas miradas”.

Mi mirada como nieta

“El comienzo”

“Tengo 27 años y hasta los 25 he vivido en la casa unifamiliar de mis padres y abuelos. Mi relación con estos ha sido muy estrecha a lo largo de mi vida. Somos una familia muy unida”.

“Un día Ángela (mi prima -vive con los abuelos-) me dice que el Abuelo orina sangre. Después de acudir a consulta, el urólogo les explica que “tiene una verruga en la vejiga y que eso le ha producido el sangrado”. El urólogo cita a sus hijos y les dice que “tiene un cáncer en la vejiga y parte de un riñón y que si fuese su padre no le operaría ni le daría ningún tratamiento porque era muy mayor y había mucho riesgo de que no aguante la cirugía”. A todos nos pareció la mejor opción puesto que no tenía dolor y no queríamos hacerle pasar por un proceso traumático”.

“A los 3 meses comenzó con fuerte dolor con la micción y en ese momento se inicia el proceso más doloroso. Tras varias idas y vueltas al hospital –este etapa fue dolorosa-, deciden colocarle una sonda vesical. En una de esas visitas y a petición nuestra, le derivaron al equipo de Cuidados Paliativos (CC.PP.) y, me alegré”.

“En la fase terminal de la enfermedad, los roles asumidos por cada miembro de la familia son los siguientes:”

“Mi madre, con su paciencia para todos y su sufrimiento interior -era su padre-, se ocupaba de toda la casa, cambiaba sus horarios de trabajo para poder estar con todos y era la que mejor entendía al Abuelo (tenía con él frases de despedida). Este Rol era fundamental ya que mi madre era el ojito derecho de mi abuelo y había mucha complicidad. Me parecía que era la persona que más le entendía y con la que se le hacía a él todo más llevadero, le calmaba, le hacía luchar y le mantenía fuerte.”

“La abuela, en ocasiones bloqueada por la situación, se encargaba de ‘sus tareas’ que fomentaban su participación. Además ayudaba en todo lo que podía, especialmente en aspectos

de la alimentación. La abuela siempre ha sido muy especial, luchadora, trabajadora y una excelente cuidadora, por lo que quién mejor para estar a su lado y contemplar el final de sus días, aunque no sabía cómo atenderlo en algunos momentos, ella siempre le proporcionaba la compañía y el no sentirse solo, han estado toda la vida juntos y él pensaba continuamente y así lo expresaba: “cuidarla cuando yo falte”. Era un rol fundamental”.

“Mi prima Ángela, la nieta que vivía con ellos desde hace unos años, jugó un papel también muy importante, y lo hizo realmente bien. La enseñé a todo lo relacionado con la administración de la medicación SC, a cómo hacerle los cambios posturales y al confort en general. Ese era su rol, porque era la más indicada para él, entendía a la perfección cuando y como poner la medicación pautaada y de rescate cuando yo no estaba, además de cuidarle y darle mucho cariño. Éramos una piña, sobre todo mi madre, mi prima y yo”.

“También estaba mi tío Carlos y el resto de mis primos, que acudían al domicilio siempre que podían, él se alegraba muchísimo de verlos. Tenía largas conversaciones con mi tío ya que compartían una afición, la caza. En ese momento mi abuelo se olvidaba de todo el proceso de la enfermedad, por lo que el rol de mi tío era muy importante a nivel psicológico, así como el de mis primos que se le iluminaban los ojos al verles, le colmaban de besos y alegría”.

“Y finalmente estoy yo... su nieta la mayor, la que ha vivido con él desde que nací, mi abuelo era muy especial para mí, no recuerdo que nunca me riñese... es más, siempre me daba muy buenos consejos porque yo me he criado con ellos, mis segundos padres.

Por mi trabajo y la experiencia que adquirí cuando trabajaba en paliativos sabía como iba a desencadenar la enfermedad... Yo tenía una frase en mente siempre: “...que no sufra, que no pase dolores y que este en su casa que era su deseo rodeado de las personas que tanto le queríamos”; he hice todo lo que estuvo en mi mano para conseguirlo.

Pasado el tiempo tengo recuerdos preciosos sobre él, pero siempre de momentos buenos, como cuando llegaba a casa, le daba un beso y me saludaba sonriendo sentado en el sofá mientras veía los deportes en la tele...su cara, su sonrisa de pillo...creo que al haberle ayudado a morir en paz y tranquilidad, eso ha hecho que yo haya borrado esos últimos momentos amargos y pueda tener una imagen tan bonita en mi cabeza.

Sin duda el momento de la sedación fue uno de los más angustiosos para mí, pero sabía que era lo correcto y él mismo me hizo un gesto para que calmase esa agonía extortora.

Toda la vida me han cuidado, enseñado y educado mis abuelos y ahora era y es (ahora con mi abuela) el momento de yo ayudarles a ellos y que no les falte de nada, la vida es un ciclo que para que todo vaya bien hay que seguir.

“Etapa terminal”

“El carácter del Abuelo fue bueno, afable y generoso. Cuando por la enfermedad se veía impotente aparecía el enfado, respondía de mal modo, consciente de que esto, no mejoraba la situación. Incluso se preguntaba porque no le quitaban ‘la verruga de la vejiga’”.

“Tras la sedación el Abuelo murió. Me mantuve muy fuerte, pero el día que acudí al cementerio... al cabo de una semana, se me partía el alma, entonces fue el momento de llorar, pero..., así es el ciclo de la vida”.

“Ahora, observo a la abuela con su serenidad y con su carácter abierto; y comparto con ella su tranquilidad espiritual”.

“Mi madre es la persona que más le echa en falta junto con su otro hijo. Los dos eran muy “padreros”. Es reciente, y el recuerdo hace que se le pongan a mi madre los ojos vidriosos al hablar de él, yo sé que le echa mucho de menos, prefiere cambiar de tema para no ponerse más triste.

Después estamos los nietos que siempre que vamos a casa se habla de su recuerdo o de “el abuelo hacía esto o decía aquello...” “Siempre está presente y hablamos de él con toda naturalidad, porque no queremos que se nos borre todas esas cosas buenas de la mente, le añoramos.

Pasados los meses de la muerte, mi abuela ahora mismo se ha hecho mayor, la falta del abuelo también ha acarreado (como suelen decir) un deterioro para ella. Yo creo que le falta una parte de ella, en ocasiones me ha comentado cuando estamos solas que ella cree que siempre está con ella, en realidad, era su vida, al que cuidaba con mucha atención, su compañero de viaje durante años.

Yo, a veces miro el cielo y veo las estrellas pensando que una de ellas es el que me cuida y me protege desde el cielo.

Mi mirada enfermera

“Al derivarle a CC.PP., contacté directamente con el equipo: enfermera y médico -excelentes profesionales- humanos y cercanos. El Abuelo solo quería que vinieran a verle porque no tenía confianza en otros, dado que su experiencia con algunos profesionales había sido frustrante. Cuando acudieron yo había colocado la vía subcutánea (v.s.). Ese episodio coincidió con aquella noche tan tremenda, como ya se relató en la anterior publicación”.

“En adelante organicé y repartí las tareas del cuidado para cada miembro de la familia. Mi madre, mi prima y yo misma, los cuidados diarios y yo también lo cuidados especiales: sonda vesical y v.s. Mi tío acudía los fines de semana y de igual modo se ocupaba de los cuidados generales. A la abuela la eximí de estos cuidados y la encargue el cuidado de hacerle compañía constante su lado, dándole cariño”.

“Enseñe a mi prima la higiene, la movilización (pesaba 30 kg y, este cuidado, se hacía complicado) y la administración de los fármacos v.s. El Abuelo estaba consciente y cualquier movimiento le producía dolor. Pero... ella todo lo hacía con el máximo mimo y delicadeza”.

“Yo, por mi parte, acudía más tranquila a mi trabajo, sabiendo que el Abuelo estaba rodeado del máximo confort”.

“Un día reuní a toda la familia y les explique el probable desarrollo del proceso -ese día lloramos todos-. Yo, había trabajado en un equipo de CC.PP. y sabía como afrontar la situación clínicamente, pero, en esta circunstancia era el Abuelo (mi abuelo) y mis sentimientos eran de constante dolor por el importante deterioro progresivo y el sentimiento de pérdida. No obstante tenía claro que no quería que sufriera, estaría a su lado para hacerle el camino hacia la muerte lo más llevadero posible”.

“Llego el momento de la sedación. Un día llegué de trabajar y mi prima, con actitud pensativa, me dice: “al Abuelo le cuesta mucho respirar”. Le observe, vi su mirada perdida y con un hilo de voz me dijo: “Tamara, me ahogo” tocándose el estómago por dolor. Contacte con CC.PP. y... se decidió: era el momento de sedarle. Fue lo más duro y angustioso para mí. Sabía que iba a morir en unas horas, y además... yo, le administraba el tratamiento”.

“Aviamos a su hijo y acudieron con rapidez”.

“Solo fue necesaria una dosis, a las tres horas su corazón se paró. No fue traumático. Yo estaba lubricando sus labios y, dejo de respirar. Nos encontrábamos toda la familia a su alrededor, nos miramos, y nos despedimos de él. Dios se tenía que acordar de él, porque estaba... tremendamente deteriorado”.

“Mi mirada enfermera-nieta”

“Como enfermera-nieta, lo más duro fue el momento de la sedación, notas el papel que desempeñas a diario como enfermera en tus propias carnes y es como si te arrancasen una parte de ti. Sabes que estás haciendo un bien y que es lo que toca por las circunstancias, pero verse en esa situación con un ser querido se hace muy duro. Al fin y al cabo es una parte de ti que sabes que se acaba y que no va a volver.

Lo más doloroso es el observar el deterioro progresivo y diario, la persona que fue y en el que se ha convertido a raíz de la enfermedad. En este caso hubo mucho deterioro físico, pero su cabeza se conservó 100% hasta el último momento.”

“Es tormentoso, pero te paras a pensar y sabes que todo lo que está en tu mano es lo que estás haciendo, es lo que yo considero una muerte digna, morir sin dolor, rodeado de las personas que más quieres y en paz”. Creo que no se puede pedir más.

Si ahora me preguntases si haría algo diferente a lo que hice en su momento contestaría rotundamente que no, sé que le cuidamos con la mejor voluntad y lo mejor posible a mi abuelo y que los cuidados junto con el equipo de Paliativos fueron los mejores.

Creo que le supe devolver todo lo que él me dio durante toda la vida, y así lo haré con mi abuela.

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

El relato refleja las vivencias, los sentimientos, los obstáculos y las dificultades en la toma de decisiones ante esta doble vertiente familiar y profesional, en un entorno que quizá, fuera favorable para el afrontamiento de la muerte de un ser querido.

Esa doble mirada como enfermera y como nieta, es muy diferente a la clínica. Debido a mis conocimientos sobre el tema, yo jugué el rol de soporte y pilar de apoyo familiar.

Se resaltan algunos aspectos que pueden ser útiles para los profesionales

1.- Desde la mirada profesional, en aras al logro del confort del paciente moribundo y en base a la prestación del mejor cuidado, se debe destacar:

- La capacidad organizativa y de gestión de los cuidados de la enfermería profesional en el entorno familiar
- La enseñanza enfermera de los cuidados
- La empatía profesional
- La capacidad de dar respuestas a situaciones difíciles y dolorosas
- El prestar los cuidados específicos en cada momento del morir

2.- Desde la mirada familiar y a nivel domiciliario

- La implicación familiar tomando como prioritario la atención al enfermo.
- La serenidad, sin estridencias, de vivir la muerte del ser querido en el propio domicilio
- La tranquilidad espiritual en el duelo, tras la muerte

Los profesionales, deben prestar atención a su propio lenguaje que, en ocasiones, resulta poco clínico y muy lejano a la empatía deseada para la atención humana a las familias de los enfermos.

Se enfatiza como conclusión final que, lo vivido, contribuye al crecimiento como persona y enriquece profesionalmente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berger PL., Luckmann T. The social construction of reality. 1ª ed. EEUU: Penguin Books; 1966.
2. Martínez-Hernández A. Antropología Médica: Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. 1ª ed. Barcelona: Anthropos; 2008.
3. Ignorosa-Nava CA, González-Juárez L. Cuidados paliativos para una muerte digna. Estudio de un caso. *Enfermería Universitaria* [Internet]; 2014 [Consultado 1 de Diciembre del 2016]; 11(3):110-6. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-cuidados-paliativos-una-muerte-digna-S1665706314726740>
4. Estrategia en Cuidados Paliativos. Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
5. Mencía-Seco VM, Díez-Cagigal RA. Manejo del enfermo terminal en su domicilio. 1ª ed. Jaén: Alcalá Grupo Editorial; 2006.
6. Conde Gutiérrez del Álamo F. Análisis sociológico del sistema de discursos. Cuadernos Mitológicos Nº 43. 1ª ed Madrid: Cyan, S.A.; 2009.
7. Buisán R, Delgado JC. El cuidado del paciente terminal. *Anales Sis San Navarra* [Internet] 2007 [Consultado 5 de Abril del 2017]; 30(3): 103-112. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600008&lng=es.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

La ictericia neonatal y su abordaje desde Enfermería

Autores:

Leticia Martínez González⁽¹⁾

María Plaza Carmona⁽²⁾

⁽¹⁾Diplomada en Enfermería, Máster en innovación en ciencias biomédicas y de la salud. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España.

⁽²⁾Diplomada en Enfermería. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España.

*Dirección para correspondencia:
leticia.martinezgonzalez6@gmail.com*

Recibido: 15 de noviembre de 2016
Aceptado: 26 de diciembre de 2016

RESUMEN

La ictericia neonatal es un problema frecuente que causa importantes readmisiones a ingresos hospitalarios en los recién nacidos en los primeros días de vida.

El objetivo es conocer el estado actual de la hiperbilirrubinemia, principales complicaciones y los cuidados de enfermería.

Se realiza metodológicamente a través de una revisión bibliográfica mediante búsquedas en Medline/Pubmed, ScienceDirect y CUIDEN mediante la utilización de las siguientes palabras clave: "ictericia neonatal", "hiperbilirrubinemia neonatal", "incidencia ictericia neonatal".

La incidencia de la ictericia neonatal en 2009 en España, fue del 1,69 (x 10.000). Los principales tratamientos son la fototerapia, exanguinotransfusión y los fármacos. La enfermera es la encargada de aplicar correctamente la fototerapia, administrar la medicación y los cuidados del RN.

La hiperbilirrubinemia continua siendo una patología frecuente en el recién nacido y una de las principales causas de ingreso en unidades neonatales durante la primera semana de vida. El Kernicterus es la complicación más grave. Existe una elevada variabilidad de la incidencia de la ictericia neonatal; España tiene una incidencia baja de 1,69 casos por 10.000 en 2009.

Palabras clave: ictericia neonatal, hiperbilirrubinemia, Kernicterus, fototerapia

ABSTRACT

Neonatal jaundice is a common pediatric problem and it is the major cause for the hospital admissions and readmissions of neonates during the first few days of life.

The goal of this study is to know the current situation of neonatal hyperbilirubinemia, the major complication and nursing care.

Literature review was carried out by searching in Medline, PubMed, ScienceDirect and CUIDEN databases. The main terms used to literature search were "neonatal jaundice", "newborns' hyperbilirubinemia", "newborns' jaundice incidence".

The incidence of neonatal jaundice in Spain was 1.69/10,000 in 2009. The main treatments are phototherapy, exchange transfusion and drugs. Nurse is the responsible for applying phototherapy correctly, giving the medication and the care of the newborn.

Hyperbilirubinemia continues being a common pathology in newborns and a leading causes for admission to neonatal unit in the first few weeks of life. Kernicterus is the most severe complication. There is a high variability in the incidence of neonatal jaundice. Spain had a low incidence in 2009.

Keywords: neonatal jaundice, hyperbilirubinemia, Kernicterus, phototherapy

INTRODUCCIÓN

La ictericia neonatal (IN) es producida por una hiperbilirrubinemia como consecuencia de una inmadurez hepática e hiperproducción de bilirrubina. Es un signo clínico caracterizado por la coloración amarillenta de la piel, mucosas y fluidos corporales, debido al aumento de la bilirrubina en sangre. Se observa clínicamente cuando la bilirrubina sérica es superior a 5 mg/dl (85 μmol/L) en neonatos⁽¹⁾. Este aumento puede estar ocasionado por el incremento de la fracción indirecta no conjugada o a la fracción directa conjugada de la bilirrubina.

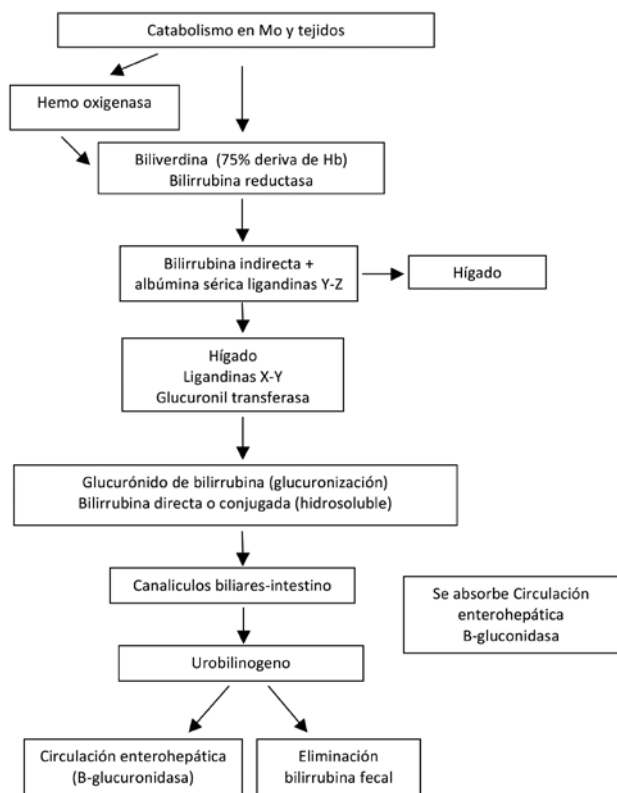
La bilirrubina se produce por la degradación del grupo hemo. La hemo oxidasa (HO) es la encima principal en este proceso catabólico, estando formada por tres isoenzimas: HO-1, HO-2 y HO-3. El grupo hemo, liberado de la sangre fetal degradada es un potente inductor de HO-1 en el periodo neonatal, siendo el responsable del aumento de los niveles séricos de bilirrubina y del desarrollo de hiperbilirrubinemia⁽²⁾. La disminución de los niveles de bilirrubina se consiguen mediante la inhibición de la expresión HO-1 o su de actividad enzimática. Actualmente existen numerosos estudios (1) sobre este tema, siendo la supresión de la enzima HO-1, una innovadora tecnología de ARN de interferencia, que utiliza un ARN bicatenario para inhibir específicamente la transcripción de un determinado tipo de genes⁽³⁾.

Sin embargo, la bilirrubina sérica, especialmente la bilirrubina indirecta puede producir estados patológicos, pudiendo alcanzar niveles muy elevados dando lugar a neurotoxicidad, es decir, Kernicterus, y en ocasiones, producir daño neurológico permanente o incluso la muerte⁽⁴⁾.

La hiperbilirrubinemia neonatal se debe a la acumulación de bilirrubina resultado de la alteración metabólica producida por diversos factores. Normalmente los niveles séricos de bilirrubina aumentan durante los 3-5 días después del nacimiento y después comienzan a descender⁽⁵⁾.

La producción de bilirrubina en el neonato está aumentada por dos motivos principales: el primero debido a la alta masa eritrocitaria del recién nacido (RN) (hematocritos de 61 %) y la vida media del eritrocito es de 90 días, comparada con los 120 días del adulto. En la mayoría de las ocasiones la hiperbilirrubinemia neonatal es fisiológica, sin embargo, sin un diagnóstico temprano y un adecuado tratamiento, los altos niveles de bilirrubina pueden llegar a dejar secuelas graves e incapacitantes que actualmente siguen observándose. Esto es debido a la neurotoxicidad y las alteraciones neurológicas como el Kernicterus (ictericia nuclear), la pérdida de audición, la atetosis y déficits intelectuales.

Figura 1. Metabolismo de la bilirrubina. Adaptado de Mazzi, 2005.



ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Aproximadamente entre el 60-70 % de los neonatos maduros y el 80 % de los inmaduros presentan este fenómeno.

Se analiza la presencia de ictericia neonatal en diferentes lugares a nivel mundial donde se observa como aproximadamente el 60 % de los RN (2,4 millones) en EEUU presentan IN cada año⁽⁶⁾ documentándose un 15,6 % de IN en los RN.

En el Reino Unido la incidencia de ictericia neonatal severa es de 7,1 casos por 100.000 nacidos vivos, con una incidencia de encefalopatía bilirrubina de 0,9 casos por cada 100.000 habitantes⁽⁷⁾. En Dinamarca se observó una incidencia de 1,4 casos por cada 100.000 RN a término o prematuros tardíos⁽⁷⁾. En Pakistán, la incidencia de ictericia neonatal fue de 39,7 casos por cada 1.000 habitantes⁽⁸⁾.

En España se aprecia como el Sistema Nacional de Salud cifra la incidencia de hiperbilirrubinemia neonatal en 1,93 casos por cada 10.000 habitantes en el año 2007; 2,05 casos por cada 10.000 en el 2008 y de 1,69 casos por 10.000 en 2009. Según esta misma fuente, en la Comunidad Valenciana la incidencia en el año 2007 fue de 1,94 casos por cada 10.000. En el 2008 fue de 2,10 casos por 10000 y en el 2009 de 1,56 casos por 10.000 habitantes. Finalmente, en el Principado de Asturias se analizó una incidencia de 5 casos por cada 1000 habitantes⁽⁹⁾.

Como se puede observar se trata de un cuadro clínico frecuente a nivel mundial y es la causa más común de ingreso hospitalario en las primeras dos semanas de vida⁽¹⁰⁾; así como la primera causa de reingreso en el periodo neonatal (primeros 27

días después del nacimiento)⁽¹¹⁾. Junto con la dificultad respiratoria, en una de las 10 diez primeras causas de morbilidad neonatal en las unidades de cuidados intensivos. Además, la hiperbilirrubinemia neonatal, por su frecuencia en la primera semana de vida y por su potencialidad de ocasionar daño cerebral, continúa siendo un problema importante de salud a nivel mundial.

Por lo descrito anteriormente, la ictericia debe ser evaluada desde el nacimiento, siendo importante reconocer la ictericia neonatal a tiempo y evitar el alta hospitalaria antes de las 72h. obviando, de este modo, futuras potenciales complicaciones.

De el mismo modo, sería necesario aumentar los conocimientos en el ámbito de la Enfermería en cuanto a la utilización del material empleado tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de esta patología, adiestrando en el manejo de los diferentes aparatos de fototerapia, así como el detectar a tiempo las posibles complicaciones derivadas del tratamiento.

JUSTIFICACIÓN

De tal modo que esta revisión bibliográfica tiene como justificación la actualización del conocimiento dirigido a los profesionales; así como exponer y analizar la elevada frecuencia de este fenómeno y sus complicaciones posteriores.

OBJETIVOS

General: exponer las evidencias de la literatura científica revisada.

Específicos:

- Conocer los tipos de ictericia y describir los factores de riesgo de la ictericia en el RN y/o neonato.
- Mostrar los diferentes tratamientos existentes actualmente: fototerapia, exanguinotransfusión y farmacológico.
- Establecer el rol enfermero en el cuidado de los neonatos con ictericia.

METODOLOGÍA

Monografía de carácter descriptivo para la que se realizó una búsqueda en las siguientes bases de datos: Medline/Pubmed, ScienceDirect y Cochrane. Para ello se utilizaron inicialmente las siguientes palabras clave: ictericia neonatal, hiperbilirrubinemia neonatal, incidencia ictericia neonatal. Los términos se combinaron mediante los operadores booleanos AND (y), NOT (no) y OR (o). A medida que la investigación avanzaba se realizó una nueva búsqueda añadiendo nuevas palabras como son: fototerapia, enfermería y tratamiento. Todas ellas combinadas también con los operadores booleanos citados anteriormente.

Criterios de inclusión

La búsqueda fue acotada utilizando todos los artículos publicados entre 2003-2016, incluyendo aquellos publicados en inglés y en español. El periodo de búsqueda se realizó entre los meses de julio y agosto de 2016, siendo finalmente un total de 19 artículos y 2 libros los que se analizaron.

Criterios de exclusión

Tras una detallada y cuidadosa selección de las diferentes

publicaciones encontradas, se procedió a excluir del trabajo aquellas que no poseían relación con el tema a tratar, así como las que carecían de evidencia científica necesaria.

RESULTADOS

Clasificación de la hiperbilirrubinemia neonatal

Se clasifican según la fecha de inicio de la ictericia neonatal. A su vez la hiperbilirrubinemia puede ser conjugada o no conjugada, fisiológica y patológica.

1.- Hiperbilirrubinemia conjugada o directa:

Siempre es producida por una enfermedad hepatobiliar. Niveles mayores de 1,5mg/dl y más del 10 % de la concentración sérica total⁽¹²⁾.

2.- Hiperbilirrubinemia no conjugada o indirecta:

Produce ictericias tanto fisiológicas como patológicas. Niveles superiores a 1,3- 1,5mg/dl⁽¹²⁾.

3.- Hiperbilirrubinemia fisiológica:

Comienza pasadas las 24 horas de vida y desaparece entre el 7-8 día de vida del RN a término y a los 15 días en el prematuro. Los valores de bilirrubina no son mayores de 13 mg/dl en el RN a término o 15 mg/dl en el prematuro⁽¹³⁾. La causa principal es la inmadurez del sistema enzimático del hígado además de la poliglobulia y la menor vida de los eritrocitos.

4.- Hiperbilirrubinemia patológica:

La causa de mayor relevancia por su frecuencia y gravedad, es la enfermedad hemolítica por incompatibilidad RH que actualmente es menos frecuente ya que en el embarazo y postparto se administra sistemáticamente gammaglobulina anti-RH a las madres Rh negativas que han tenido un hijo Rh positivo. En esta dirección, es necesario tener en cuenta que la mujer Rh negativa podría sensibilizarse mediante el aborto o la amniocentesis⁽¹⁴⁾.

En algunos casos resulta complicado distinguir la ictericia patológica de la fisiológica, lo que puede conllevar a un retraso en el diagnóstico e inicio del tratamiento pudiendo ser perjudicial para el neonato. De esta forma, algunos de los parámetros para reconocer la ictericia no fisiológica son:

- Aparición antes de las 24 horas de vida o que persista después del 7-8 días en RN a término o después del 15 si es prematuro.
- Ritmo de aumento de bilirrubina total superior a 5mg/dl al día. Nivel de bilirrubina sérica mayor de 0,2 mg/dl/hora.
- Antecedentes familiares de enfermedad hemolítica, hepática, ictericia, anemia...

Los RN pretérmino y los que toman leche materna alcanzan niveles más elevados de bilirrubina en sangre que los nacidos a término y no toman leche materna⁽¹⁴⁾. La principal complicación de la ictericia patológica consiste en el aumento excesivo de bilirrubina no conjugada produciendo un acumulo en el cerebro dando lugar a Kernicterus (Tabla 1).

Tabla 1. Manifestaciones del Kernicterus.

Manifestación	Características
Encefalopatía bilirrubínica aguda	Manifestaciones tempranas: escasa succión, hipotonía y letargo.
	Manifestaciones tardías: llanto agudo y monótono, agitación y somnolencia alternadas, hipertonia de la musculatura de la nuca y de los miembros inferiores y superiores, alteraciones oculares con los párpados abiertos y mirada fija.
Encefalopatía bilirrubínica crónica	Retraso mental, sordera parcial de las frecuencias aguda, parálisis ocular y movimientos atetósicos que aumentan con la fatiga, la emoción o el esfuerzo

5.- Hiperbilirrubinemia por lactancia materna (síndrome de Arias)

- Tiene una incidencia de aproximadamente 1/200.
- Consiste en una hiperbilirrubinemia transitoria y prolongada debida a la toma de leche materna o también a una baja ingesta calórica durante los primeros días con lo que se produce un aumento de la circulación entero-hepática y la pérdida de peso en exceso⁽¹⁵⁾.
- Aparece entre el 4º y el 7º día de vida y el nivel de bilirrubina va aumentando pudiendo llegar a cifras de hasta 20-30 mg/dl a los 14 días de vida, a partir de este instante comienzan a descender progresivamente hasta que la ictericia desaparece entre el mes y mes y medio de vida. Al suspender la lactancia materna durante 24 ó 48 horas, estas cifras disminuyen, pero vuelven a aumentar, aunque no llegan a alcanzar valores tan elevados si se reinicia la lactancia materna⁽¹⁴⁾.
- Aunque se ha encontrado algún caso aislado de Kernicterus asociado a la ictericia producida por la lactancia materna no se recomienda retirar este tipo de alimentación.

Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo de hiperbilirrubinemia neonatal son perineales como traumatismos al nacimiento o infecciones, maternos como la incompatibilidad RH o ABO (clasificación más importantes para describir grupos sanguíneos en humanos, distinguiendo los grupos Tipo A, B, AB y O) y neonatales como la prematuridad, el síndrome de Crigler-Gilbert Najjar, la lactancia materna, la prematuridad, el sexo masculino, la administración de fármacos como las cefalosporinas, la deshidratación, el cefalohematoma y el déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa^(7, 16).

Tratamiento

La hiperbilirrubinemia severa tratada mediante exanguinotransfusión es relativamente raro que suceda actualmente, sin embargo, la ictericia neonatal se encuentra durante la primera semana de vida entre el 60 % de los RN a término y el 80 % de los neonatos pretérmino, siendo debido a la menor vida media de las células rojas de la sangre y a la inmadurez de la función hepática.

La finalidad del tratamiento de la hiperbilirrubinemia neonatal es evitar la neurotoxicidad y prevenir el Kernic-

terus. Entre el 6-15% de los RN desarrolla la hiperbilirrubinemia que requiere tratamiento. Los principales tratamientos son la fototerapia o luminoterapia siendo el más utilizado, la exanguinotransfusión y el tratamiento farmacológico.

Fototerapia

La fototerapia como tratamiento, consiste en la exposición de la piel del RN a la luz fluorescente, esta degrada la bilirrubina que está presente en los capilares superficiales y el espacio intersticial y la convierte en un isómero hidrosolubles que finalmente se eliminan sin necesidad de conjugación hepática previa, por lo tanto, libre de toxicidad⁽¹⁷⁾.

Es necesario saber la causa de hiperbilirrubinemia neonatal antes de comenzar el tratamiento, valorando la historia clínica, antecedentes maternos, del RN, fármacos (salicatos, sulfamidas) y los alimentos (nutrición parenteral con lípidos). También se ha de tener en cuenta el tipo de sangre, el test de Coombs, el hematocrito y la concentración de hemoglobina⁽¹⁸⁾.

Cuando las cifras son cercanas a indicación de exanguinotransfusión, se debe utilizar fototerapia intensiva.

Esto se puede lograrse con varias técnicas:

- Colocando equipos laterales de manera que cubran más superficie corporal.
- Poniendo en la cuna elementos que reflejen la luz.
- Usando una mantilla fibróptica que permite envolver al niño y proveerle luz alrededor de todo el cuerpo.

La fototerapia es considerada una intervención segura, pero puede causar efectos secundarios tales como alteraciones en la hemodinámica causada por una disminución del gasto cardíaco. Entre las complicaciones que pueden aparecer:

- Síndrome del bebé bronceado.
- Deposiciones más frecuentes, blandas o semilíquidas y verdosas con el aumento de las pérdidas insensibles.
- Orina oscura.
- Conjuntivitis.
- Daño a la córnea si no se aplica protección ocular.

Exanguinotransfusión

La exanguinotransfusión consiste en el intercambio de sangre del RN con un donante para así eliminar los anticuerpos antierytrocitarios y la bilirrubina, así como reponer la hemoglobina y mejorar el volumen plasmático. Esta técnica se utiliza en casos graves de hemólisis y cuando la fototerapia no ha sido eficaz⁽¹⁹⁾.

Recomendaciones:

- Se debería utilizar un catéter central mediante colocación médica.
- En el caso de que se utilizara catéter periférico debe ser de un calibre grueso para evitar el colapso de los vasos sanguíneos.
- La selección de sangre debe de ser compatible con el suero de RN, lo más fresca posible para evitar la hiperkalemia por hemólisis y para mantener los factores de coagulación
- El volumen a recambiar generalmente con el doble del volumen de sangre (160ml/kg).

Procedimiento y cuidados de enfermería

- El recambio debe durar por lo menos 1 hora y como máximo 1½ a 2 horas
- El volumen a extraer y a infundir se calcula en base al peso del RN
- Observar cuidadosamente la tolerancia a los volúmenes
- Controlar los niveles de calcio sérico, puede ser necesario administrar gluconato de calcio
- Monitorizar los signos vitales constantemente
- El recambio debe interrumpirse en caso de:
 - Desaturación
 - Alteración hemodinámica
 - Dificultad respiratoria, apnea, cianosis
 - Alteración en la perfusión periférica
 - Complicaciones de la exanguineotransfusión
 - Vasculares: ebolia, vasoconstricción, trombosis, infarto vascular
 - Cardíacas: arritmias, sobrecarga, paro cardíaco.
 - Hemorragia
 - Desequilibrio hidroelectrolítico ↓Ca ↑K
 - Infección
 - Perforación de los vasos umbilicales
 - Enterocolitis Necrotizante
 - Inestabilidad térmica
 - Acidosis metabólica (sangre con temperatura baja)

Entre los tratamientos farmacológicos caben destacar: la administración de fenobarbital, quelantes, seroalbúmina, gammaglobulina endovenosa o mesoporfirina de estaño.

ROL DE ENFERMERÍA

El profesional de enfermería se encarga del cuidado del RN, de aplicar el tratamiento prescrito y evaluar las posibles reacciones adversas, interactuar con los padres y de la realización de las extracciones sanguíneas, debe ser competente para interpretar los resultados analíticos, valorar al RN y asumir la toma de decisiones sobre el tipo de fototerapia que aplicar para conseguir una mayor efectividad, para que de esta manera disminuyan las posibles secuelas en los neonatos por hiperbilirrubinemia neonatal (20) (Tabla 2).

Actividades
<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar una irradiación efectiva. • Exponer adecuadamente la piel. • El bebe tiene que estar desnudo, proporcionando protección ocular y cuidado de los ojos y de los genitales. • Control de la temperatura cada 6 horas. • Hidratación adecuada. • Promover la eliminación y controlar las deposiciones. • Mejora la eficacia de la fototerapia y evita o minimiza las complicaciones. • Apoyo a los padres.

Intervenciones
Control de los siguientes aspectos: Iniciar con Luminoterapia o fototerapia convencional 5-10uw/cm ² , longitud de onda 460-490nm, colocar al paciente de 1-20cm de la luminoterapia, en posición rossier modificada, verificación del funcionamiento de los focos, iluminación de lámparas de color azul, exponer mayor superficie corporal, protección ocular, protección genital, valoración de laboratorios de bilirrubinas, interpretar los niveles de bilirrubina de acuerdo a la edad del paciente, evaluación visual de la ictericia según la escala de Kramer, evitar el ayuno prolongado, fomentar el control de peso diario, proporcionar una lactancia materna exclusiva estricta y fomentar, control de peso diario, evitar la infección cruzada, protección ocular, protección genital, valoración de laboratorios de bilirrubinas, interpretar los niveles de bilirrubina de acuerdo a la edad del paciente, evaluación visual de la ictericia según la escala de Kramer, evitar el ayuno prolongado y proporcionar una lactancia materna exclusiva estricta. Evitar la infección cruzada: - Control de balance hídrico. - Valoración de las características de las heces. - Apagar la luminoterapia antes de iniciar la alimentación, aseo u otro tipo de procedimiento. - Valorar signos de encefalopatía bilirrubina.

Tabla 2. Actividades e intervenciones de enfermería.

La ictericia progresa en sentido cefalocaudal y desaparece en forma inversa. Se pueden estimar los niveles siguiendo la escala.

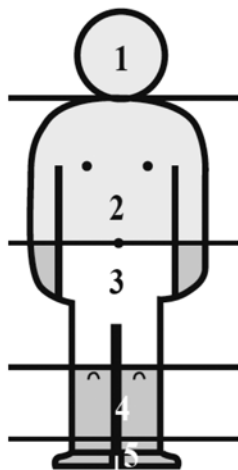


Figura 2. Nonas escala de Kramer.

- Zona 1: ictericia de la cabeza y cuello 4 a 7 mg/dl;
- Zona 2: ictericia hasta el ombligo 5 a 8,5mg/dl;
- Zona 3: ictericia de las rodillas 6 a 11,5mg/dl;
- Zona 4: ictericia hasta los tobillos 9 a 17 mg/dl;
- Zona 5: ictericia de la cabeza y cuello > de 15mg/dl.

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

La hiperbilirrubinemia es una enfermedad frecuente que genera ingresos hospitalarios. Generalmente es fisiológica y con un

diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado se resuelve sin complicaciones. Según la literatura científica, no está claro si hay un aumento de la incidencia neonatal a lo largo de los años debido a la elevada variabilidad existente entre los diversos estudios. Actualmente en España la incidencia es escasa, comparativamente con otros países de la Unión Europea y EEUU⁽²¹⁾, siendo más frecuente en los varones.

Entre las limitaciones para evaluar la incidencia de ictericia neonatal es la elevada variabilidad dada por las fuentes, las diferentes definiciones y clasificaciones de hiperbilirrubinemia que establecen los autores⁽²²⁾. En la actualidad, no existe una definición universal de los valores de hiperbilirrubinemia severa, aunque para varios autores comprende las cifras entre 12 y 20 mg/dl⁽²³⁾.

La enfermera, como profesional sanitario, tiene un rol importante en el cuidado del RN y/o con IN; constituyendo una de las figuras principales en el manejo de los diferentes técnicas de fototerapia, administración de medicación pautaada, apoyo a los padres del RN, control de signos y síntomas del RN y prevenir y/o detectar precozmente las posibles complicaciones que puedan aparecer tras el tratamiento⁽²⁰⁾.

A modo de conclusión de esta revisión se extraen las siguientes:

En la actualidad, los casos de ictericia por incompatibilidad RH han disminuido debido a la administración profiláctica de inmunoglobulinas Anti-D.

La fototerapia continúa siendo la técnica más empleada en el tratamiento de la ictericia disminuyéndose la utilización de la exanguinotransfusión.

La complicación más grave es el Kernicterus, pudiendo ser debido su aumento a un alta hospitalaria prematura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wu J, Su W, Jin Y, Shi Y, Li C, Zhong W, et al. Targeted suppression of heme oxygenase-1 by small interference rnas inhibits the production of bilirubin in neonatal rat with hyperbilirubinemia. *BMC Molecular Biology*. 2009;10(1):1.
2. Drummond G, Kappas A. An experimental model of postnatal jaundice in the suckling rat. suppression of induced hyperbilirubinemia by sn-protoporphyrin. *Journal of clinical investigation*. 1984;74(1):142.
3. Almeida R, Allshire R. RNA silencing and genome regulation. *Trends in cell biology*. 2005;15(5):251-8.
4. Bhutani VK, Donn SM, Johnson IH. Risk management of severe neonatal hyperbilirubinemia to prevent kernicterus. *Clin Perinatol*. 2005;32(1):125-39.
5. Newman TB, Escobar GJ, Gonzales VM, Armstrong MA, Gardner MN, Folck BF. Frequency of neonatal bilirubin testing and hyperbilirubinemia in a large health maintenance organization. *Pediatrics*. 1999 nov;104(5 pt 2):1198-203. pubmed pmid: 10545573. epub 1999/11/05. eng.
6. Huang MS, Lin MC, Chen HH, Chien KL, Chen CH. Risk factor analysis for late-onset neonatal hyperbilirubinemia in taiwanese infants. *Pediatr Neonatol*. 2009;50(6):261-5.
7. Manning D, Todd P, Maxwell M, Platt MJ. Prospective surveillance study of severe hyperbilirubinaemia in the newborn in the uk and ireland. *Arch dis child fetal neonatal ed*. 2007;92(5):342-6.
8. Tikmani SS, Warraich HJ, Abbasi F, Rizvi A, Darmstadt GL, Zaidi AMK.

- Incidence of neonatal hyperbilirubinemia: a population-based prospective study in pakistan. *Trop med int health*. 2010;15(5):502-7.
9. Núñez-Batalla F, Carro-Fernández P, Antuña-León ME, González-Trelles T. Incidencia de hipoacusia secundaria a hiperbilirrubinemia en un programa de cribado auditivo neonatal universal basado en otoemisiones acústicas y potenciales evocados auditivos. *Acta Otorrinolaringológica Española*. 2008;59(3):108-13.
10. Muchowski KE. Evaluation and treatment of neonatal hyperbilirubinemia. *Am fam physician*. 2014;89(11):873-8.
11. Cash S. Guideline offers direction for prompt diagnosis, treatment of hyperbilirubinemia. *Aap news*, American Academy of Pediatrics. 2004.
12. Grupo CTO. Manual de cto de medicina y cirugía-pediatría. madrid: CTO Editorial S.L.; 2012.
13. Mesić I, Milas V, Medimurec M, Rimar ž. Unconjugated pathological jaundice in newborns. *Collegium Antropologicum*. 2014;38(1):173-8.
14. Checa DA. Manual DAE para la preparación de oposiciones volumen ii. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2012.
15. Shapiro SM. Bilirubin toxicity in the developing nervous system. *Pediatr Neurol*. 2003;29(5):410-21.
16. Briese V, Voigt M, Hermanussen M, Wittwer-Backofen U. Morbid Obesity: Pregnancy risks, birth risks and status of the newborn. *Homo*. 2010;61(1):64-72.
17. Silva I, Da Silva FS, Turiani M, Luliani CM, Maria C, Spiri WC. Desenvolvimento de um protetor ocular para fototerapia em recém-nascidos: UMA Tecnologia. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008;47-51.
18. Aguilar-Cordero MJ, Cruz-Domínguez I. Tratado de enfermería del niño y el adolescente. cuidados pediátricos. in: Aguilar-Cordero MJ, Editor. *Hiperbilirrubinemia del recién nacido enfermedad hemolítica*. Barcelona: Elsevier; 2012.
19. Cloherty JP, Eichenwald E, C., Stark AR. *Manual of neonatal care: lip-pincott Williams & Wilkins*; 2008.
20. Durán M, García J, Sánchez A. Efectividad de la fototerapia en la hiperbilirrubinemia neonatal. *Enfermería Universitaria*. 2015;12(1):41-5.
21. Castaño Picó MJ, Sánchez Maciá M. *Hiperbilirrubinemia neonatal: revisión de la situación actual*. 2011.
22. Trikalinos Ta, Chung M, Lau J, Ip S. Systematic review of screening for bilirubin encephalopathy in neonates. *Pediatrics*. 2009;124(4):1162-71.
23. Martínez JC. El real problema del recién nacido icterico. *nuevas guías de la academia estadounidense de pediatría*. *Arch Argent Pediatr*. 2005;103(6):524-32.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Perfil del anciano crónico dependiente y del cuidador principal informal en atención domiciliaria. Rol de enfermería

Autora:

María Martínez Miralles⁽¹⁾

⁽¹⁾Graduada en Enfermería. Servicio de Reanimación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

*Dirección para correspondencia:
mariamm983@hotmail.com*

Recibido: 10 de febrero de 2016

Aceptado: 26 de abril de 2017

RESUMEN

El cuidado en el ámbito familiar es un fenómeno que va en aumento y que ocurre en condiciones cada vez más complejas debido al aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, la dificultad del cuidado en el hogar y la morbilidad del propio cuidador.

Esta área del cuidado informal en el domicilio es muy importante para la enfermería, pues debido a su proximidad con la población, tiene una situación privilegiada a la hora de prestar la atención y apoyo necesarios tanto al anciano crónico dependiente como a su cuidador principal informal.

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el perfil del anciano crónico dependiente y su cuidador principal informal en la atención domiciliaria, especificando los cuidados necesarios en el ámbito de la enfermería con el fin de poder ofrecer una atención de calidad y unos cuidados adecuados a la necesidad del paciente y su cuidador.

El gran aumento de pacientes ancianos en situación de dependencia es una realidad de hoy en día, siendo sus familiares más próximos los que suelen asumir el rol de cuidadores principales. Estos cuidadores se ven sobrecargados por la situación, repercutiendo en diferentes aspectos de su vida.

El personal de enfermería se encuentra con este contexto en su día a día, además es el profesional que más en contacto directo está con el anciano dependiente y su cuidador, por lo que se hace imprescindible una formación específica en este tipo de cuidados con el fin de ofrecer unos servicios de máxima calidad.

Palabras clave: atención de enfermería, atención domiciliaria de salud, cuidadores, dependencia, familia

ABSTRACT

Family care is a phenomenon that is continuing to rise and taking place under more complex conditions due to a rising prevalence of chronic diseases, the difficulty of home care and morbidity of the caregiver.

The caregiving field is very important for nursing, because of their proximity to the population. For that reason nursing has a privileged situation to pay attention and support required for both dependent elderly people with chronic diseases and their principal informal caregiver.

A literature review was focused on profile of the elderly individual dependent with chronic disease and his principal informal caregiver at home. It was carried out by specifying which nursing care are needed in order to be able to provide quality and adequate care for the need of patient and his caregiver.

The rising numbers of dependent elderly is a reality today, whose close family members usually assume the primary caregiving role. These caregivers are overburdened by the situation, and this has repercussions on different aspects of their lives

This is the context within which nursing is immersed in their everyday life. Moreover, she/he is the professional who is more in touch with dependent elderly and its caregiver, as such, it is essential to have specific training about this kind of cares, with a view to provide high-quality services.

Keywords: nursing care, home nursing, caregivers, dependency, family

INTRODUCCIÓN-ESTADO ACTUAL DEL TEMA

El incremento en el envejecimiento de la población en la actualidad, consecuencia de un aumento de la esperanza de vida, de mejoras de tratamientos frente a determinadas enfermedades, de aparición de nuevas enfermedades crónicas degenerativas o de la reducción de la hospitalización, hace de la atención de enfermería domiciliaria un servicio básico y prioritario⁽¹⁾.

Según el INE, "se estima que el porcentaje de personas mayores de 65 años pasará del 20% de la población en el año 2020 al 30% en el año 2050, superando los 16 millones"⁽²⁾.

En España, las enfermedades crónicas son consideradas la primera causa de demanda en la atención sanitaria asistencial (80% consultas en AP y 60% de ingresos en centros hospitalarios). De las primeras, un 40% son realizadas por las personas en edad avanzada. A nivel hospitalario, el 50% de las camas las ocupan mayores de 65 años, y el consumo farmacéutico supone casi el 50% del gasto total⁽²⁾.

En cuanto a la discapacidad para realizar las ABVD, aproximadamente 2 millones de personas mayores de 65 años la presentan, y, por consiguiente, se encuentran en situación de dependencia⁽³⁾.

La atención domiciliaria a personas dependientes se fundamenta en dos sistemas, formal e informal. El formal está compuesto por servicios integrados en un sistema formal de profesionales, servicios sanitarios y servicios sociales. Por otra parte, entre los recursos informales encontramos entre otros, además de a la familia, a grupos de ayuda, asociaciones y voluntariado⁽⁴⁾.

En la sociedad actual, cuando se habla de cuidadores informales, se hace referencia fundamentalmente a la familia, la cual ejerce un papel muy importante en la asistencia al anciano crónico dependiente⁽¹⁾.

Según datos consultados, en general son las mujeres de la familia las encargadas del cuidado de la salud, con una edad media entre 45 y 69 años⁽¹⁾.

Este aumento de la necesidad de cuidado genera importantes cambios estructurales en el ámbito familiar, dando lugar a la aparición del cuidador principal como figura de referencia en el

cuidado informal en el domicilio. El cuidador principal informal (CPI) debe ser guiado por los profesionales de enfermería con la finalidad de adquirir los conocimientos necesarios para una adecuada atención. Además, el esfuerzo tanto físico como psíquico que supone este cuidado puede afectar tanto al propio cuidador como a la relación que tiene con la persona cuidada, aumentando el riesgo de alteraciones en el ámbito familiar y de aparición de claudicación en el CPI debido a la reducción de autonomía del paciente y/o deterioro cognitivo⁽¹⁾.

Se debe considerar la atención de enfermería como un servicio clave en la ayuda y la educación en cuidados a la familia, en especial al CPI, previniendo y detectando el riesgo de claudicación, y atendiendo también las necesidades asistenciales del paciente, todo ello desde una atención integral y continuada⁽¹⁾.

Por otro lado, la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, también llamada comúnmente "Ley de la Dependencia", dio respuesta a una demanda social cada vez más acentuada. Las prestaciones pueden ser en forma de servicios sociales y a nivel económico, para cuidados en el ámbito familiar, y apoyo a cuidadores informales y de asistencia personal. Todas las ayudas incluidas en el catálogo de prestaciones de la Ley de Dependencia definen lo que conocemos como apoyo formal a la dependencia, aunque también se podría incluir dentro de este concepto los servicios privados que en alguna ocasión las familias contratan. Sin embargo, la ayuda que encontramos más asiduamente en España se encuentra en el apoyo informal, es decir, aquél proporcionado por la familia⁽⁵⁾.

Esta ley implica un compromiso por parte de la Administración Pública en la atención de ciertas personas en situación de dependencia que precisen ayuda y apoyo, y supone también, promover su autonomía personal creando el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)⁽⁶⁾.

JUSTIFICACIÓN

A consecuencia del envejecimiento, la aparición de enfermedades crónicas y una mayor prevalencia en incapacidad y deterioro cognitivo, cada vez se requiere de más servicios de atención a las personas dependientes. Esta necesidad ha ido en aumento durante los últimos años ya que la población española sufre un proceso de envejecimiento progresivo debido al aumento de la longevidad y a la disminución de la tasa de fertilidad⁽²⁾.

Las enfermedades crónicas alteran la capacidad funcional de la persona dando lugar a diferentes niveles de discapacidad que conllevan cierto grado de dependencia, y que requiere cuidados más complejos⁽¹⁾. En este contexto se precisa de un cuidador que supla las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y que preste apoyo emocional a la persona dependiente. El principal soporte es la familia, debido a la responsabilidad y al compromiso moral que tradicionalmente se tiene entre los parientes cercanos⁽⁷⁾.

En cuanto al profesional sanitario, y dado que el envejecimiento de la población va en aumento, es imprescindible una buena formación geriátrica y gerontológica para así poder prestar una atención eficaz a las personas mayores tanto en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad como en el tratamiento de enfermedades crónicas.

Además, la empatía en el profesional de enfermería es clave

a la hora de entender la realidad subjetiva de la persona dependiente y/o su cuidador, apoyando y respondiendo a las necesidades y sentimientos experimentados. Dicha empatía se apoya en aptitudes como la cercanía, la confianza y la escucha activa, para así poder ofrecer soluciones, con el fin de adaptar su situación a la mejor calidad de vida posible.

Por todo lo indicado resulta necesario para los profesionales conocer la importancia de la figura del CPI teniendo a su cargo un anciano crónico dependiente con necesidades de cuidados complejos en el ambiente domiciliario, así como el disponer de conocimientos para prestar los cuidados específicos que ambos pacientes requieren.

OBJETIVOS

General: Describir el papel de la enfermera en atención domiciliaria sobre el CPI de personas mayores con enfermedades crónicas en situación de dependencia a partir de la realidad de dicho colectivo y atendiendo a sus necesidades de cuidados.

Específicos:

- Mostrar el perfil del anciano crónico dependiente.
- Exponer el perfil del CPI e identificar las características del síndrome del CPI.
- Detallar los objetivos e intervenciones de enfermería de apoyo al CPI.

METODOLOGÍA

Para esta elaboración se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura actual publicada dentro del territorio español en el período comprendido entre los años 2004 y 2012 en las siguientes bases de datos bibliográficas y buscadores: CiberIndex, Cuiden, Dialnet, Enfispo, IBECs, Google Académico, Biblioteca de la Universidad de Cantabria; en visitas a portales como el del Instituto Nacional de Estadística (INE) (www.ine.es); y de documentos públicos tales como la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Este manuscrito es una adaptación de mi trabajo fin de grado donde se revisaron 30 publicaciones de las cuales se seleccionaron 12 para esta revisión dado su interés con el tema a tratar.

RESULTADOS

1. Perfil del anciano crónico dependiente:

Se podría definir la **ancianidad** como el periodo de la vida caracterizado por "una serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas y funcionales que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos" y el término vejez como "un proceso biológico de lenta evolución debido al efecto del tiempo sobre el ser humano y que se manifiesta en dos etapas consecutivas, la presenescencia que comienza a los 50 años y la auténtica senescencia o vejez que sería a partir de los 65 años, dando lugar a alteraciones involutivas de tipo morfológico (físicas, psicológicas y sociales) que según la persona aparecen más o menos rápido"⁽⁸⁾.

La **enfermedad crónica** en el anciano se caracteriza por su larga duración, pudiendo dar lugar a una invalidación, con disminución o pérdida de las capacidades de movilización del paciente o de su propio autocuidado. Son enfermedades comunes en personas mayores y requieren una gran atención asistencial⁽⁸⁾.

Las principales enfermedades que con más prevalencia afectan a los ancianos son: enfermedades cardiovasculares, tumores, diabetes, EPOC, enfermedades musculo esqueléticas, degenerativas, mentales y alteraciones visuales⁽⁸⁾.

Sin embargo, la edad cronológica de una persona no puede ser considerada por sí misma la causante de enfermedad o de dependencia ya que ésta no implica un deterioro físico ni psicológico. La **cronicidad** es la continuación a lo largo del tiempo de una enfermedad incurable bien por el tipo de patología, por falta de respuesta al tratamiento o por la ausencia de éste. Estas enfermedades precisan de un tratamiento continuo a lo largo del tiempo y suelen tener una evolución poco predecible. Su origen puede ser muy diverso y requerir un cambio en los hábitos de vida de la persona. El avance de la enfermedad crónica según su evolución natural o el trato inadecuado de ésta, puede repercutir en el estilo de vida del paciente, derivando incluso en cierto grado de discapacidad⁽²⁾.

Sin embargo, no todas las enfermedades crónicas derivan en una dependencia, ya que, si la persona es capaz de llevar a cabo un buen autocuidado y convive correctamente con la enfermedad, puede conseguir una autonomía plena para realizar las actividades de su vida diaria. En cuanto a enfermedad crónica y dependencia, existe una relación estadística entre padecer una enfermedad crónica y la aparición en la persona de ciertas limitaciones a la hora de realizar sus ABVD⁽²⁾.

En relación a la **Dependencia**, la mencionada Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (6), en su artículo 2, lo define como: "el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar ABVD y AIVD o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal".

2. Perfil del cuidador principal informal:

Se podría decir que el **CPI** es la persona que se responsabiliza del cuidado y ayuda al paciente en sus necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria en un horario ininterrumpido⁽⁹⁾.

La palabra cuidador no fue usada en España hasta hace 20 años, aunque la actividad, sin lugar a dudas, existía desde hace años. En las familias tradicionalmente el papel del cuidado a los mayores era asignado a una hija, estableciéndose así la herencia y el sexo como pautas en la figura del cuidador⁽¹⁰⁾.

El cuidado del familiar en el domicilio crea una situación estresante, afecta la salud tanto física como mental del cuidador, y altera sus relaciones sociales y su situación económica⁽¹⁰⁾.

Los cuidadores sufren desigualdades en salud comparativamente con la población general, presentando una mayor morbilidad debido a una disminución en el fomento de su propia salud, ya que normalmente anteponen el cuidado al paciente antes que el suyo propio. Por ello es imprescindible en el ámbito

profesional realizar una valoración integral tanto al anciano dependiente como a su CPI⁽¹¹⁾.

Según Peón⁽⁴⁾, las repercusiones que derivan del cuidado del paciente dependiente en diferentes aspectos de la vida del cuidador son las siguientes:

- **Ámbito laboral:** Debido al tiempo que el cuidador requiere para dedicar a la persona dependiente, además del agotamiento generado, es posible que se vea en la obligación de reducir su jornada laboral o incluso llegar a tener que dejar su trabajo ante la imposibilidad de sobrellevar ambas tareas.
- **Ámbito económico:** La economía suele verse afectada ya que hay que tener en cuenta la posible disminución del nivel de ingresos debido a los cambios en el ámbito laboral y, hay que considerar también el incremento de los gastos ante la necesidad de contratar servicios personales, comprar material necesario y, si fuera necesario, remodelar la casa para adaptarla a la nueva situación.
- **Ámbito social:** Debido a la gran dedicación como cuidador, la persona abandona sus hábitos sociales y se distancia de sus personas allegadas generando sentimientos de aislamiento y soledad.
- **Aspecto emocional:** La duración e intensidad de la enfermedad generan una sobrecarga en el cuidador que puede derivar en estados de estrés, ansiedad e incluso depresión. La situación es difícil y puede propiciar un ambiente en la convivencia familiar complicado.
- **Ámbito legal:** Algunos cuidadores se convierten en tutores legales de aquellas personas que legalmente están incapacitadas.

Síndrome del cuidador principal:

Según Peón⁽⁴⁾, a la afectación de la salud física, psicológica y social, debido a la complicada tarea del CPI, es lo que algunos autores llaman síndrome del cuidador principal o sobrecarga del cuidador. Se encuentran las siguientes alteraciones:

- **Físicas:** A las alteraciones físicas propias de la edad se unen las que aparecen como consecuencia del esfuerzo realizado en el cuidado del paciente provocando síntomas muy frecuentes como el agotamiento y la falta de vitalidad. Las barreras arquitectónicas también es un factor a tener en cuenta. El estrés generado provoca un debilitamiento del sistema inmunitario siendo más probable la aparición de ciertas enfermedades: víricas como la gripe, dermatológicas como la psoriasis, alteraciones gastrointestinales como la diarrea, cardiovasculares como palpitaciones, cefaleas, etc.
- **Psicológicas:** El cansancio y el estrés que emocionalmente afectan al cuidador debido a que, pese a los cuidados que ofrecen, ven que la enfermedad crónica dependiente se alarga y, en muchos casos, se agrava con el tiempo, generan estados de depresión, ansiedad e insomnio entre otros. La ansiedad en sí misma es una respuesta normal ante situaciones de estrés. Cuando la persona ante tal situación no reacciona con una respuesta adecuada, puede derivar en enfermedad.
- **Socio-familiares:** Existe un aislamiento en el ámbito social y laboral. En la familia suelen acontecer disputas y enfrentamientos por temas como las tareas domésticas y los gastos entre otros.

3. Rol de la enfermera en atención domiciliaria: Intervenciones de apoyo al CPI

Es necesario establecer programas educativos e informativos por diversos profesionales o por el equipo multidisciplinar en su conjunto, con el fin de dar apoyo tanto a los cuidadores como a la persona cuidada, y actuar tanto en la prevención de la enfermedad, como en la promoción de la salud de ambos, teniendo a la enfermera una vital importancia en la prevención y detección del síndrome del CPI⁽⁹⁾.

Estas intervenciones son claves para detectar el cansancio del cuidador, para evitar la institucionalización de la persona cuidada, y para fomentar la educación para la salud (EpS), y todo ello, siempre desde una perspectiva específica según las necesidades de cada persona⁽⁹⁾.

Según López et al.⁽⁹⁾, para una correcta valoración del CPI y el riesgo de sobrecarga, es importante recoger la siguiente información:

- Datos sociodemográficos del cuidador: edad, sexo, nivel cultural, si trabaja o no fuera del domicilio y si hay más personas que conviven en el mismo domicilio.
- Datos de la historia clínica.
- Datos del rol de cuidador: parentesco con la persona a la que cuida, tiempo que lleva realizando esos cuidados y si existen otros cuidadores.
- Síndrome o Sobrecarga del cuidador: Puede ser evaluado mediante la escala de Zarit (Anexo I).
- Frecuencia de consultas programadas y a demanda acacidas tanto en el propio Centro de Salud como en el domicilio del paciente, incluyendo tanto visitas médicas como de consulta de enfermería.
- Salud percibida: a través de preguntas específicas con escalas tipo Likert.
- Calidad de vida subjetiva: cuestionario de salud de Nottingham Health Profile (NHP).
- Presencia de sintomatología: cuestionario con preguntas cerradas o abiertas donde valorar diferentes síntomas como apatía, nerviosismo o cansancio.
- Ansiedad y depresión: Escala de ansiedad-depresión de Golberg (EADG-18).
- Función familiar percibida: Se valora la percepción del cuidador acerca de la función o disfunción en el ámbito familiar. Para valorar el apoyo familiar se usa el Test de APGAR familiar (Anexo II).
- Apoyo social percibido: cuestionario de apoyo social de Duke-UNC.

Se debe tener en cuenta la relación interpersonal que se crea entre el enfermero y el cuidador, basada en una buena comunicación, imprescindible para que el cuidador se sincere y refiera sus miedos, problemas y dudas⁽¹²⁾.

Según Peón (4), los objetivos a alcanzar al planificar los cuidados de enfermería en el CPI son:

Objetivo general: Proporcionar un soporte integral al cuidador con el fin de prevenir la sobrecarga de éste y capacitarlo para que sea capaz de aportar unos cuidados de calidad, mejorando la eficacia de los recursos asistenciales.

Objetivos específicos y actividades de enfermería:

- Incentivar la comunicación: el CPI es la principal fuente de información que tenemos sobre el desarrollo de la situa-

ción de la persona cuidada. Debe expresar sus sentimientos, dudas y miedos ante la situación de enfermedad del paciente y de su percepción de él mismo como cuidador principal.

- Ofrecer una atención cercana y ágil: la ayuda por parte de la enfermera debe ser lo más próxima, rápida y resolutiva posible. Un correcto tratamiento y cuidado de la persona dependiente genera menos ansiedad por parte del cuidador.
- Mejorar la información y formación de los cuidadores: la formación sobre la enfermedad y los cuidados es de vital importancia. Siempre hay que tener en cuenta la independencia del paciente dentro de sus posibilidades, incentivando a que realice por sí mismo todo lo que sea capaz, aunque precise de una ayuda para ello, promoviendo así su autoestima y estimulación a nivel cognitivo.
- Orientar sobre los recursos sanitarios y socioeconómicos disponibles.
- Aumentar la capacidad de autocuidado de los cuidadores: se debe incentivar al cuidador hacia un buen autocuidado, puesto que estar mejor consigo mismo ayudará a un mejor cuidado hacia la persona dependiente.
- Prevenir y detectar situaciones de crisis en el cuidador: en muchas ocasiones las situaciones de sobrecarga conllevan a posibles situaciones de ansiedad y estrés emocional.

CONCLUSIONES

El rol enfermero es primordial en la atención domiciliaria del anciano crónico dependiente y a su CPI debido a la proximidad que la enfermera tiene con el paciente y su familia.

El aumento de la longevidad y la aparición de enfermedades crónicas en ancianos que son cuidados por sus propias familias en su domicilio pueden generar ciertas discapacidades dando lugar a una dependencia en cuanto a cuidados necesarios para que el paciente tenga una adecuada calidad de vida.

En este caso es la familia la encargada de ofrecer estos cuidados siempre con la ayuda y supervisión de la enfermera, que tiene la responsabilidad de asegurar unos cuidados de calidad. En este sentido es muy importante para la profesión enfermera estar correctamente formados para ser capaces no solo de ofrecer cuidados de calidad al paciente tratado, sino también ofrecer una atención adecuada al CPI, como principal fuente de cuidados.

Debido a la gran implicación y esfuerzo del cuidador informal, la enfermera debe valorar y ofrecer atención a sus necesidades evitando el riesgo de sobrecarga e incentivando su propio autocuidado que en la mayoría de ocasiones pasa a un segundo plano debido a la gran atención que dedican al paciente dependiente. Esta carga de trabajo por parte de los cuidadores puede dar lugar a situaciones de estrés e incluso llegar a aparecer problemas de salud. Es por todo ello la importancia que tiene la valoración enfermera tanto al paciente tratado como a su cuidador.

La enfermera debe ofrecer toda la formación necesaria para que el cuidador realice adecuadamente los cuidados que el paciente precisa, además de ofrecerle toda la información necesaria sobre la enfermedad y su desarrollo, dar a conocer los recursos disponibles y ofrecer apoyo a nivel emocional.

Es importante tener en cuenta que la atención domiciliaria se realiza mediante un equipo multidisciplinar, trabajando en equipo con el resto de profesionales que forman parte de dicha atención, con el fin de obtener unos cuidados de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ubiergo UMC, Regoyos RS, Vico GMV, Reyes MR. El soporte de enfermería y la claudicación del cuidador informal. *Enferm Clínica*. 2005; 15(4): 199-205.
2. España. Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España, Ministerio de Sanidad, política social e igualdad, 15 de diciembre de 2011.
3. Ruiz CA. Prevención del desarrollo de lesión orgánica en los diferentes estadios del continuum cardiorrenal. *Control del riesgo cardiovascular en el anciano*. *Rev Clin Esp*. 2011; 211 (1): 2-7.
4. Peón SMJ. Atención de enfermería hacia el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer. *Prevención y cuidados en el síndrome del cuidador*. *Enferm Científ*. 2004; (264-265): 16-22.
5. Ayuso GM, Pozo RRD, Escribano SF. Factores sociodemográficos y de salud asociados a la institucionalización de personas dependientes. *Rev Esp Salud Pública*. 2010; 85(6): 789-798.
6. España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 15 de Diciembre de 2006.
7. Rojas MMV. Asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor que vive situación de enfermedad crónica, en la ciudad de Girardot. *Av.enferm. -Col-*. 2007; 25(1): 33-45.
8. Sancho TL. Valoración y cuidados de enfermería en el anciano. Principales cambios en el proceso de envejecimiento: fisiológicos, psicológicos y sociales. *Prevención de accidentes y deterioros cognitivos. Hábitos dietéticos. Orientación para el auto cuidado. Principales problemas. Valoración de la situación familiar y social. El apoyo al cuidador principal y familia*. *Fuden Formación*. 2012; 4(21).
9. López GMJ, Orueta SR, Gómez-Caro S, Sánchez OA, Carmona MJ, Alonso MFJ. El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Rev Clin Med Fam*. 2009; 2(7): 332-339.
10. De La Cuesta-Benjumea C. El cuidado familiar: Una revisión crítica. *Invest Educ Enferm -Col-*. 2009; 27(1): 96-102.
11. Villarejo AL, Zamora PMA, Casado PG. (2012). Sobrecarga y dolor percibido en cuidadoras de ancianos dependientes. *Enferm Global -Esp-*. 2012; 11(27): 159-164.
12. Delicado UMV, Candel PE, Alfaro EA, López MM, García BC. Interacción de enfermería y cuidadoras informales de personas dependientes. *Aten Primaria*. 2004; 33(4): 193-199.
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?
6. ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?
8. ¿Siente que su familiar depende de usted?
9. ¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?
10. ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?
12. ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?
13. ¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?
14. ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?
15. ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?
16. ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?
19. ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?
21. ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?
22. En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?

Puntuación total: Se puntúa cada pregunta del 1 al 4, siendo: 0 nunca; 1 casi nunca; 2 a veces; 3 bastantes veces; 4 casi siempre.

Interpretación de los resultados: Estableciendo la puntuación máxima en 88 puntos y, teniendo en cuenta que no existen normas ni puntos de corte establecidos, se suelen considerar los siguientes indicativos:

- No sobrecarga: menor de 46 puntos.
- Sobrecarga leve: 47-55.
- Sobrecarga intensa: igual o mayor de 56.

ANEXO II. TEST DE APGAR FAMILIAR:

Cuestionario formado por 5 ítems que miden aspectos relacionados con un solo concepto: la función familiar.

1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?
 - Casi nunca: 0
 - A veces: 1
 - Casi siempre: 2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?
 - Casi nunca: 0
 - A veces: 1
 - Casi siempre: 2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?
 - Casi nunca: 0
 - A veces: 1
 - Casi siempre: 2

ANEXO I. INDICE DE ZARIT O ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT (CAREGIVER BURDEN INTERVIEW).

Consta de 22 ítems aunque también existe una versión reducida de 7 ítems. Las preguntas a realizar son las siguientes:

1. ¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?
2. ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?
3. ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?

4. ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?

- Casi nunca: 0
- A veces: 1
- Casi siempre: 2

5. ¿Siente que su familia le quiere?

- Casi nunca: 0
- A veces: 1
- Casi siempre: 2

Puntuación:

- 0 = casi nunca
- 1 = a veces
- 2 = casi siempre

Indicaciones: marca la percepción de un individuo sobre la capacidad de su familia para convertirse en un recurso para los componentes de la familia, o si por el contrario puede influir empeorando la situación.

Resultados:

- Normofuncional: 7-10 puntos.
- Disfuncional leve: 3-6 puntos.
- Disfuncional grave: 0-2 puntos.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

MISCELÁNEA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Educación sexual saludable en adolescentes

Autora:

Ana Isabel Antón⁽¹⁾

⁽¹⁾Graduada en Enfermería. Enfermera Escolar de la Fundación de Enfermería de Cantabria. Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria. España.

*Dirección para correspondencia:
anays2809@gmail.com*

*Recibido: 26 de diciembre de 2016
Aceptado: 27 de mayo de 2017*

RESUMEN

La sexualidad es uno de los pilares que sustenta al ser humano. Somos seres sexuados. Es una forma de comunicación que cada persona expresa y siente de forma diferente.

La adolescencia es una etapa crucial en desarrollo de la sexualidad humana. Los adolescentes necesitan respuestas a su desconocimiento y sus dudas respecto al tema. La sexualidad es un tema que no se aborda de manera habitual en el entorno familiar o escolar.

La enfermera escolar es la profesional de referencia para los temas de salud en los centros escolares. La sexualidad saludable se enmarca en el contexto de promoción de la salud dando respuesta a las necesidades de los alumnos sobre conocimientos, sexualidad positiva y desmitificada, preservando los derechos de las personas, sin discriminación ni violencia.

Se presenta una experiencia de educación sexual dirigida a adolescentes de 6º curso de primaria enmarcado dentro del proyecto de enfermería escolar en Cantabria. La novedad de la experiencia se encuentra en el diseño de los contenidos del taller, en los que han participado los propios adolescentes planteando sus dudas en un entorno confidencial.

Esta experiencia muestra una herramienta que responde a las necesidades de los alumnos adolescentes en esta materia con resultados satisfactorios y que puede ser fácilmente aplicable en contexto similar.

Palabras clave: adolescente, sexualidad, servicios de enfermería escolar, promoción de la salud

ABSTRACT

Sexuality is one of the pillars that sustains the human being. We are sexed beings. It is a way of communication that each person expresses and feels differently.

Adolescence is crucial in the development of human sexuality. Teens need answers to their doubts. Sexuality is not routinely addressed in the family or school setting.

The school nurse is the main professional in health care and education in schools. Healthy sexuality is in the context of health promotion, responding to the needs of students about knowledge, positive and demystified sexuality, preserving the rights of the people, without any discrimination or violence.

We present a sexual education workshop given by school nurses, to adolescents from last grade of primary school. It is a part of the school nursing project in Cantabria. The new in the experience is the design of contents, with the participation of the adolescents, raising their doubts in a confidential environment.

This experience shows a tool that responds to the needs of adolescent students in this area with satisfactory results and can be easily applicable in a similar context.

Keywords: adolescent, sexuality, school nurse, health promotion

INTRODUCCIÓN

La OMS definió la Promoción de la Salud en 1986 como "un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla" y la Educación para la Salud como herramienta que: "comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de las habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad" ⁽¹⁾.

En 1996, también la OMS, efectuó un estudio sobre las reformas sanitarias en Europa, donde confirmó que la Enfermería es el primer eslabón y el punto de contacto más sólido entre el sistema y los usuarios: "En la naturaleza de la Enfermería, se conjugan el ser disciplina profesional en cuanto a una práctica social, cuya misión es el cuidado de salud del ser humano individual y del colectivo a través de los procesos vitales y en contextos culturales específicos para alcanzar mejores condiciones de vida. Su acción está orientada por principios y fundamentos científicos, humanísticos y éticos de respeto a la vida y a la dignidad humana. Su práctica requiere de un pensamiento interdisciplinario, de un actuar multiprofesional y en equipo con visión holística del ser humano en su relación con el contexto social y ambiental" ⁽²⁾.

Esta afirmación junto con la propia filosofía de la OMS, identifica y sitúa a la profesión enfermera con sus propias competencias, como el nexo de unión entre padres, docentes, alumnos y otros profesionales de la salud, cuando se refiere al contexto escolar.

En España, la enfermería escolar es considerada como nueva entidad profesional, a pesar de que los profesionales llevan más de treinta años ejerciendo la enfermería en los centros escolares tanto públicos como privados o concertados. Sus inicios fueron en algunos centros de Educación Especial. Posteriormente y tras varias décadas, se está produciendo una demanda constante de esta figura profesional por la comunidad educativa (profesores, padres, alumnos y personal no docente) como profesional del cuidado que desarrolla programas de promoción para salud impulsando hábitos de vida saludables en los alumnos durante la etapa educativa ⁽³⁾.

En el año 2009, la Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos define a la Enfermera escolar como: "el profesional que, dentro del ámbito del centro y de acuerdo con el proyecto educativo del centro, tiene la responsabilidad de proporcionar de forma individualizada, o en su caso, de forma coordinada con el propio equipo docente, los cuidados propios de su competencia al alumno/a de modo directo, integral o individualizado. En el ámbito educativo, además, ha de prestar un servicio que permita aumen-

tar la capacidad del individuo y de la colectividad escolar, para prevenir, detectar y solucionar sus problemas de salud⁽⁴⁾.

En la Comunidad Autónoma de Cantabria el proyecto de enfermería escolar lleva funcionando desde 2014. Está liderado por la Fundación de enfermería (FECAN), adscrita al Colegio oficial profesional de Cantabria, englobando funciones de; gestión, asistencia, investigación y promoción de la salud en el contexto de la comunidad educativa. El proyecto se viene desarrollando en cuatro centros escolares, dos en el entorno urbano y otros dos en el rural, de los que se disponen ya de resultados de salud⁽⁵⁾.

En la actualidad, la comunidad educativa presenta necesidades formativas en materia de salud que demandan cuidados especializados y que necesitan una vigilancia estrecha. Entre ellas la formación y atención a enfermedades crónicas como: asma, diabetes, espina bífida, epilepsia, alergias, etc., así como otros trastornos: hiperactividad con déficit de atención, alteraciones conductuales etc.⁽⁶⁾. De la misma forma, se identifican enfermedades derivadas de los hábitos de vida poco saludables de los escolares: sobrepeso infantil, aumento de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes, embarazos no deseados, prematuridad en el consumo de alcohol, tabaco, drogas y otros. Del mismo modo cabe resaltar los accidentes que surgen en el entorno escolar: caídas, contusiones, golpes, así como, la administración y control de medicación en escolares con patologías crónicas mencionadas anteriormente.

La enfermera escolar tiene la responsabilidad de dar cobertura a estas necesidades y promover la salud en este entorno escolar, no solo proporciona conocimientos, sino que aporta una mayor calidad a la educación, con el objetivo de promover hábitos de vida saludables y que los escolares alcancen su máximo bienestar físico psíquico y social⁽⁷⁾.

JUSTIFICACIÓN

Este proyecto específico se justifica, precisamente, por tratarse de un tema imprescindible para el desarrollo saludable y crecimiento personal de los adolescentes, que está escasamente abordado.

La educación sexual es un tema delicado que los docentes, incluso los padres, tienen dificultades para poner en común con los escolares y sus hijos; sin embargo la enfermera como profesional de referencia, asertividad y con conocimientos técnicos y científicos que la avalan, es la persona adecuada para trabajar estos temas con el alumnado.

La enfermera escolar interviene a petición de la profesora correspondiente, en el tema de educación sexual dentro de la asignatura de "Conocimiento del Medio" ya que los alumnos tienen inquietudes y preguntas sobre temas específicos de sexualidad que precisan respuestas profesionales.

Por estas razones, la salud sexual enfocada a estos grupos de edad 11, 12 y 13 años, precisa de acercamiento y proximidad de forma positiva y respetuosa a la propia sexualidad y a las relaciones sexuales; enseñando, además, que estas relaciones deben ser seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Por otro lado, para que la salud sexual se logre y se preserven los derechos sexuales de todas las personas; que deben de ser respetados, protegidos y cumplidos⁽⁸⁾.

Toda persona es un ser sexuado, un "ser vivo que posee ór-

ganos sexuales para la reproducción"⁽¹⁰⁾, y como tal, la sexualidad es inherente desde el momento de la concepción hasta la muerte. Es parte del desarrollo humano durante toda la vida, de ello, emerge la necesidad básica de satisfacer la comunicación íntima, el afecto, el gusto, el deseo de contacto, la ternura, el amor etc. Nos corresponde a los profesionales promover y fomentar una educación que vaya más allá de la prevención de riesgos y que, de la misma forma, facilite la adquisición de responsabilidades para que en la adultez se viva una sexualidad saludable con libertad, respeto e igualdad⁽¹⁰⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que la adolescencia es un periodo que comienza alrededor de los 10 años con la pubertad (proceso que conduce a la madurez sexual) y finaliza aproximadamente a los 19 años, la juventud es la etapa que transcurre entre los 15 y 24 años.

La adolescencia se caracteriza por ser un periodo de cambios rápidos y notables en el ser humano; es una etapa en el desarrollo de la persona complicada, pues en ella se producen una serie de transformaciones o cambios como: puberales, fisiológicos, psicológicos y sociales, todo ello de una forma fisiológica por la acción de las hormonas, de la misma forma, en la que los aspectos educativos concernientes a la sexualidad y al sexo presentan una mayor importancia⁽¹⁰⁾, por ello y de acuerdo a las necesidades de las instituciones educativas resulta de esencial la importancia elaborar proyectos dinámicos, prácticos y educativos, focalizados en las necesidades y demandas de esta etapa del desarrollo de los alumnos, promoviendo, actitudes, valores, herramientas, conocimientos y estrategias para procurar una vida sexual sana, en el contexto amplio de Proyecto de Enfermería Escolar.

Además, las dificultades para el tratamiento del tema que, en muchas ocasiones, muestran los profesores y padres precisamente por las características y peculiaridades propias.

Todos estos argumentos justifican ampliamente la experiencia desarrollada sobre este tema y que se expone seguidamente.

OBJETIVOS

- Diseñar una actividad formativa en materia en educación sexual saludable adaptada a las necesidades de una población adolescente.
- Identificar las necesidades sentidas en materia de educación sexual de una población de estudiantes de 6º curso de Primaria.

METODOLOGÍA

La actividad se imparte en un Centro de Educación Infantil y Primaria (CEIP), dependiente de la Consejería de Educación del Gobierno de Cantabria, con un total de 370 alumnos.

Está situado en la ciudad de Santander y actualmente se encuentra integrado en la Red Cántabra de Escuelas Promotoras de Salud de la Consejería de Educación del Gobierno de Cantabria.

La actividad a realizar se divide en dos fases: de valoración y de intervención, desde el 14 de noviembre hasta el 9 de diciembre de 2016.

Descripción del contenido de cada una de las fases.

1. Primera fase: valoración.

La población a la que se dirige el taller de sexualidad saludable son alumnos con edades comprendidas entre 11 y 13 años, pertenecientes a 6º curso de Educación Primaria; divididos en dos clases (A y B) con un total de 34 alumnos.

Se realizan cinco intervenciones en cada clase sobre el tema de sexualidad dentro de la asignatura de "Conocimiento del Medio" con una duración de 50 minutos cada una, colaborando con la profesora que imparte la asignatura para dar respuesta a algunas cuestiones y dudas que surgen en los alumnos mientras estudian los contenidos del tema, tales como: cambios físicos, psicológicos, reproducción, embarazo y parto.

Durante estas intervenciones en el aula se utilizan diferentes recursos, como vídeos educativos ilustrados para su edad y fichas. Sin embargo, esto no es suficiente, los alumnos demandan más información.

Por otro lado, se ha percibido la necesidad de anonimato y privacidad que tienen los alumnos para la realización de las preguntas que les inquietan; se observa incomodidad y vergüenza de manifestar dudas *a viva voz* en presencia del grupo; esto obstaculiza conocer las necesidades reales, por lo que se decide una estrategia de actuación para evitar esos problemas.

2. Estrategia de actuación para garantizar la libertad de expresión y la confidencialidad:

La herramienta empleada es el uso de una urna en cada aula donde los adolescentes introducirán sus preguntas escritas en un papel de forma anónima.

Se explica a los alumnos que se colocará una urna en cada clase para recoger sus dudas por escrito para preservar su privacidad, de la misma forma, se les manifiesta el motivo; evitar la vergüenza e incomodidad que se ha detectado; esto es muy bien aceptado por ellos. El tiempo de permanencia de las urnas en las clases será de 4 días, tiempo que empleará en impartir el tema sobre sexualidad la profesora de la asignatura.

Se han recogido las urnas, que contienen un total de 31 preguntas, en una de ellas se encuentran 2 preguntas que no se responden porque el tipo de pregunta no está en sintonía con el nivel de edad de los alumnos ni del taller.

Las 29 preguntas restantes se agrupan en los siguientes temas:

Intereses demandados por los alumnos
Masturbación
Eyaculación
Pensamientos y sueños eróticos
Preservativos
Embarazo
Relaciones sexuales

Tabla 1. Intereses principales de los alumnos. Cuestiones introducidas en las urnas. Fuente: elaboración propia

3. Segunda fase: intervención

Tras la recogida de las preguntas anónimas la enfermera escolar confecciona el taller con los intereses demandados por los alumnos y los temas incluidos en el proyecto escolar sobre "Sexualidad saludable"

Temas abordados por la Enfermera Escolar en el Taller
Género, identidad sexual y orientación sexual
Cambios Físicos y Psíquicos
Ciclo Menstrual
Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)
Métodos anticonceptivos y anticoncepción de emergencia
Intereses demandados por los alumnos

Tabla 2. Contenido final del taller de sexualidad saludable, integrando los intereses demandados por los alumnos. Fuente: elaboración propia.

La enfermera prepara una presentación con vídeos, ilustraciones y respuestas concretas de forma comprensible a la demanda e inquietudes de los alumnos, todo ello basado en bibliografía y evidencias científicas, con explicaciones acorde con su edad.

Las técnicas docentes de este taller, se basan en generar una relación de confianza entre la enfermera escolar y los alumnos, para lograr que los alumnos sean capaces de expresar sus dudas, preguntas e inquietudes sin perjuicios, de forma natural y de este modo, responder a sus inseguridades, desmontar los mitos, aproximar a la realidad y, en definitiva, promover una sexualidad saludable.

El taller se realiza simultáneamente con los dos grupos (A y B) en una de las clases, con la siguiente dinámica:

1. Introducción al taller y exposición a través del material preparado.
Como se ha indicado, responde a todo lo planteado en las urnas más los temas del proyecto de Enfermería Escolar.
2. A medida que el taller transcurre, surgen nuevas dudas a las que se va dando respuesta. Estas respuestas dan lugar a nuevas dudas que se van resolviendo de una forma coloquial y cómoda durante la intervención. Se consigue un feed-back activo, con un grado de interés y de atención muy alto por parte de los alumnos, otorgando normalidad al tema y estableciéndose un nexo de unión entre los alumnos y la enfermera escolar.

RESULTADOS

Tras la finalización de la actividad, se explica a los alumnos que se va a colocar de nuevo una urna donde pueden volver a dejar notas escritas reflejando tanto las dudas que no se hayan resuelto, como cuestiones nuevas o inquietudes que hayan aparecido con el objetivo de poder medir los resultados del taller.

- Se recogen un total de 10 notas de la urna, de las cuales 9 dejan reflejado que las dudas que habían planteado inicialmente se les habían resuelto con claridad; y como dato añadido, también dejan reflejado en las notas que habían entendido las explicaciones de la enfermera escolar (este aspecto no se había preguntado previamente; a pesar de ello, responden de este modo).
- Aunque no se haya preguntado expresamente, los alumnos indican que han entendido las explicaciones de la enfermera escolar.

- La nota nº 10 deja claro que todo lo ha entendido, (dato que no se ha pedido) pero añade una pregunta nueva. "¿Es obligatoria la inyección del papiloma?". A esta pregunta se responde en la siguiente clase de Conocimiento del Medio a todo el grupo por entender que la respuesta es de interés general.

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

La clasificación de las preguntas en temas concretos de sexualidad, aporta una idea de los aspectos que más inquietud generan en los alumnos adolescentes y, por lo tanto, pueden tomarse como referencia para futuras intervenciones sobre sexualidad saludable.

La información sobre la masturbación, en primer lugar, y el pensamiento sexual es lo más planteado y con necesidad de respuesta para los adolescentes de estas edades.

Al ser anónimo no permite saber qué temas inquietan más por sexos.

Dentro del feed-back que se origina, los chicos preguntas más que las chicas durante la intervención.

Durante la intervención, los chicos preguntan más sobre los cambios físicos de su cuerpo, y las chicas sobre los cambios de estado de ánimo.

Ya que la enfermera escolar es parte del equipo educativo esta actividad no se queda en un taller con varias intervenciones, sino que la relación establecida con los alumnos; permite que demanden información de forma individual sin perjuicios, tanto sobre este tema, como de otros relacionados con la salud.

Otorgar normalidad al tema de la sexualidad en el desarrollo de la actividad ayuda a que los alumnos se animen a participar sin miedos ni perjuicios sobre el tema.

Chicos y chicas de la misma edad, dentro de una misma convivencia escolar plantean diferentes cuestiones cuando están en grupo con sus iguales que cuando lo hacen de forma anónima.

La ausencia de preguntas relacionadas con las enfermedades de transmisión sexual, refleja la necesidad de seguir avanzando en este camino; siendo datos similares a los publicados en otros trabajos consultados⁽¹¹⁾. Las ETS no resultan prioritarias en las demandas de información por parte de los adolescentes.

Esta experiencia coincide con otras publicadas⁽¹²⁾ en la que la promoción de la salud sexual es la base para la prevención de las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados, entre otros problemas no menos importantes derivados de una práctica sexual insana o poco saludable.

Se destaca como característica de este proyecto la propia metodología empleada que ha dado lugar a la consecución del objetivo planteado. El uso de las urnas y mantener la confidencialidad y privacidad ha permitido la conexión entre adolescentes y enfermera, aspecto éste que no se ha encontrado en la bibliografía consultada.

La metodología referida permite a los adolescentes expresarse con libertad y sin miedos, y a la enfermera focalizar las intervenciones de promoción de la salud sexual, además de la relación de confianza establecida entre ambos.

Por lo tanto, consideramos que esta intervención puede ser extrapolada a poblaciones escolares adolescentes similares.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Promoción de la salud: glosario [Internet]. Ginebra: Organización mundial de la salud; Educación para la salud. 1998. <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf> [consultado 27/12/2016].
2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. El ejercicio de la enfermería: Informe de un Comité de expertos de la OMS. Ginebra: OMS; 1996. [consultado 27/12/2016]
3. Diego V. Enfermería Escolar. [TFG]. Cantabria: Universidad de Cantabria; 2015.
4. Proyecto de Enfermería Escolar de Cantabria [sede web]. Santander. [Actualizada en diciembre de 2016; acceso el 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: www.fundacionenfermeriacantabria.org/enfermeria-escolar
5. Proyecto de Enfermería Escolar de Cantabria. Santander. Disponible en: www.fundacionenfermeriacantabria.org/enfermeria-escolar [consultado 6 de diciembre de 2016]
6. Manuel-Pertegas S. Una necesidad actual: La Enfermera Escolar. [TFG]. Castellón de la Plana: Universitat Jaume; 2016.
7. Diego V. Enfermería Escolar. TFG. Cantabria: Universidad de Cantabria; 2015.
8. Sánchez-Moñino T. Educación para la salud en centros docentes no universitarios. En: I Congreso Nacional Enfermería y Salud Escolar. La escuela: Un escenario de desarrollo profesional. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA); 2008. p. 45-51.
9. Definiciones-de.com [Internet] Madrid: 2016. Definición de "sexuado" - ALEGSA © 06/06/2016 Disponible en: <http://www.definiciones-de.com/Definicion/de/sexuado.php>
10. Adelina-Lena O et al. Guía para la educación afectivo- sexual en la ESO "Ni ogros ni princesas" [Internet]. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Disponible en: http://tematico.asturias.es/imujer/upload/documentos/guia_no_ogros_ni_princesas1069.pdf [Consultado 28/Enero /2012]
11. Becerra L, Moreno S, León-Canelón M. Conducta sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas con relación a educación sexual, en adolescentes escolarizados. Espacio Abierto 2006; 15:787-803. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12215405>.
12. Alfaro-González M, Vázquez-Fernández ME, González-Hernando C, Muñoz- Moreno M F, Rodríguez-Molinero L, Fierro-Urturi A. Grupo de Educación para la Salud de la AEP. Hábitos sexuales en los adolescentes de 13 a 18 años. Pediatría Atención Primaria 2015; 17:217-225. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366641641003>.
13. Ríos-Becerril J, Becerril-Amedo P, Maldonado-González V. Intervención educativa de enfermería sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2015; 24 (1): 51-54. Disponible en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/78/135.
14. Carrasco-Fernández, T. Fenomenología del comportamiento y práctica en salud sexual de un grupo de adolescentes escolarizados. Ética de los Cuidados. 2014; 7(14). Disponible en <http://www.index-f.com/eticuidado/n14/et9709.php>
15. García G, María A, Cañadas-De la Fuente GA, González-Jiménez E, Fernández- Castillo R, García-García I. Educar en conductas sexuales saludables: una innovación docente en promoción de la salud. Rev. med. Chile. 2011; 139(10): 1269-1275. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011001000004&lng=es.

Guía básica para la elaboración de una revisión bibliográfica

Autores:

Loreto María García Moyano⁽¹⁾

Oihana Arrazola Alberdi⁽²⁾

Begoña Pellicer García⁽³⁾

Amparo Moyano Ledesma⁽⁴⁾

Jara Tabueña Acin⁽⁵⁾

Irene Fácil Ledesma⁽⁶⁾

⁽¹⁾ *Enfermera Central Esterilización, Hospital San Jorge de Huesca. España.*

⁽²⁾ *Enfermera Servicio Medicina Preventiva, Hospital San Jorge de Huesca. España.*

⁽³⁾ *Becario Pre-Doctoral – FPI. Universidad San Jorge, Zaragoza. España.*

⁽⁴⁾ *Enfermera Servicio de Urgencias, Hospital San Jorge de Huesca. España.*

⁽⁵⁾ *Especialista en Ginecología y Obstetricia, Servicio de Obstetricia, Hospital de Barbastró. España.*

⁽⁶⁾ *Grado en Enfermería.*

Dirección para correspondencia:
loretongarcia@hotmail.com

Recibido: 21 de enero de 2017
Aceptado: 2 de mayo de 2017

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo elaborar una guía básica y breve para poder llevar a cabo una revisión bibliográfica y la posterior redacción de un artículo de revisión.

Palabras clave: revisión bibliográfica, artículo de revisión

ABSTRACT

The main aim of this report is to draw up a basic and concise guide to carry out a bibliographic review and the subsequent drafting of a review article.

Keywords: bibliographic review, bibliographic review

INTRODUCCIÓN

La revisión bibliográfica es un paso fundamental para la redacción de cualquier tipo de artículo de investigación, además de que puede ser un trabajo por sí mismo.

En cuanto al artículo de revisión bibliográfica en sí, es necesario para comenzar, decidir qué tipo de revisión quiere llevarse a cabo. Para ello hay que preguntarse qué es lo que se quiere conocer en profundidad, y posteriormente decidir cuál es el objetivo de la revisión. Para ello es fundamental tener clara la pregunta de investigación a la que se quiere dar respuesta, así como el tipo de objetivo que se pretende lograr, ambos determinan el tipo de revisión a llevar a cabo.

Es importante conocer y profundizar, en este primer momento sobre los diferentes tipos de revisiones. No todas las revisiones deben ser revisiones sistemáticas o amplias, existen gran variedad de clasificaciones sobre ello. No obstante, no es tan importante saber diferenciar entre una revisión descriptiva, un meta-análisis, una revisión sistemática y otros tipos de revisión en profundidad, como la evaluativa, exhaustiva, crítica, etc., si no tener claro el objetivo, es decir, la información necesaria para resolver la cuestión previa y fundamentar en el proceso y en la redacción del artículo las decisiones tomadas.

Las finalidades de la búsqueda podrían ser; un estudio detallado, selectivo y crítico que responde a ¿Qué se sabe de....? y ¿Qué características compone el concepto...?, conocer con que metodologías se han llevado a cabo distintas investigaciones sobre la cuestión, identificar que se conoce del tema y que aspectos son desconocidos o controvertidos, examinar la bibliografía publicada recientemente o antigua, descubrir lo publicado sobre el tema, etc.

Las finalidades de la búsqueda para un estudio detallado, selectivo y crítico podrían ser:

- Responder a: ¿Qué se sabe de....? y ¿Qué características compone el concepto...?
- Conocer con que metodologías se han llevado a cabo distintas investigaciones sobre la cuestión.
- Identificar que se conoce del tema y que aspectos son desconocidos o controvertidos.
- Examinar la bibliografía publicada recientemente o antigua.
- Descubrir lo publicado sobre el tema, etc.

ELECCIÓN DE LAS BASES DE DATOS Y FUENTES DOCUMENTALES

Se llaman fuentes primarias, a artículos principales, libros, etc. Las fuentes secundarias son revisiones (meta-análisis), bases de datos, resúmenes, guías de práctica clínica, etc. o buscadores especializados. En general se suele ir de los secundarios a los primarios, aunque si por ejemplo, se parte de fuentes documentales primarias de gran envergadura se puede realizar al revés.

Para elegir las bases de datos a consultar, primero hay que elegir el idioma. Si se pretende que la revisión sea amplia incluirá el inglés. Se tendrá en cuenta dependiendo del tema a tratar las bases de datos más conocidas, las más relevantes en Ciencias de la Salud, quizás, MedLINE, Embase, PubMed, Ime (Índice médico español), IBECs, etc. y bases específicas del área a estudiar, por ejemplo CINAHL, CUIDEN, BDIE, CUIDATGE, etc., bases de propias de enfermería. Es importante elegir bases reconocidas para que la búsqueda no deje "silencios" pero bases de datos pequeñas son relevantes, sobre todo en temas muy novedosos.

Para completar, si se prevén pocos resultados o tras llevar a cabo una revisión preliminar, se puede llevar a cabo una revisión de delante a atrás, revisando los sumarios de revistas, con alto factor de impacto, muy especializadas en el tema a tratar, etc. Por ejemplo si el interés es sobre algún tema ético relacionado con la enfermería, sería de gran ayuda revisar los sumarios de la revista Nursing Ethics, revista especialista en estos dos ámbitos, con alto factor de impacto.

Antes de limitar la búsqueda es fundamental, elegir las bases de datos a consultar y explorarlas previamente. Esto es fundamental hacerlo previamente debido a que cada base de datos tiene su propio formato a la hora de limitar la búsqueda, es decir, que la búsqueda avanzada no se realiza igual en todas las bases, de hecho puede ocurrir que en alguna base de datos, por ejemplo, no se pueda limitar el año de publicación o puede ocurrir que se quiera buscar dos términos y una base no use el operador "and" si no el "y", etc. Hay que ceñirse a las posibilidades de búsqueda en cada base o realizar búsquedas en ellas manuales.

En cada base de datos existen instrucciones a consultar para limitar adecuadamente la búsqueda, esta lectura ahorra mucho trabajo posterior. No obstante, no debe de dejar de consultarse una base de datos por la dificultad que entrañe dicha búsqueda, dependiendo del formato hay que escoger la forma que reporte mayor número de resultados que manualmente se puedan descartar.

IDENTIFICAR LAS PALABRAS CLAVE O DESCRIPTORES

Se puede empezar por los usados por el artículo principal y su bibliografía o también las extraídas a partir de una revisión de calidad reciente sobre el tema en cuestión.

Hay que evaluar siempre términos alternativos o sinónimos, variantes ortográficas o descriptores o palabras clave en tesauros. Este paso debe hacerse de manera más exhaustiva si resulta dificultoso identificar palabras clave para comenzar la búsqueda.

El recurso del uso de un tesoro, es fácil y resulta rápido y eficaz. El tesoro de MedLINE es llamado Medical Subject Heading (MeSH), se trata de un vocabulario controlado que emplea MedLINE y otras bases de datos biomédicas para procesar la información que se introduce en cada una de ellas, se determinan los temas centrales y colaterales de cada publicación, dichos temas se representan mediante dichos descriptores establecidos en el tesoro. La traducción al castellano de estos, está realizada por BIREME, lo que ha dado lugar a los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). De este modo se elegirán las palabras clave o descriptores definitivos.

LIMITACIONES DE LA BÚSQUEDA

La búsqueda puede ser simple o avanzada, lo lógico es comenzar por la búsqueda simple que, en general, generara un número elevado de resultados. Por ello, de allí, hay que pasar a la búsqueda avanzada; delimitar el tiempo (año de publicación), palabras clave usadas en el título, uso de los operadores booleanos "and/or/not", combinación de las palabras clave por separado, juntas, etc.

Es fundamental registrar permanentemente, la base de datos usada, los términos usados, el número de registros encontrados y la fecha de búsqueda, tanto en la búsqueda simple como tras la combinación de las diferentes palabras clave, y describir la estrategia de búsqueda, es decir, las limitaciones de la búsqueda avanzada. Esto servirá para la posterior redacción del informe final.

Decidir estas limitaciones es una tarea difícil que debe definirse a la luz de resultados de una búsqueda simple, así como de los objetivos de la investigación. Si por ejemplo se busca lo estudiado a lo largo de la historia sobre un tema no será lo mismo que si se pretende conocer el significado actual de un concepto concreto, en este segundo ejemplo de nada servirán trabajos publicados más allá de los cinco años anteriores a la búsqueda, debido a que la información en Ciencias de la Salud se renueva constantemente. No obstante, hay que tener en cuenta que documentación antigua puede ser relevante en un tema concreto. Por ejemplo si se reconoce que una misma referencia "antigua" es citada en varios documentos o si se trata de un documento básico para comprender un tema, o si por ejemplo se busca una teoría concreta o un autor del que se deberá leer sus libros o publicaciones y, por supuesto, referenciarlas.

Por otro lado es importante limitar el idioma, también teniendo en cuenta el objetivo de la investigación, por ejemplo si interesa estudiar el rol de enfermería en los cuidados paliativos en España, no es lógico buscar documentos en inglés, en cam-

bio si se desea comparar la situación española con la americana los documentos en inglés serán fundamentales. No obstante, hay que tener en cuenta que los originales en inglés tienen mayor posibilidad de publicarse, recuperarse y ser citados en comparación con los trabajos que utilizan otro idioma, lo que no significa necesariamente que tengan mayor calidad o sean mejores, por lo que se debe considerarse según el tema a tratar, otros idiomas.

También es importante limitar, si es necesario, por ejemplo si la búsqueda simple arroja gran número de resultados, el uso de los descriptores en el título, resumen, etc. Esto ayudara en gran medida a limitar los resultados de la búsqueda, sobre todo por ejemplo cuando se quiere estudiar un tema que puede estar presente en el cuerpo de muchos documentos. Siguiendo el ejemplo anterior, sería importante limitar los descriptores enfermeros, enfermería, etc. al título de los documentos buscados.

Tras tantear previamente los resultados de todas las posibilidades de limitaciones, se debe establecer una estrategia definitiva de búsqueda.

¿CUÁNTAS REFERENCIAS SON NECESARIAS?

Depende de los resultados hallados según la estrategia de búsqueda, si hay muchos resultados habrá que delimitar el tema más, es decir ajustar la búsqueda, en cambio si las búsquedas simples arrojan pocos resultados la búsqueda deberá ser más amplia, este último caso suele ocurrir con temas novedosos o poco tratados. No obstante hay que intentar mantener un equilibrio entre la exhaustividad y la precisión, hay que tener en cuenta que tras el proceso de búsqueda comienza el análisis crítico que descartará el llamado "ruido", es decir las referencias o documentación que no sirve para el logro del objetivo de la búsqueda. Por ello siempre es mejor hacer una búsqueda amplia para no descartar documentación importante, la precisión será la proporción de los documentos servibles para la revisión planteada.

Es imposible realizar una búsqueda perfecta, hay que tener en cuenta que nunca se podrá lograr una búsqueda totalmente "impecable" ya que influyen diversas variables; el acceso a algunas bases de datos o artículos, la imposibilidad de analizar todos los artículos encontrados, búsquedas poco limitadas, la existencia de artículos que existan pero no estén indexados, lo que imposibilita su descubrimiento, e incluso la subjetividad del investigador. Es por ello fundamental explicar todos los pasos llevados a cabo durante la búsqueda, la justificación de las decisiones tomadas en cuanto a las limitaciones, los criterios de selección y de exclusión de los documentos encontrados, etc. No todos los artículos se pueden llegar a encontrar, hay que ser sincero con los errores o silencios en la búsqueda y no omitirlos porque eso aumentará la credibilidad del trabajo.

Finalmente la búsqueda bibliográfica debe responder a las siguientes cuestiones: ¿Qué se ha buscado?, ¿Cómo se ha buscado?, ¿Dónde se ha buscado?, ¿Cuáles son los resultados?, ¿Por qué los resultados son útiles?

GESTIÓN DE LAS REFERENCIAS

Es muy recomendable el uso de un gestor de referencias, resistirse a usarlos sobre todo cuando se trata de una búsqueda

amplia solo genera complicaciones posteriores y trabajo manual. El gestor ayuda a gestionar los documentos, a encontrar fácilmente los duplicados y a evitar errores en la transcripción de las referencias.

Los gestores de referencias pueden descargarse fácilmente en internet. Es fundamental consultar previamente tutoriales sobre su uso, de hecho muchos gestores están directamente ligados a bases de datos, por lo que automáticamente pueden volcarse los resultados de una búsqueda en ellos. Por ejemplo EndNote Web, CiteULike o RefWorks.

¿ES NECESARIO CONSEGUIR TODOS LOS ARTÍCULOS COMPLETOS?

Hay que tener presente los recursos con los que se cuenta para la obtención de los artículos o documentos íntegros, de hecho algunas bases de datos ofrecen enlaces a texto completo del documento e incluso este puede guardarse en el gestor de referencias. No obstante, para hacer una valoración preliminar, si no es posible conseguir el documento, se puede tomar una decisión de selección sobre el resumen, siempre que se reconozca la imposibilidad de conseguir el documento íntegro.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN ENCONTRADA

Deben ir siempre acorde con los objetivos de la investigación o búsqueda. Hay que tener cuidado y no confundir las limitaciones de búsqueda con los criterios de selección. Por ejemplo si se ha limitado el año de búsqueda, este no debe ser un criterio de selección posterior. Los más usados son el criterio cronológico (cuando interesa saber lo que se ha estudiado en un periodo de tiempo concreto), el metodológico (cuando el objetivo es conocer que métodos o diseños y no tanto los resultados encontrados) y el de posturas temáticas (en torno a temas o áreas de conocimiento, toma su sentido si se quiere hacer una búsqueda amplia de un concepto o tema que forma parte de varias áreas e interesa estudiarlas todas o se compone o engloba de variables de distinta índole (psicológicas, físicas, etc.). Un ejemplo de ellos pueden ser documentos que informen sobre:

- Concepto concreto a buscar.
- Importancia en la práctica clínica.
- Escalas/cuestionarios para "medirlo".
- Categorías o áreas o variables que engloba el concepto.
- Artículos o bibliografía relacionada con una profesión o estamento concreto o población.
- Enseñanza o estrategia para alcanzar mejores resultados.
- Descripción de metodología usada.
- Marco teórico usado.

ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD, FIABILIDAD Y VALIDEZ

Una vez seleccionados las referencias o documentos provisionales se deben analizar de manera pormenorizada; la meto-

dología usada, el título, la credibilidad del autor/es en la experiencia sobre el tema, la concreción del resumen, la aplicabilidad de los resultados, el factor de impacto de la revista y la bibliografía usada.

Tras esta primera fase se realiza la lectura crítica en profundidad, por ejemplo puede usarse el llamado programa Caspe para la lectura crítica (2005), donde se pregunta fundamentalmente:

- Validez: ¿Se puede confiar en los resultados?
- Precisión: ¿Cuáles son los resultados?
- ¿Es aplicable a lo que se busca?

La lectura crítica es crucial, porque la revisión no busca clasificar los tipos de estudio o resultados obtenidos sobre un tema concreto si no que debe aportar al lector algo más de lo que él sacaría leyendo dichos artículos, debe dar una visión amplia y con perspectiva de lo que se sabe y ha estudiado del tema y que diseños han sido o no, más o menos acertados... si hay aspectos no tratados (vacío bibliográfico), etc.

Lo normal es que se desechen varias referencias primarias por tener poca utilidad para el objetivo de la revisión sobre todo si está confuso o difuminado. Finalmente se quedara con un número concreto de seleccionados definitivos.

ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Con los resultados definitivos es necesario tabular u ordenar la información encontrada por ejemplo según el año, revista, factor de impacto, descriptores o palabras clave usadas en el título, idioma, país, objetivo, tamaño de la muestra (si la hubiese), diseño/metodología, uso de instrumentos, resultados, conclusiones y evidencia de validez/fiabilidad.

Para la evaluación de la validez o fiabilidad atendiendo a criterios de importancia para la investigación, por ejemplo: Objetivos claramente descritos, diseño del estudio adecuadamente definido, métodos de investigación apropiados, instrumentos claramente descritos, referencia explícita a los conceptos de validez y fiabilidad, resultados y conclusiones de interés.

REDACCIÓN DEL ARTÍCULO

La estructura es parecida al de cualquier original, aunque la introducción debe ser más extensa, donde se explica la necesidad de abordar el tema. Es fundamental describir los métodos y estrategias de búsqueda de manera pormenorizada, la elección de las fuentes de información, los criterios de selección, las variables estudiadas (revista, autor, año, factor de impacto, diseño, marco teórico, etc.), el análisis de la variabilidad, fiabilidad y validez, etc. En los apartados de los resultados y la discusión se debe analizar las cualidades de los artículos, la organización llevada a cabo, la combinación de los diferentes o similares resultados encontrados y la crítica hacia los diseños, sesgos o conclusiones. En las conclusiones destacar las conclusiones del análisis, las nuevas hipótesis y las líneas futuras de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

I. Biblioteca del Instituto de Ciencias de la Salud. Guía para hacer búsquedas bibliográficas. Actualización abril 2012. Disponible en: <http://>

Loreto María García Moyano, Oihana Arrazola Alberdi, Begoña Pellicer García, Amparo Moyano Ledesma, Jara Tabueña Acin, Irene Fácil Ledesma

ics.jccm.es/uploads/media/Guia_para_hacer_búsquedas_bibliograficas.pdf

II. Burns N, Grove SK. Investigación en enfermería. 3ª ed. Barcelona. Elsevier; 2004.

III. Fernández Lasquetty Blanc B. Introducción a la investigación en Enfermería. Madrid. DAE; 2013.

IV. Gálvez Toro A. Revisión bibliográfica: usos y utilidades. *Matronas Prof.* 2002; (10): 25-31.

V. Guirao Goris JA, Olmedo Salas A, Ferrer Ferrandis E. El artículo de revisión. *RIdEC.* 2008; 1(1).

VI. Pedraz A. La revisión bibliográfica. *Nure Inv.* 2004; 2.

VII. Pinillo León AL, Cañedo Andalia R. EL MeSH: una herramienta clave para la búsqueda de información en la base de datos MedLINE. *Acimed* 2005; 13(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol13_2_05/aci06205.htm

VIII. Roussos A. Preparación de una revisión bibliográfica para su publicación cuando un solo artículo nos habla de muchos trabajos. *Reportes de investigación.* 2011; 1: 1-7.

IX. Salamanca Castro AB. El aeiou de la investigación en enfermería. *Getafe (Madrid). FUDEN;* 2013.

X. Vilanova JC. Revisión bibliográfica del tema de estudio de un proyecto de investigación. *Radiología.* 2012; 54(2): 108-114.

Estimada directora,

En la actualidad, los Microorganismos Multirresistentes (MMR) son una de las amenazas para la salud pública a nivel mundial. De hecho, la Organización Mundial de la Salud considera las infecciones ocasionadas por MMR como una de las enfermedades emergentes en la actualidad.

Los MMR son aquellos microorganismos que son resistentes a dos o más grupos antimicrobianos, utilizados habitualmente en el tratamiento de las infecciones y que esta resistencia tenga relevancia clínica, pudiendo existir algunas excepciones. La presencia de los MMR limita establecer un tratamiento efectivo frente a las infecciones producidas por estos microorganismos, pudiendo prolongar la estancia hospitalaria, incrementar los costes asistenciales y aumentar la mortalidad.

La multirresistencia afecta tanto a bacterias grampositivas entre las que se incluyen el SARM, o *Enterococcus faecalis* / *faecium*, como a las gramnegativas, por ejemplo, las *Enterobacterias* productoras de βlactamasa de espectro extendido (BLEE), de AmpC plasmídica o de Carbapenemasas, la *Pseudomona Aeruginosa* y el *Acinetobacter baumannii* complex.

En un principio los MMR se encontraron sobre todo en los hospitales, pero se han ido extendiendo y traspasando el ámbito del hospital. Cada vez más frecuentemente se pueden encontrar en la comunidad y en centros sociosanitarios.

Para controlar y prevenir las infecciones, durante la atención sanitaria es fundamental que el personal aplique las precauciones estándares a todos los pacientes, ya que todas las personas podemos ser portadoras de un MMR. Estas precauciones estándares son medidas simples que, bien aplicadas, pueden disminuir gran parte de las infecciones. Consisten en la adecuada higiene de manos y el uso de bata, guantes, protección ocular cuando se precise.

Sobre todo en el ámbito hospitalario, se deberán aplicar las medidas de probada eficacia para controlar la diseminación de los MMR una vez que sepamos que una persona tiene un MMR. Estas medidas son:

- La práctica de la higiene de manos: La higiene de manos se pueden realizar tanto con soluciones hidroalcohólicas como con agua y jabón. La Organización Mundial de la Salud define los diferentes momentos de la higiene de manos en función del nivel de atención que se esté prestando.
- La aplicación de las medidas de contacto: La transmisión de estos MMR puede ser por contacto directo, es decir, piel con piel o por contacto indirecto, el contacto de la persona susceptible con un objeto contaminado del entorno. Las medidas de contacto a aplicar son la higiene de manos y el uso de guantes y bata para atender al paciente, habitación individual y restricción de visitas.
- La vigilancia activa de casos: permite la detección de nuevas personas con MMR y monitorizar las tendencias epidemiológicas de los MMR en nuestro ámbito.
- La limpieza y desinfección de superficies: El entorno del

paciente y el material clínico utilizado debe ser limpiado y desinfectado tras su uso para evitar la transmisión de infecciones por contacto indirecto. Esto se aplicará en todos los niveles de atención sanitaria.

Las infecciones causadas por MMR son un tema de actualidad. Estrategias para controlar la situación en el ámbito sanitario pasan sobre todo por una correcta política antibiótica y una buena formación de los profesionales para sensibilizarles en este tema y mejorar la aplicación de las medidas de control. Además, la sensibilización favorecerá que los profesionales podamos transmitir una información veraz tanto a las personas con MMR como a sus familiares.

Las personas con MMR suelen precisar atención en todos los niveles asistenciales. Una historia clínica electrónica compartida, puede facilitar tanto la continuidad asistencial como la identificación de estas personas con MMR para poder aplicar las medidas de prevención y control a tiempo.

Es responsabilidad de todos controlar y prevenir la diseminación de los MMR.

Bibliografía

- Antimicrobial resistance. Global report on surveillance 2014. World Health Organization. 2014 [Internet] [Acceso 30/05/2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112642/1/9789241564748_eng.pdf
- Resistencia a los antimicrobianos. Nota descriptiva. Año 2016. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. [Acceso 02/06/2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/es/>
- Manual Técnico de referencia para la higiene de manos. 2009. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. [Acceso 30/05/2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102537/1/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf?ua=1
- Guideline for Isolation Precautions. 2007. Center for Disease Control and Prevention. [Internet]. [Acceso 30/05/2017]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/>
- Revista Médica Valdecilla. 2016; 1: 26-34. [Internet]. [Acceso 30/05/2017]. Disponible en: <http://www.humv.es/revista-valdecilla/?volumen=1&numero=1>

Autores

- Trinidad Valle Madrazo. Enfermera del Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
- Mercedes Fabo Navarro. Enfermera del Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
- Reinhard Wallmann. FEA Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
- Alonso Sánchez-Migallón Naranjo. MIR Medicina Preventiva y Salud Pública.
- Asunción Aja Herrero. Enfermera del Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
- Teresa Portal María. Enfermera del Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Ficha bibliográfica

Nombre: "Un gesto salvador"
Autor: Thierry Crouzet
Editorial: Editorial L'Age de l'Homme
Fecha de edición: 2014

Género literario: Biografía, divulgación

Breve resumen de la obra: Thierry Crouzet, escritor francés, aborda en este libro la cruzada de un epidemiólogo suizo, Didier Pittet, contra la infección en el medio sanitario. "Tal vez no lo sepa, pero una innovación ha cambiado su vida". El gesto de lavarse las manos, es la tecnología punta que Pittet ha conseguido introducir en la sanidad a nivel mundial, salvando millones de vidas cada año. Crouzet narra la batalla por conseguirlo.



Este libro bien podría titularse "La lucha". Aun habiendo leído infinidad de textos, artículos o libros sobre prevención de las infecciones, ningún otro es capaz de transmitir, con precisión casi cinematográfica, la tarea emprendida por Pittet y su equipo en favor de la higiene de manos.

Todos los años, desde hace ya más de diez, la Organización Mundial de la Salud, sistemática y repetitivamente, insiste en su mensaje: "Atención limpia es atención segura", "La higiene de manos salva vidas", "Salve vidas: lávese las manos". Para los profesionales de la salud, este libro aporta una visión completamente distinta, y pone en valor el movimiento por la higiene en la atención sanitaria.

El lector descubrirá que la preocupación por el lavado de manos no surge como una imposición desde lejanos despachos, sino que emerge del trabajo diario de los profesionales de a pie, que diseñaron una estrategia y un producto para conseguir que sus compañeros pudiesen trabajar más cómoda y rápidamente, sin estropearse la piel, protegiendo a sus pacientes y a ellos mismos.

"Un gesto salvador" cuenta la historia de Didier Pittet, el hombre que ideó la estrategia multimodal de higiene de manos, y de su equipo. Al lector probablemente le sorprenderá descubrir que el producto de base alcohólica que hoy en día utilizamos tan habitualmente, nació como respuesta local a la falta de tiempo de los profesionales para lavarse las manos con agua y jabón. Que la fórmula inicial

fue desarrollada por una sola persona, en el propio hospital; que fue una enfermera quién ideó los sistemas para colocar el producto a pie de cama, o lo más importante: la fórmula no ha sido patentada; sino que ha sido difundida bajo el auspicio de la OMS, para su uso público.

Quizá se sonría leyendo que el formato en gel que conocemos, nació gracias a las protestas del personal de mantenimiento por los desperfectos que los restos de alcohol causaban en el suelo, que la estrategia estuvo a punto de naufragar en algunos países por reticencias a usar alcohol por motivos religiosos, de seguridad, o incluso estéticos.

Crouzet perfila el personaje de Pittet como un líder carismático, perseverante, conciliador. Como nos adelanta Margaret Chan, ex-Directora General de la OMS, en el prólogo: "Se podrán sacar muchas conclusiones de una historia maravillosamente bien contada en este libro".

M^a Paz Álvarez García. Enfermera.

Los derechos de "Un gesto salvador" han sido cedidos por el autor al Fondo Clean Hands Save Lives, lanzado por Didier Pittet y respaldado por la Fundación Philanthropia. El libro está disponible para su descarga gratuita desde la web <http://www.cleanhandssavelives.org/>, o para su compra solidaria, también a través de internet. Por cada libro comprado, la fundación proporciona una botella de producto hidroalcohólico para la higiene de manos a un trabajador sanitario de un país en vías de desarrollo.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

Agenda =

AGENDA DE CONGRESOS – JORNADAS

IX JORNADAS NACIONALES DE LA ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA (AEC)

“Educación para la Salud, Compromiso Comunitario”

Teruel, 21 y 22 de septiembre de 2017

Organizado por la Asociación de Enfermería Comunitaria
Más información: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/>

XXVI CONGRESO DE NEONATOLOGÍA Y MEDICINA PERINATAL Y DEL VI CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEONATAL

Zaragoza, 27 a 29 de Septiembre de 2017

Organizado por la Sociedad Española de Neonatología (Seno) y Sociedad Española de Enfermería Neonatal (SEEN)
Más información: <http://www.congresoneonatologia2017.com>

42º CONGRESO NACIONAL SEDEN

Burgos, 9 a 11 de Octubre de 2017

Organizado por la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica
Más información: <https://congresoseden.es/es/>

XXVIII CONGRESO NACIONAL DE LA ASEEDAR-TD

“Por una práctica sanitaria segura y sin dolor”

Málaga, 18 a 20 de Octubre de 2017

Organizado por la Asociación Española de Enfermería de anestesia reanimación y terapia del dolor.
Más información: <http://www.aseedar-td.org/node/124>

XXXV CONGRESO SECA

“Adecuación y eficiencia: menos es más”

Tarragona, 18 a 20 de Octubre de 2017

Organizado por la Sociedad Española de Calidad Asistencial
Más información: <http://calidadasistencial.es>

22º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA HEMATOLÓGICA

Granada, 2 a 4 de Noviembre de 2017

Organizado por la Asociación Nacional de Enfermería Hematológica
Más información: <http://www.aneh.es>

38 CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN UROLOGÍA

“Compartiendo conocimientos y empoderando personas”

Toledo, 9 a 11 de Noviembre de 2017

Organizado por la Asociación Española de Enfermería en Urología
Más información: <http://enfuro.es/bienvenidatoledo.html>

XXI ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS

Madrid, 14 a 17 de Noviembre de 2017

Organizado por la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén- Isciii)
Más información: <https://encuentros.isciii.es/madrid2017/es/index.html>

9º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Toledo, 17 y 18 de Noviembre de 2017

Organizado por la Asociación Española de Enfermería Endoscópica Digestiva
Más información: <http://aeeed.com>

XXXIX CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

Vigo, 9 a 11 de Mayo de 2018

Organizado por la Asociación Española de Enfermería en Cardiología
Más información: <https://www.enfermeriaencardiologia.com>

CURSOS DE VERANO DE LA UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

UNA VISIÓN DE LA VIDA Y DE LA MUERTE DESDE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Laredo, del 26 al 30 de Junio de 2017

Director: Rosa Díez Cagigal

ACTUALIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (10ª EDICIÓN)

Laredo, del 3 al 7 de Julio de 2017

Director: María Pilar Manterola Pérez

PRÁCTICA CLÍNICA EN ENFERMERÍA A PERSONAS CON ALTERACIONES CARDIOVASCULARES. XI EDICIÓN

Laredo, del 10 al 12 de Julio de 2017

Directora: Ana Rosa Alconero Camarero

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN LOS DISTINTOS CICLOS VITALES

Laredo, del 10 al 12 de Julio de 2017

Directores: Javier Aranceta Bartrina y María Carmen Pérez Rodrigo

EL CUIDADO DE LA DEMENCIA EN CANTABRIA: ¿ESTAMOS A LA ALTURA DEL RETO?

Laredo, 17 y 18 de Julio de 2017

Directores: Pascual Sánchez Juan y Carmen María Sarabia Cobo

ATENCIÓN INICIAL AL NIÑO Y ADULTO EN SITUACIONES CRÍTICAS: PAUTAS Y TÉCNICAS DE ACTUACIÓN EN ENFERMERÍA

Laredo, 17 a 19 de Julio de 2017

Director: Inmaculada Torrijos Rodríguez

ABORDAJE DE LAS SITUACIONES URGENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Laredo, del 31 de Julio al 4 de Agosto de 2017

Directores: Héctor Alonso Valle y Jose Ignacio Cantero Santamaría

Información para matrículas: <http://web.unican.es/cursosdeverano/Alumnos/Paginas/Matricula.aspx>

Y ahora...¿qué?

SIN PRESCRIPCIÓN NO HAY PROFESIÓN



COLEGIO DE ENFERMERÍA
DE CANTABRIA

NORMAS DE PUBLICACIÓN

NUBEROS CIENTÍFICA es una publicación de carácter científico de la Fundación de Enfermería de Cantabria.

Sus principales objetivos son: promover la investigación científica enfermera y difundir la producción científica a los profesionales de Enfermería y de la salud en general.

En la publicación tienen cabida todos los temas relacionados con aspectos clínico-asistenciales, de metodología científica de trabajo (NANDA, NIC, NOC), de calidad de cuidados, de aspectos socio sanitarios o comunitarios, de salud laboral, de salud medioambiental, de gestión, de docencia y de formación. Todo ello con la perspectiva de enfermería basada en la evidencia científica.

Las normas para la publicación de trabajos y estudios están basadas, fundamentalmente, en las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas según la última revisión disponible, puede consultarse una revisión traducida al castellano en: http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad.pdf

Normas generales de publicación

Los manuscritos de los trabajos se enviarán a la dirección electrónica del Colegio de Enfermería de Cantabria: colegio@enfermeriacantabria.com con una carta de presentación solicitando la publicación donde constará expresamente si el trabajo ha sido o no presentado o publicado en otro evento, revista científica, repositorio o archivo. Además si existe o no algún conflicto de intereses.

Normas:

- La extensión máxima será de 4.000 palabras, excepto los manuscritos de carácter cualitativo que serán a criterio de la revisora correspondiente.
- Tipo de letra Times New Roman, cuerpo 12, espaciado e interlineado normales
- Evitar "negritas", subrayados o mayúsculas para resaltar
- Deberán evitarse las abreviaturas o siglas, cuando sea necesario se explicará -la primera vez- entre paréntesis su significado.
- Se exceptúan las unidades de medida del Sistema Internacional.
- Utilizar entrecorridos para citas textuales
- Utilizar cursiva para palabras en otro idioma o en latín.
- No numerar las páginas.

En la primera página se incluirá por orden:

- Título del artículo
- Nombre y apellidos de los autores (máximo seis)
- Lugar de trabajo y departamento o institución
- Identificación de autor principal y responsable del manuscrito y su dirección electrónica para correspondencia.
- Apoyos recibidos (si existieran) para la realización del estudio o trabajo.

Todas las personas que figuran como autores 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 hará constar, de manera resumida (RESUMEN y ABSTRACT) y en 200 palabras (español e inglés), un texto que esboce:

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

Al final de este RESUMEN se incluirán, como palabras clave, entre 3 y 10 palabras o frases cortas (según leguajes DeCS o MeSH) que permitirán indexar el artículo en las bases de datos.

En las siguientes páginas se incluirá el texto del trabajo o estudio, dividiendo claramente los apartados del mismo.

Los **trabajos o estudios científico técnicos de investigación** deben seguir (de manera general) las fases de la metodología científica:

1. Título
2. Resumen-Abstract. Palabras clave
3. Introducción-Estado actual del tema
4. Justificación.
5. Objetivos: general y/o específicos.
6. Metodología

7. Resultados.
8. Discusión-Conclusiones. Aportación del trabajo a la comunidad científica o a la sociedad en su conjunto.
9. Bibliografía.
10. Anexos.

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

1. Título
2. Resumen-Abstract. Palabras clave
3. Introducción (importancia del tema, puesta al día y justificación de estudio cualitativo)
4. Objetivo/s
5. Metodología propia cualitativa: narrativa clínica, relato biográfico, entrevista en profundidad, grupo de discusión..., incluyendo el desarrollo del propio trabajo.
6. Discusión-Conclusiones
7. Bibliografía

Las **monografías o revisiones bibliográficas**, las siguientes normas:

1. Título
2. Resumen-abstract
3. Palabras clave
4. Introducción-Estado actual del tema
5. Justificación
6. Objetivo
7. Metodología de búsquedas bibliográficas
8. Resultados
9. Discusión-Conclusiones
10. Bibliografía

Las **cartas al director**, serán:

- Dirigidas a la Sra. Directora
- El texto tendrá una extensión de no más de 700 palabras
- Una sola tabla figura o gráfico si se requiere
- Un máximo de 5 referencias bibliográficas.

Ilustraciones, tablas, gráficos, fotografías o dibujos

- Se incluirán en el texto del manuscrito en el lugar correspondiente. Serán sencillas, con título breve y se explicarán al pie. Serán de formato similar.
- Se presentarán realizadas mediante aplicación informática. Deben estar correctamente referenciadas en el texto.
- Se admite un máximo de cuatro por trabajo. Serán en archivo de alta resolución (300 ppp) y formatos JPEG o TIF

Referencias bibliográficas

- Deben presentarse correlativamente según el orden de aparición en el texto.
- En el artículo aparecerán con un número superíndice.
- Se recomienda un máximo de no más de 30 referencias, deben basarse en las normas del National Library of Medicine http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

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 identificarán a los pacientes o enfermos ni con nombres ni con iniciales
- Las fotografías, si existieran, no identificarán a las personas
- Se informará a personas e instituciones, solicitando su consentimiento, de la realización del trabajo.
- Se adjuntará (en anexos) fotocopias de los permisos o autorizaciones, así como el dictamen del Comité de Bioética o de Ensayos Clínicos de la Comunidad Autónoma.

Relación de documentos que deben contener los trabajos a enviar vía e mail

- Carta de presentación.
- Certificado de autoría.
- Texto del manuscrito.



¿Cuáles son tus metas?

**Estamos para hacer por ti
lo que tú haces por los demás**

M^a Teresa Chueca González de Langarica
Family Banker
Agente Representante de Banco Mediolanum
M. 669 936 596
mariateresa.chueca@bancomediolanum.es
www.bancomediolanum.es

 **mediolanum** BANCO