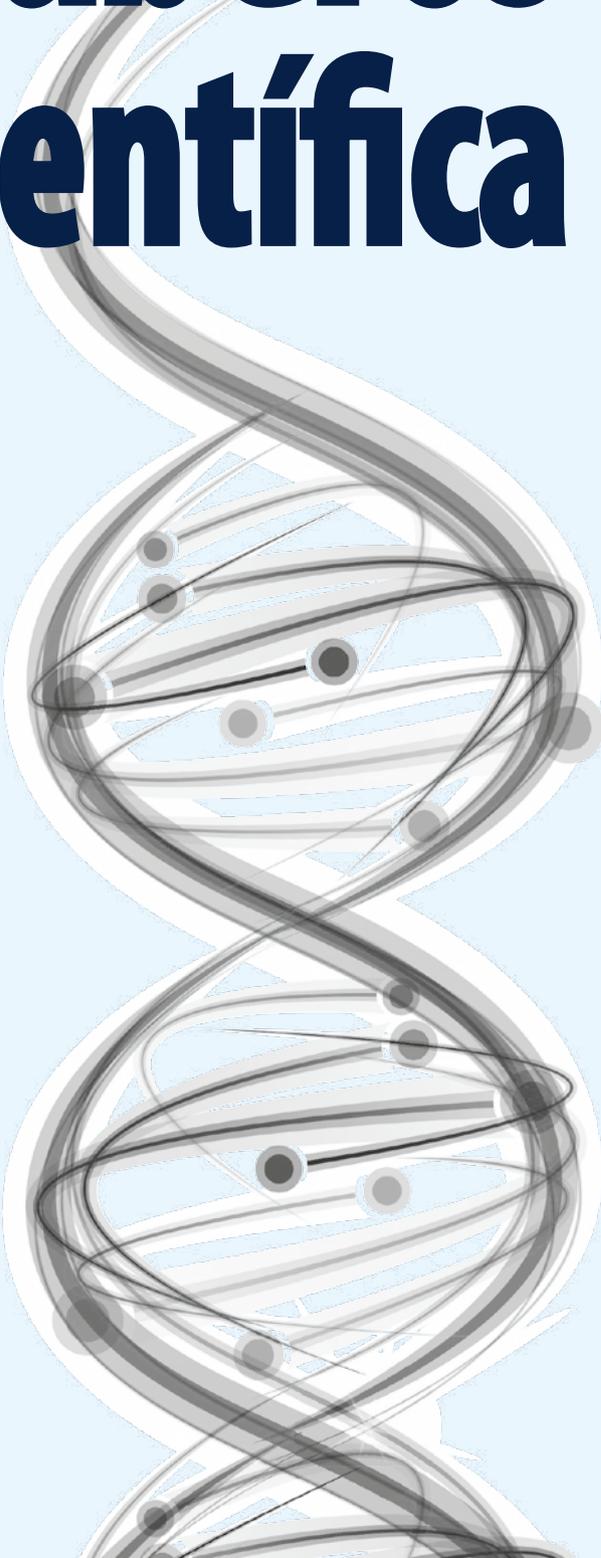


# Nuberos Científica



## **INVESTIGACIÓN CUALITATIVA**

La experiencia vivida por las personas que padecen Diabetes: cuerpos, cifras y normas.

Patricia López Calderón, Carlos Hernández Jiménez, Mercedes Carrera Escobedo

Poliomielitis y síndrome postpolio. Toda una vida superando obstáculos.

Marta Saiz Echezarreta

## **INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA**

Desnutrición en población geriátrica. Estudio de prevalencia.

María Lara Bielsa Antúnez, María López Gándara

Actuación Enfermera en el Intervencionismo de Mama: Biopsias Asistidas por Vacío.

M. Dolores Romo Rueda, Laura Fernández Rodríguez, Dolores España Pérez, Margarita Castrillo Diez, Matilde Nogal Charro, J. Manuel Diez Seco

## **PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**

Adaptación al español y validación del cuestionario nutricional Must en población anciana con riesgo de úlceras por presión en la Comunidad Autónoma de Cantabria.

Isabel Sierra Setién, Andrea González García, Vanesa Martínez González, Rosa Ana López García, Elena Pérez Martín

La experiencia vivida del profesional de enfermería en la atención de pacientes sordos.

M<sup>a</sup> Lara Bielsa Antúnez

## **REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS**

Disfagia orofaríngea en el anciano hospitalizado: prevalencia, métodos diagnósticos y cuidados de enfermería.

M<sup>a</sup> Victoria Sánchez Peláez

Cuidar al cuidador informal.

María Gómez Soto

## **MONOGRAFÍAS**

Monografía del Consentimiento informado.

David Ramos Sáiz

Origen y evolución de la matronería.

Eva Díez Paz, Ana Casteleiro Vallina

## **ENFERMERÍA HOSPITALARIA**

Plan de cuidados estandarizado durante el puerperio inmediato del parto normal.

Izaskun Laurrieta-Saiz, Alicia Alonso-Salcines, Ana Rosa Alconero-Camarero, María Teresa Gil-Urquiza, Oihane Terán-Muñoz y Marta López-Mirones

## **CARTAS AL DIRECTOR**

## **COMENTARIO DE LIBRO**

## **AGENDA**



FUNDACIÓN de  
la ENFERMERÍA  
de CANTABRIA

# Nuberos Científica

VOL. 2 NÚM. 15

MARZO - JUNIO 2015

## REVISTA DE LA FUNDACIÓN DE LA ENFERMERÍA DE CANTABRIA

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

### MAQUETACIÓN E IMPRESIÓN:

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

Revista indexada  
en la base de datos



Inclusión de la  
Revista Nuberos en  
la base de datos



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



ISSN: 2173-822X

Dep. Legal: SA-135-2011

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

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

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

### DIRECCIÓN:

#### **Pilar Elena Sinobas**

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

### CONSEJO ASESOR:

#### **Ana Rosa Alconero Camarero**

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

#### **Rocío Cardeñoso Herrero**

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

#### **Mario Corral García**

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

#### **Pedro Muñoz Cacho**

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

#### **Javier Velasco Montes**

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

### CONSEJO DE REDACCIÓN:

#### **Nuria Alonso Peña**

Graduada en Enfermería. Área Quirúrgica del H. U. Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

#### **Montserrat Carrera López**

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

#### **Cristina Dimoni PhD, MSc**

Head Nurse. 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)

#### **Miriam García Martínez**

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

#### **Manuel Herrero Montes**

Diplomado en Enfermería. Formación en Investigación. Unidad de Hemodiálisis del H.U. Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

#### **Raquel López Maza**

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

#### **Laura Ruiz Iglesias**

Diplomada Universitaria en Enfermería. Máster Universitario en Ciencias de la Enfermería en Docencia, Gestión e Investigación. Servicio de Ginecología, Obstetricia y Pediatría del Hospital Comarcal de Laredo. (Cantabria-España)

#### **Graciela Saiz Fernández**

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

#### **María Cruz Santamaría Martínez**

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

# SUMARIO

## NUMEROS CIENTÍFICA

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

## NUMEROS CIENTÍFICA

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

### INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

- 6** LA EXPERIENCIA VIVIDA POR LAS PERSONAS QUE PADECEN DIABETES: CUERPOS, CIFRAS Y NORMAS.  
Patricia López Calderón, Carlos Hernández Jiménez, Mercedes Carrera Escobedo
- 14** POLIOMIELITIS Y SÍNDROME POSTPOLIO. TODA UNA VIDA SUPERANDO OBSTÁCULOS.  
Marta Saiz Echezarreta

### INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

- 18** DESNUTRICIÓN EN POBLACIÓN GERIÁTRICA. ESTUDIO DE PREVALENCIA.  
María Lara Bielsa Antúnez, María López Gándara
- 24** ACTUACIÓN ENFERMERA EN EL INTERVENCIÓNISMO DE MAMA: BIOPSIAS ASISTIDAS POR VACÍO.  
M. Dolores Romo Rueda, Laura Fernández Rodríguez, Dolores España Pérez, Margarita Castrillo Díez, Matilde Nogal Charro, J. Manuel Díez Seco

### PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

- 34** ADAPTACIÓN AL ESPAÑOL Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO NUTRICIONAL MUST EN POBLACIÓN ANCIANA CON RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA.  
Isabel Sierra Setién, Andrea González García, Vanesa Martínez González, Rosa Ana López García, Elena Pérez Martín
- 42** LA EXPERIENCIA VIVIDA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES SORDOS.  
M<sup>a</sup> Lara Bielsa Antúnez

### REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

- 49** DISFAGIA OROFARÍNGEA EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO: PREVALENCIA, MÉTODOS DIAGNÓSTICOS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA.  
M<sup>a</sup> Victoria Sánchez Peláez
- 57** CUIDAR AL CUIDADOR INFORMAL.  
María Gómez Soto

### MONOGRAFÍAS

- 63** MONOGRAFÍA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.  
David Ramos Sáiz
- 69** ORIGEN Y EVOLUCIÓN DE LA MATRONERÍA.  
Eva Díez Paz, Ana Casteleiro Vallina

### ENFERMERÍA HOSPITALARIA

- 74** PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO DEL PARTO NORMAL.  
Izaskun Laurrieta-Saiz, Alicia Alonso-Salcines, Ana Rosa Alconero-Camarero, María Teresa Gil-Urquiza, Oihane Terán-Muñoz y Marta López-Mirones

### 81 CARTAS AL DIRECTOR

### 82 COMENTARIO DE LIBRO

### 83 AGENDA

## HAGAMOS HISTORIA

Hemos tenido el privilegio de que se haya celebrado en Santander el XIV Congreso Nacional y IX Internacional de Historia de la Enfermería, coincidiendo con una fecha tan emblemática como es el centenario del reconocimiento oficial de la enfermera en España. La solicitud de dicho reconocimiento fue realizada por las Siervas de María, para que se les permitiese obtener la titulación en la Escuela que habían creado en las instalaciones de su Orden en Madrid en 1914, y así evitar los desplazamientos para formarse a la ciudad de Roma.

Este hecho tiene un valor añadido y es que el 7 de Mayo de 1915, fecha en que se firma la Real Orden por la que la Enfermería se convierte en profesión, España estaba sumergida en un periodo de gran inestabilidad política, con continuos cambios en el gobierno y con leyes y normativas que cambiaban dependiendo de quien estuviese en ese momento ocupando el poder. El nivel de analfabetismo era muy alto a pesar de la ley reguladora de la enseñanza de 1857, conocida como *Ley de Moyano* y que promulgaba la enseñanza primaria obligatoria desde los 6 a los 9 años, la escolaridad obligatoria en 1909 se amplió hasta los 12 años.

A pesar de la regulación oficial del título, cuando inició su andadura en el año 1929 la Escuela de Enfermería "Casa de Salud Valdecilla", no se observaban cambios en las prácticas asistenciales existentes, como era la prestación de cuidados a cargo de monjas o por otro tipo de personal sin la adecuada cualificación.

En 1928 el director técnico-administrativo de la "Casa de Salud Valdecilla", el doctor Wenceslao López Albo, creyó que era fundamental disponer de enfermeras con una formación sólida y competente para asegurar una correcta organización del centro hospitalario. Era necesario que la Escuela que nacía en ese momento siguiera el "modelo Nightingale", es decir, el modelo de enfermería profesional nacido en Inglaterra.

El director designado para este proyecto fue el ginecólogo Manuel Usandizaga Soraluze y como subdirectora, la enfermera y médica M<sup>a</sup> Teresa Junquera Ibrán. María Teresa obtuvo el título de enfermera de la Cruz Roja en 1911 en la Escuela de Bayona y trabajó como enfermera en el Hospital Val de Grâce de París, antes de iniciar sus estudios de Medicina y Cirugía.

En 1926 visitó el Hospital de St. Thomas en Londres y pudo ver de primera mano los métodos de Florence Nightingale, una de las experiencias que la marcaron profesionalmente durante su estancia en Londres y que quiso trasladar a la Escuela de Enfermería "Casa de Salud Valdecilla".

Proyecto que no se habría llevado a cabo sin la visión de futuro que tenía López Albo, de que formación y práctica tenían que ir de la mano.

Es curioso que hoy en día en muchos foros y como no, también en el Congreso de Historia de la Enfermería, este hecho siga en plena actualidad junto con la falta de visibilidad de nuestra profesión en la sociedad.

Evelyn Adam, Profesora emérita de la Universidad de Montreal y referente mundial de la Enfermería, ya comentó en el año 2006:

*Lo esencial es adoptar una concepción de la disciplina que proporcione unas directrices claras para los tres ámbitos de actuación de toda disciplina profesional: la práctica, la formación y la investigación. [...] Asimismo, me obstino en tener la esperanza que otras enfermeras del ámbito clínico, de la formación o de la investigación, intentarán convencer, no solamente a sus colegas, sino también a los políticos, legisladores, administradores y diferentes organismos de la importancia para la salud de las atenciones enfermeras.*

**Raquel López Maza**  
**M. Luz Fernández Núñez**  
Enfermeras

# RESUMEN DE CONTENIDOS

## INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

**La experiencia vivida por las personas que padecen Diabetes: cuerpos, cifras y normas.** La diabetes se ha convertido hoy en día en un importante problema de salud pública debido a su alta prevalencia y al coste social y sanitario. En este estudio de carácter cualitativo se explora en la experiencia vivida de las personas que padecen Diabetes mellitus tipo II, ayudando a los profesionales a la hora de identificar las necesidades de estos pacientes y la creación de programas de educación y promoción de la Salud.

**Poliomielitis.** Relato biográfico de una mujer que narra las consecuencias que ha tenido en su vida la enfermedad de la poliomielitis. Actualmente y con más de 60 años de edad, describe las secuelas de esta enfermedad y los síntomas musculoesqueléticos y neurológicos a los que tiene que enfrentarse cada día, el denominado "síndrome post polio".

## INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

**Desnutrición en población geriátrica. Estudio de prevalencia.** Se trata de un estudio descriptivo desarrollado en el contexto geriátrico con población residente. Su objetivo es estudiar la prevalencia de desnutrición.

Tras los resultados, se propone protocolos específicos nutricionales y seguimiento de esta importante necesidad de cuidado en los ancianos, además de formación para el personal encargado de garantizarla de forma completa.

**Actuación Enfermera en el Intervencionismo de Mama: Biopsias Asistidas por Vacío.** Estudio observacional en el que se analizan las actuaciones de enfermería realizadas sobre las mujeres a las que, durante dos años, se les han practicado diversas técnicas de intervencionismo guiado por imagen y sus resultados con el fin de evaluar los diferentes procedimientos empleados y mejorar la calidad de la asistencia.

## PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

**Adaptación al español y validación del cuestionario nutricional Must en población anciana con riesgo de úlceras por presión en la Comunidad Autónoma de Cantabria.** Proyecto de investigación en el que se plantea adaptar al español y validar el instrumento nutricional MUST en pacientes mayores de 65 años con riesgo de desarrollar UPP a través de la validez diagnóstica (en comparación con el MNA-SF) y además, determinar la validez pronóstica del MUST a través de la relación entre el alto riesgo de desnutrición y la incidencia de UPP.

**La experiencia vivida del profesional de enfermería en la atención de pacientes sordos.** El proceso de la comunicación constituye una de las necesidades básicas del ser humano en cualquier ámbito de su vida. Los profesionales de la enferme-

ría permanecen en constante contacto con los pacientes, y por tanto mantienen un constante proceso comunicativo, pero ¿qué sucede cuando un paciente presenta un déficit sensorial que afecta a este proceso como es el déficit auditivo? ¿qué estrategias de comunicación utilizan los profesionales en estos casos? A estas preguntas pretende responder este proyecto de investigación elaborado.

## REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

**Disfagia orofaríngea en el anciano hospitalizado: prevalencia, métodos diagnósticos y cuidado de enfermería.** Importante revisión bibliográfica sobre la disfagia orofaríngea que actualiza el tema y pone de manifiesto la importancia de la intervención enfermera en este tema. Otros aspectos son relevantes como la gravedad de los cuadros clínicos, la escasa relevancia para el paciente y su familia y el elevado coste para los sistemas sanitarios. Por estas razones demuestra la imperiosa necesidad de implantar protocolos para el correcto diagnóstico a través de test aceptados internacionalmente e implantar los cuidados necesarios a cada paciente; del mismo modo que la formación a la familia sobre los cuidados.

**Cuidar al cuidador informal.** Revisión bibliográfica que destaca el perfil de la figura del cuidador (llamado informal), sus problemas de salud consecuencia del compromiso de cuidar y la responsabilidad de la enfermería profesional de considerarla como paciente en este contexto del cuidado y por lo tanto, beneficiaria de la atención a través de plan de cuidados estandarizados.

## MONOGRAFÍAS

**Monografía del Consentimiento Informado.** Manuscrito que versa acerca de la importancia que supone el documento del consentimiento informado desde sus comienzos hasta años actuales mostrando cual es el papel que desempeña la enfermería en la tramitación del mismo.

**Origen Matronería.** Eva Díez Paz y Ana Casteleiro Vallina nos presentan una monografía en la que nos describen, cronológicamente y de manera exhaustiva, la historia de la profesión matrona así como la formación y la práctica. Además nos exponen su reglamentación a lo largo de los tiempos con el objetivo de poder entender mejor la realidad actual.

## ENFERMERÍA HOSPITALARIA

**Plan de cuidados estandarizado durante el puerperio inmediato del parto normal.** Trabajo que presenta los cuidados estandarizados esenciales para resolver las necesidades físicas, psicológicas y sociales de la mujer en las 48h tras un parto normal, que es el periodo en que habitualmente permanece ingresada en el hospital. Se hace hincapié en el beneficio que puede ofrecer el seguimiento por matronas.



FUNDACIÓN de  
la ENFERMERÍA  
de CANTABRIA

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

**Nuberos Científica**

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

# La experiencia vivida por las personas que padecen Diabetes: cuerpos, cifras y normas

## **Autores:**

### **Patricia López Calderón**

*Diplomada en Enfermería y Licenciada en Antropología Social y Cultural. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. España.*

### **José Ignacio Lavín Cárcoba**

*Diplomado en Enfermería y Licenciado en Antropología Social y Cultural. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. España.*

### **Carlos Hernández Jiménez**

*Grado en Enfermería y Licenciado en Psicología. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. España.*

### **Mercedes Carrera Escobedo**

*Diplomada en Enfermería. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. España.*

*Dirección para correspondencia:  
[patricia.lopez@scsalud.es](mailto:patricia.lopez@scsalud.es)*

Recibido: 18 de noviembre de 2014  
Aceptado: 28 de abril de 2015

Accésit en la 11ª edición del Premio de Investigación del Colegio de Enfermería de Cantabria. Año 2013.

**RESUMEN**

La diabetes supone un importante problema de salud pública para las instituciones y una experiencia compleja y multidimensional para las personas que la padecen. El objetivo de este estudio fue explorar la experiencia vivida de las personas que padecen diabetes tipo II, así como profundizar en los significados, las estrategias y el impacto en su mundo cotidiano.

Se trata de un estudio fenomenológico hermenéutico en el que participaron 17 sujetos seleccionados por muestreo por conveniencia en la zona básica de salud de Medio Cudeyo. El trabajo de campo se desarrolló entre septiembre de 2013 y junio de 2014 y comprendió entrevistas semiestructuradas, grupos focales y observación participante. Los datos obtenidos se analizaron mediante análisis de contenido categorial con ayuda del software NVivoR.

Los resultados revelaron que la carencia de experiencia corporal modula la conciencia de enfermedad y les permite vivir con normalidad. Así, las cifras sustituyen al cuerpo para visibilizar la diabetes y constituyen una suerte de brújula que interpreta y orienta las prácticas del mundo cotidiano. Además, la normativización impuesta por la biomedicina introduce aspectos morales en el mundo cotidiano, sobre todo, en la esfera de la alimentación. No obstante, el discurso biomédico no es aceptado sin cuestionarlo sino que es reinterpretado en función del acervo de experiencias y de la posición sociohistórica del diabético.

Esta investigación puede capacitar a los profesionales a la hora de identificar y tomar decisiones ante las necesidades del individuo como respuesta al proceso de salud-enfermedad-atención. Así, la comprensión de la experiencia vivida nos sirve en el diseño de programas de educación y promoción de la salud.

**Palabras clave:**

- Investigación cualitativa
- Diabetes mellitus tipo 2
- Entrevistas como asunto
- Grupos focales

**ABSTRACT**

Diabetes supposes a leading public health problem for institutions and it is also a complex and multidimensional experience for diabetes sufferers. The main objective of this study was to explore the lived experience of people who suffer from type II diabetes as well as going in depth into the meanings, impact and strategies of their day to day world.

It is a phenomenological and hermeneutics study which included 17 subjects who were selected by a convenience sampling in the basic health zone of Cudeyo. Fieldwork was performed from September 2013 to June 2014. The study included semi-structured interviews, focus groups, and participant observation. The data collected were analyzed by a categorial content analysis using of the Nvivo® software.

The results showed that the lack of corporeal experience modulates the patient awareness of the disease and it allows them to lead a normal life. Thus, the body is replaced with figures in order to visualize diabetes. These figures act as a compass, which explains and guides the practices of everyday world. In addition, regulations which are imposed by biomedicine introduces moral issues into the day-to-day world, especially as regards the feeding. Biomedical speech is not accepted without question even so it is reinterpreted according to the accumulation of experiences and the social and historical state of the diabetic patient.

This research empowers professionals to identify and make decisions for the needs of the individual in response to the health-illness-care process. In this way, an understanding based on experience is useful for us, both in designing the educational and promotion health programs.

**Keywords:**

- Qualitative research
- Diabetes mellitus, type 2
- Interviews as topic
- Focus groups

**INTRODUCCIÓN**

*“La enfermedad (...) no es algo que tiene lugar en el cuerpo sino en la vida. (...) La enfermedad no sólo se produce en el cuerpo (...) sino en el tiempo, en un ámbito en la historia, y en el contexto de la experiencia vivida y en el mundo social”*

Byron Good<sup>1</sup>

Esta investigación explora la experiencia vivida de las personas que padecen diabetes mellitus (DM) tipo II en una Zona de Salud del norte de España. Se trata de un estudio fenomenológico que aborda la enfermedad de manera compleja y multidimensional. Así se profundiza en los universos narrativos y simbólicos que

condensan formas de experiencia propia: una descripción de la experiencia, el espacio y el mundo tal y como las personas lo vivencian<sup>1</sup>.

El *mundo vital* de Husserl, la *corporalidad* de Merleau-Ponty y el *mundo cotidiano* de Schütz ayudan a entender la diabetes como padecimiento en lugar de una enfermedad exclusivamente biológica. Por un lado, el mundo vital referido al mundo de las experiencias vividas, intersubjetivas e inmediatas que se construye entre todos y comporta objetivos, formas simbólicas y prácticas sociales<sup>2</sup>. Por otro, el cuerpo como herramienta fundamental para construir la experiencia y para entender el mundo y a uno mismo<sup>3</sup>, es decir, como objeto y sujeto en la medida que permite la comunicación entre nosotros y el mundo, entre nosotros y los otros<sup>4</sup>. Y, por último, la realidad del mundo cotidiano

de Schütz, que se impone por sí misma como un estado natural, cercano e inmediato, que no requiere verificación<sup>5</sup>.

La DM tipo II supone un importante problema de salud pública debido a su alta prevalencia y, al coste social y sanitario. La OMS estima que en el mundo 347 millones de personas padecen diabetes y se prevé que en 2030 se convierta en la séptima causa mundial de muerte<sup>6</sup>. En el contexto español los esfuerzos institucionales para hacer frente a este problema de salud son notables pero prevalece el abordaje centrado en la dimensión biológica. Sin embargo, la comprensión de los saberes y prácticas de las realidades locales es fundamental para lograr la participación y corresponsabilización del individuo en las estrategias de educación para la salud<sup>7</sup>.

En este sentido, existen investigaciones que han abordado la DM desde una perspectiva cualitativa con el objetivo de comprenderla desde el punto de vista del afectado. Por ejemplo, Bolaños analiza la perspectiva de los pacientes mediante el uso de entrevistas abiertas y destaca en sus resultados la importancia de la relación humana con el profesional, de la atención centrada en el paciente, y de que éste tenga un papel activo y participativo en su cuidado<sup>6</sup>. Por su parte, Ruiz Moral utiliza grupos de discusión para confrontar las distintas visiones que tienen los pacientes diabéticos y los profesionales que los atienden. En este estudio se muestra que ambos grupos demandan una atención más humana e integral, información adaptada a los enfermos y una continuidad en los cuidados. Además, los autores infieren que la incapacidad de los médicos para captar los verdaderos intereses de los enfermos provoca falta de control e ineficacia en el tratamiento de la enfermedad crónica y, como consecuencia, sentimientos de frustración en los profesionales<sup>8</sup>.

Por otro lado, Campbell et al.<sup>9</sup> realizaron una revisión sistemática de estudios cualitativos sobre la experiencia de los pacientes diabéticos y su cuidado. De los resultados, concluyeron que existían seis conceptos clave para lograr un autocuidado eficaz: el tiempo y la experiencia para controlar el propio cuerpo, la confianza en las propias intervenciones, los conocimientos sobre la enfermedad, la percepción de la gravedad, el apoyo efectivo de los profesionales y una aproximación menos dócil hacia estos. Para ello, tienen que aprender a vivir con DM, es decir, identificar las respuestas del cuerpo, aceptar la enfermedad y desarrollar estrategias para integrar la enfermedad en la vida cotidiana<sup>10-13</sup>.

Por último, los pacientes describen el significado de la diabetes en un sentido relacional, es decir, la diabetes en relación con todo lo demás de su vida<sup>14,15</sup>. Schoenberg explica que la adherencia al tratamiento depende de las experiencias de vida, los conocimientos acumulados, así como de las circunstancias sociales, económicas y de salud<sup>16</sup>. En este caso, las narrativas en torno a la enfermedad, sus causas y los momentos significativos de su vida, posibilitan acercarse a los motivos de falta de adherencia. Los diabéticos utilizan las narrativas como estrategias de empoderamiento para construir identidades coherentes y negociar discontinuidades en sus vidas<sup>26</sup>.

En conclusión, esta investigación aporta conocimiento para mejorar los procesos de cuidados en enfermería. Esta profesión fundamenta su actividad en la capacidad por parte de los profesionales de conocer, identificar y tomar decisiones ante las necesidades surgidas alrededor del individuo como respuesta al proceso de salud-enfermedad-atención<sup>17</sup>. Así, la comprensión de la experiencia vivida nos sirve en el diseño de programas de educación promoción de la salud.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Explorar la experiencia vivida de las personas que padecen DM tipo II de la zona básica de salud de Medio Cudeyo.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Comprender el impacto de la DM en el mundo cotidiano de las personas que la padecen.
2. Explorar los significados que los sujetos atribuyen a la DM.
3. Profundizar en las estrategias desarrolladas por la persona para hacer frente al padecimiento.

## METODOLOGÍA

Se desarrolló un estudio fenomenológico hermenéutico en la Zona Básica de Salud de Medio Cudeyo en Cantabria en el que participaron 17 sujetos.

### Muestreo y escenarios

El procedimiento de muestreo fue por conveniencia a partir de un cupo de pacientes del Centro de Salud. Una investigadora actuó como "portero" facilitando el acceso al campo y a los informantes. Ella contactó con los sujetos para explicarles en qué consistía el estudio y solicitar su colaboración, pero no participó en las técnicas de recogida de datos para no sesgar la información al interactuar con pacientes de su propio cupo. Dos personas declinaron la invitación a participar en el estudio.

Para seleccionar la muestra se atendieron a los criterios de Gorden<sup>18</sup> (informados, accesibles, dispuestos, y capaces), a cuestiones de heterogeneidad (tabla 1) y a los criterios de inclusión y de exclusión (tabla 2).

Posteriormente los entrevistadores telefonearon a los sujetos para concertar la cita en el momento y lugar (domicilio del individuo o Centro Cultural) que prefiriesen. Se evitó realizar el trabajo de campo en las instalaciones del centro de salud para controlar el efecto simbólico que pudiera ejercer en los informantes y, por tanto, en la producción de datos. El procedimiento de selección muestral permaneció abierto durante la investigación y se dio por concluido al alcanzar el punto de saturación teórica.

La investigación contó con la aprobación de la Gerencia de Atención Primaria de Cantabria y el Comité de Ética de Investigación Clínica. Los sujetos participaron de manera informada y voluntaria y firmaron el consentimiento informado. En todo momento se aseguró la confidencialidad de los datos y el anonimato de los participantes.

### Estrategias de recogida y análisis de datos

La recogida de datos tuvo lugar entre septiembre de 2013 y junio de 2014. Se elaboró un guion (figura 1) que "tradujo" las preguntas de la investigación en asuntos para conversar<sup>18</sup>. Se acotaron seis temas para encauzar la entrevista pero sin dirigirla, facilitando que fluyese el discurso de los informantes. El análisis de la entrevista piloto permitió verificar que las cuestiones eran comprendidas por los entrevistados y propició la introducción de preguntas de aclaración y de elaboración. Además, algunos temas como "cuidarse" o "sentirse enfermo" se fueron matizando en función del material que iba surgiendo.

Se emplearon tres técnicas de investigación complementarias: entrevistas semiestructuradas, grupos focales y observación participante.

Se realizaron 8 entrevistas individuales semiestructuradas con una duración media de 52 minutos en las que se profundizó en temas de la esfera privada e íntima de la persona. Además, se desarrolló un grupo focal con 5 mujeres y otro con 3 hombres. Ambos tuvieron una duración de 59 minutos. En su diseño se consideraron los criterios de heterogeneidad entregrupos y heterogeneidad intragrupos<sup>19</sup> con el fin de que se produjera una dinámica adecuada y un discurso libre pero no uniforme. El denominado "efecto de grupo" empujó a los participantes a explicarse, argumentar y discrepar frente a otros<sup>20</sup>. Todas las sesiones fueron grabadas en audio y transcritas literalmente por el equipo investigador.

Por último, se realizó observación participante en la Marcha del Día de la Diabetes de Medio Cudeyo. La actividad se llevó a cabo el 14 de noviembre de 2013 y, aunque no estaba previsto en el proyecto, se aprovechó para diversificar el tipo de datos que se estaban obteniendo hasta el momento. Toda la información recabada se volcó en el diario de campo al finalizar la actividad. Durante todo el proceso de investigación se elaboró un diario de campo que contenían notas observacionales, teóricas y metodológicas y representó un ejercicio constante de reflexividad.

Al mismo tiempo que se recogían los datos, se comenzó a realizar un análisis de contenido categorial con ayuda del software NVivo<sup>®</sup>. Se partió de una lectura intensiva del corpus de datos y se identificaron gradualmente temas, códigos en vivo, categorías, subcategorías y relaciones entre ellas (figura 2). El proceso de codificación se ejecutó por 2 miembros del equipo y se verificó por el resto.

## RESULTADOS

### Cuerpo y cifras

El cuerpo constituye la principal herramienta para relacionarse con el mundo y con los demás. Es objeto y agente de experiencia<sup>1</sup> por lo que existe una relación entre la experiencia corporal, el significado intersubjetivo y las prácticas sociales<sup>2</sup>.

Los diabéticos no tienen una experiencia corporal de la enfermedad lo que provoca que la diabetes permanezca en la sombra. Dado que no les causa ningún síntoma ni malestar y no se hace presente en el día a día. Esa carencia de experiencia corporal modula la conciencia de enfermedad y les permite desarrollar su vida con "normalidad".

Además la importancia del cuerpo se ve reflejada en las constantes comparaciones con otros padecimientos que sí consideran significativos porque conllevan percepciones físicas, invalidez o son potencialmente letales (artritis, cáncer, hemiplejía, etc.). La DM solo adquiere relevancia cuando se manifiestan complicaciones que la visibilizan en el cuerpo al aparecer por ejemplo úlceras o producir malestar como las hipoglucemias.

*"Para mí no es ninguna enfermedad, no quisiera pensar: es que estoy enfermo. No, no estoy enfermo. ¿Qué es eso? Enfermo es el que está en la cama y no se puede mover (...) o que tiene un cáncer. Ese es una persona enferma. Hombre...tiene esa enfermedad que tienes la diabetes en un punto muy superior, que entonces, ya afecte a la vista le afecta tal..." (E3)*

*"Sé que tengo una enfermedad, digamos, pero una enfermedad que, sabiéndola, no me...eeeeee...no me crea problemas especiales, no me crea...eeeeee...deficits deeeeeee...en mi...en mi vida...en mi forma de desarrollar mi vida. Las rodillas, sí. La diabetes no." (E5)*

*"No, yo con la diabetes no me he sentido enfermo nunca. Eeee... es que no es un dolor, entonces como no tiene síntomas así que te digan qué está pasando..." (E9)*

Desde la biomedicina se lanzan imperativos de cambio de estilos de vida que no se corresponden con la percepción corporal de los diabéticos. La invisibilidad de la enfermedad en el cuerpo conlleva que necesiten herramientas para aprehenderla y anclarla a su vida. Las cifras de glucemia permiten objetivar la diabetes y estructurar una experiencia desordenada e incoherente.

Además, las cifras proporcionan un marco de interpretación de la enfermedad y una guía de acción para tomar decisiones al respecto. Constituyen una suerte de brújula que orienta las prácticas del mundo cotidiano. Así pues, la tecnología interviene en la producción de significados y establece unos límites fluidos con el propio cuerpo<sup>21</sup>.

*"B: Si esta semana no has hecho nada se nota.*

*A: ¿En qué sentido se nota? ¿A qué se refiere se nota?*

*B: En que te pinchas y sube un poquito, se te dispara a 170, 180. Entonces ahí pongo mala cara y dices: ¡Eh! A caminar un poco más, y más rápido si puedo." (E3)*

### Normativización y moral

La DM se diagnostica en controles rutinarios antes de que aparezca ningún síntoma ni de que exista ninguna consciencia de enfermedad. Ese momento supone para los pacientes "saber" que padecen diabetes y visibilizar una enfermedad que permanecía oculta. En esas circunstancias es la biomedicina la que impone la experiencia de padecimiento y la que transmite la gravedad de la enfermedad. Se normativizan los modos de vida aludiendo a la responsabilidad del individuo<sup>22</sup> y se introduce en la vida del sujeto poniéndola en cuestión<sup>23</sup>. Se regulan aspectos cotidianos que pertenecían a la esfera privada bajo la necesidad de "cuidarse".

*"A mí me dijeron: ¡bienvenida a los diabéticos! (...) Te quedas así parada, de no tener nada a que te digan, aunque sea poco, que te digan eres diabética...no te sientes bien" (G5)*

*"Pues eso, y además es que ya en el momento que lo sabes... Porque si no lo supieras, pues igual te pasabas, pero ya en el momento que lo sabes, que tienes que cuidarte, pues tratas de cuidarte" (E4)*

"Cuidarse" engloba actitudes y conductas como preocuparse por el cuerpo, "privarse", adelgazar, realizar ejercicio físico, ponerse a dieta, medicarse o acudir a las consultas. Esto choca con las rutinas habituales y transforma el mundo cotidiano de los diabéticos. Previamente el mundo cotidiano se presentaba como una realidad coherente y ordenada sobre la que no era necesario reflexionar<sup>5</sup>. En él la persona se movía con naturalidad sin cuestionarse nada, sin "estar pendiente". Sin embargo, cuando la biomedicina normativiza las prácticas en nombre de la salud, conmina a recapacitar sobre aspectos de la vida diaria como reflexionar sobre la cantidad y características de la comida, la actividad física que se ha llevado a cabo, la necesidad de

restringir alimentos que producen placer o recordar la toma de medicación.

No obstante, el proceso de integración del padecimiento no se desarrolla de manera continua y longitudinal sino que la adaptación supone tensiones y fricciones en el mundo cotidiano. Por una parte, los diabéticos señalan que es difícil cumplir las normas en todo momento y que, en ocasiones, “se pasan”. “Pasarse” significa transgredir las normas establecidas en cuanto a alimentación, sobre todo, comer dulces o consumir alcohol. Por otra, “pasarse” conlleva sentimientos de culpa debido a la responsabilidad del cuidado de sí mismo y se revela en los esfuerzos por justificarlo e intentos por compensar posteriormente.

Así pues, la normativización comporta la obligación moral de cuidarse según las reglas establecidas por la biomedicina. Cumplir el régimen se relaciona con el autocontrol<sup>24</sup> y es concebido como moralmente positivo ya que supone esfuerzo, disciplina, sacrificio, constancia, superación y logros. La carga recae únicamente sobre el individuo ya que es el responsable moral de su cuerpo y de su salud<sup>25</sup> y obvia los condicionantes estructurales. En este sentido, las cifras también objetivan la falta de control o el incumplimiento de las normas y pueden provocar emociones negativas como culpabilidad, disgusto, enfado o ira en función de los resultados.

*“Hay que cuidarse, tienes que tener cuidado y cumplir lo que te mandan; que de vez en cuando metas la pata, pues la paga tú, la que lo pagas eres tú, no el vecino que no la ha probado.” (E8)*

*“Pero muchas veces no me la miro porque tengo miedo (...) Cuando lo miré por la mañana, tenía ciento...180, luego desayuné. Al cabo dos horas lo miré y ya tenía 120, ya estaba más contento. Y después por la noche lo mismo. Pero muchas veces por no mirarlo, hoy no me la miro y tal (...) pa qué lo voy a mirar, si me siento... cuando veo que tengo mucho, me siento mal. Sí, te lo digo de corazón” (G8)*

*“Es la propia persona, cuidándose... (...) Es la propia persona la que se tiene que autorregular. Si sabes que tienes una enfermedad, vamos a llamarla enfermedad, quiero llamarla como un amigo que está ahí contigo dentro de ti, eh, sabes que tienes eso dentro de ti... lo que no puedes hacer es darle de comer y alimentarlo. Eso es una tontería o sea lo que no puedo estar todo el día tomando copas, o tomando dulce o tomando no sé qué y después vida sedentaria y estar tumbado. ¿Qué pasa? ¡Uy si yo no hago nada! No, no, el azúcar se te ha disparado. Ahora si un día te excedes, coño porque hay que excederse porque es que si no... Hay que excederse de vez en cuando y evadirse. Bueno, pues cógelo y combátelo de otra manera” (E3)*

### Comida, identidad y emociones

La restricción del azúcar y la comida representa la principal limitación en la vida de los diabéticos y lo que les produce mayor malestar. La biomedicina considera que las normas dietéticas constituyen uno de los pilares del control de la diabetes y normativiza sus conductas alimentarias estableciendo qué comer, cuánto, cómo, cuándo y con quién<sup>24</sup>. En este proceso de medicalización de la alimentación se contemplan únicamente los aspectos biológicos de la comida y se olvidan sus funciones sociales y culturales<sup>24</sup>. Esto choca con las prácticas alimentarias del ser humano que construye la identidad, expresa las emociones y se inserta en el mundo social a través de la comida<sup>26</sup>.

*“Yo lo llevo muy mal. En el sentido de las comidas. Soy go-*

*losa, no, lo siguiente. Y me tengo que reprimir y buaj. O sea sé que...pensar que es una fuerza de voluntad ¿no?” (G3)*

*“Yo te digo una cosa que...pues lo oyes, no...¡ay no es que yo lo del azúcar, yo no me paso nada Yo...digo... ¡Ay, qué tristeza de vida! Si yo toda la vida me tengo que pasar sin volver a probar un pastel o eso... (...) Tú eres la que tienes que dosificar un poco tu ritmo de vida” (E6)*

En cuanto a la construcción de la identidad, la comida constituye un “modo de estar en el mundo” que nos permite identificarnos con unas personas, diferenciarnos de otras y marcar la pertenencia a un grupo social<sup>27</sup>. De modo que ciertos alimentos están ligados a determinados grupos sociales poniéndose en juego cuestiones de clase social y de género. Así, se observan discursos ligados a la construcción de la masculinidad como la dificultad que verbalizan los hombres para restringir el consumo de alcohol en la actividad social pública. “Antes era de copas, de cubalibres” (G6). Además, emerge la imagen de la mujer ligada al cuidado de la salud y de la alimentación de la familia.

*“Lo llevo peor con la bebida. Me encanta el vino. Ahí sé que me paso, pero es que 3 vasos o vasos de rioja es que me encanta. Y eso no puedo. ¡Ah es que no te viene bien! Pues lo siento mucho. Lo siento por la enfermedad, le dan por el saco, pero yo me tomo mi vino. Me quito la bebida blanca, me quito tal, pero mi buen vino me lo tomo” (E3)*

Asimismo, el proceso de selección, elaboración y consumo de la comida juega un papel importante en la esfera social. La comida permite establecer o renovar los lazos sociales y marca momentos significativos como los cumpleaños o la Navidad. En los encuentros de comensalidad se comparten comidas abundantes y variadas en un mismo espacio y tiempo, estando presentes la reciprocidad y el intercambio<sup>28</sup>. Los diabéticos intentan vivir esos momentos con normalidad sin perder la sintonía con el resto ni sentirse aislados; asimismo normalizan el hecho de “pasarse” refiriéndose a que esas celebraciones son excepcionales y que suponen uno de los placeres de la vida.

*“Porque las tostadas es que... o las torrijas como se llaman, me gustan mucho. Y las hago toda la vida, y en mi casa, le gustan mucho a todos. (...) Es, pues no sé, es como... si no se harían tostadas, no sería Navidad. En mi casa por lo menos. Además es que es una cosa...Me ayuda otra hija (...) las tostadas son de ella y mía, de siempre. Y ya llevamos no sé cuántos años, ella y yo. Y van viniendo. Y según van viniendo, según están recién hechas, se las van comiendo (...) Sólo las caseras, las tostadas caseras de siempre” (E4)*

Por último, en los discursos de los informantes aparece el nexo entre comida y emociones, bien sea para expresarlas o para controlarlas. Aluden a momentos en los que perciben una necesidad física de dulce.

*“Es el día que te apetece, que te pide el cuerpo dulce (...) tengo sincio, sincio de dulce” (E3)*

### Resignificaciones sobre la diabetes: retóricas de la normalidad

Los discursos sobre la DM que producen los pacientes están muy influenciados por la biomedicina ya que son los profesionales los que ostentan la autoridad para hablar sobre el tema y los que vierten las primeras nociones de diabetes sobre ellos. Sin embargo, los diabéticos no son recipientes pasivos<sup>7</sup> sino agen-

tes que actúan en función de su acervo de experiencias y de su posición sociohistórica<sup>29</sup>. Ellos reflexionan sobre el discurso dominante, lo reinterpretan y obtienen unas resignificaciones más coherentes con su identidad<sup>22</sup>.

Todos coinciden en que la diabetes es una "lacra" (E3), una "lata" (E4), una "chupuza" (G2), "un mal amigo que me ha tocado soportar" (E5), que "te limita ya, ya no es igual que estando bien" (G1). Pero, al mismo tiempo, resaltan que ya se han acostumbrado a la enfermedad y que la viven con "normalidad". Esa "normalidad" es producto de la inexistencia de experiencia corporal y de la integración del padecimiento en el día a día ya que el mundo cotidiano se construye en torno al "aquí de mi cuerpo y el ahora de mi presente"<sup>25</sup>. En consecuencia, los posibles cambios en el futuro (complicaciones, tomar fármacos, inyectarse insulina) se viven con inquietud ya que supondrían una ruptura de las rutinas y nuevos esfuerzos por integrarlos en la cotidianidad.

Por otra parte, contemplan la enfermedad con resignación, como una herencia que les ha tocado y que hay que sobrellevar. En esta línea, señalan la genética como causa principal de la DM y los estilos de vida como secundarios, atenuando así la responsabilidad individual y la carga moral. Además "normalizan" y naturalizan las enfermedades crónicas ya que las consideran ineludibles con el paso de los años. Bajo este discurso subyace la concepción mecanicista del cuerpo que entiende que la edad conlleva un inevitable deterioro de la máquina y, en consecuencia, problemas de salud. Mientras que la biomedicina dirige sus esfuerzos a prolongar los años de vida sin complicaciones de tipo biológico, para los diabéticos son significativos los pequeños placeres de la vida y los instantes de felicidad. La vida no solo se compone de años sino de momentos.

## CONCLUSIONES-DISCUSIÓN

La experiencia vivida de las personas que padecen diabetes es compleja, multidimensional y se estructura en torno a 3 ejes: el cuerpo, las cifras y las normas.

En primer lugar, esta investigación muestra cómo la ausencia de experiencia corporal modula la conciencia de enfermedad y la convierte en invisible para las personas que la padecen. Aunque la reconocen como un problema de salud, no les lleva a "sentirse enfermos". Además, los hallazgos revelan que las cifras actúan como una brújula. Dado que el cuerpo no media en la comprensión del padecimiento, las cifras funcionan como un marco de referencia para la interpretación y para la acción. También en otros contextos<sup>3,9</sup> se ha comprobado que el modo en que se experimenta el cuerpo es crucial para comprender el proceso de aprendizaje y de reinterpretación de los consejos sanitarios.

En segundo lugar, el modelo biomédico impone el padecimiento y normativiza las prácticas del sujeto. Esto obliga a estar pendiente y reflexionar sobre comportamientos que antes resultaban naturales. Como apuntaba Alzhén, la enfermedad lleva a no sentirse como en casa, a perder la sintonía con el mundo<sup>30</sup>. Además, la obligación de cuidarse recae sobre el individuo convirtiéndole en el único responsable de su salud e introduciendo aspectos morales en su mundo cotidiano. Este modelo individualista y racionalista olvida que el discurso es interpretado en función del acervo de experiencias y de la posición histórica del sujeto<sup>29</sup>. Se obvia que la diabetes se vive de forma relacional, es

decir, en relación con todo lo demás<sup>31</sup>, con las estructuras económicas, políticas y sociales en las que está inserta la persona, con las disposiciones para construir su identidad y con su recorrido biográfico.

Estas consideraciones son necesarias para orientar el diseño de los programas de salud y de enfermedades crónicas. La comprensión de la experiencia vivida y el impacto de la diabetes en el mundo cotidiano por parte de los profesionales puede facilitar el cambio de estilos de vida, la participación y la toma compartida de decisiones así como el desarrollo de políticas públicas con la comunidad. Además, se presenta como una alternativa rupturista frente al modelo paternalista y verticalista aún vigente en las intervenciones sanitarias.

Dado que las investigaciones cualitativas sobre DM en España son escasas, resultaría interesante ampliar las líneas de investigación, desarrollar estudios multisituados y diversificar la metodología empleada.

En cuanto a las limitaciones del estudio, cabe destacar que la identificación de los entrevistadores como profesionales de la salud provocó que los informantes les interrogaran sobre cuestiones sanitarias. Asimismo, aunque se siguieron criterios de heterogeneidad, la clase alta estuvo infrarrepresentada ya que estaba presente de forma marginal en el contexto sanitario del estudio. Por último, aunque se proyectaron grupos focales con 5-6 personas, uno de ellos estuvo compuesto por 3 a causa del rechazo de 2 sujetos. Dado que algunos autores<sup>20</sup> lo consideran un número suficiente y que la dinámica se desarrolló adecuadamente, se dio por válido el diseño final.

## AGRADECIMIENTOS

A los participantes por colaborar de manera desinteresada y compartir sus experiencias.

Al Colegio de Enfermería de Cantabria por financiar la investigación.

A la Gerencia de Atención Primaria de Cantabria por permitirnos el acceso al campo.

Al Excmo. Ayuntamiento de Medio Cudeyo por facilitarnos el uso de instalaciones del Centro Cultural.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Merleau-Ponty M. Fenomenología de la percepción. Barcelona: Planeta-De Agostini; 1993.
- (2) Good B. Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica. Barcelona: Bellaterra; 2003.
- (3) Kneck A, Klang B, Fagerberg I. Learning to live with diabetes - integrating an illness or objectifying a disease. J Adv Nurs. 2012 Nov; 68(11): 2486-95.
- (4) Pérez-Riobello A. Merleau-Ponty: percepción, corporalidad y mundo. Eikasía. Revista de Filosofía. 2008; 20: 197-20.
- (5) Berger P, Luckmann T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu; 2011.
- (6) OMS | Organización Mundial de la Salud [sede Web]\*. Organización Mundial de la Salud; 2013 [acceso 27 de septiembre 2014]. Diabetes. Nota descriptiva. nº 312. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>.
- (7) Martínez Hernández A. Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Rubí (Barcelona): Anthropos; 2008.

- (8) Ruíz R, Rodríguez J, Pérula L, Fernández I, Martínez J, Fernández M, et al. Problemas y soluciones en la atención sanitaria de enfermedades crónicas. Un estudio cualitativo con pacientes y médicos. *Aten Prim*. 2006; 38(9): 483-89.
- (9) Campbell R, Pound P, Pope C, Britten N, Pill R, Morgan M. Evaluating meta-ethnography: a synthesis of qualitative research on lay experiences of diabetes and diabetes care. *Soc Sci Med*. 2003; 56:671-84.
- (10) Davis R, Magilvy J. Quiet Pride: the experience of chronic illness by rural older adults. *J Nurs Scholarship*. 2000; 32(4): 385-90.
- (11) Loewe R, Freeman J. Interpreting diabetes mellitus: differences between patient and provider models of disease and their implications for clinical practice. *Cult Med Psychiat*. 2000; 24(4):379-401.
- (12) Mercado-Martínez F, Robles L, Ramos I, Moreno N, Alcántara E. La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15(1):179-86.
- (13) Stone M. In search of patient agency in the rhetoric of diabetes care. *Technical Communication Quarterly*. 1997; 6(2):201-17.
- (14) Stodberg R, Sunvisson H, Ahlstrom G. Lived experience of significant others of persons with diabetes. *J Clin Nurs*. 2007; 16(7B):215-222.
- (15) Trief P, Sandberg J, Greemberg R, Graff K, Castronova N, Miyoung Y, et al. Describing support a qualitative study of couples living with diabetes. *Fam Sys & Health*. 2003; 21: 57-67.
- (16) Schoenberg NE, Amey CH, Coward RT. Stories of meaning: lay perspectives on the origin and management of noninsulin dependent diabetes mellitus among older women in the United States. *Soc Sci Med*. 1998; 47(12):2113-125.
- (17) Campos P, Aparecida M, Fernandes G. El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería. *Cul Cuid*. 2011; (29):9-15.
- (18) Valles M. Entrevistas cualitativas. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2002.
- (19) Valles MS. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis; 1999.
- (20) Morgan D. Focus groups. *Annual Review of Sociology*. 1996; 22:129-152.
- (21) Haraway D. Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza. Madrid: Cátedra; 1995.
- (22) Esteban ML. Antropología del Cuerpo. Géneros, itinerarios corporales, identidad y cambio. 2 ed ed. Barcelona: Bellaterra; 2003.
- (23) Foucault M. Historia de la sexualidad I: La Voluntad de Saber. 25th ed. Madrid: Siglo XXI editores; 1998.
- (24) Contreras-Hernandez J. La obesidad: una perspectiva sociocultural. *Zainak*. 2005; 27:31-52.
- (25) Masana L. Dogma nutricional bajo paradigma biomédico: repercusiones en personas con enfermedades crónicas. Alimentación, salud y cultura: encuentros interdisciplinarios Tarragona: Publicacions URV, Col·lecció Antropologia Mèdica; 2012. p. 79-99.
- (26) Contreras-Hernandez J, Gracia-Arnaiz M. Alimentación y cultura: perspectivas antropológicas. Barcelona: Ariel; 2005.
- (27) Menéndez E. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*. 1996; 48: 37-46.
- (28) Ferreria Lopes A. Las prácticas alimentarias de los diabéticos y sus implicaciones para la identidad de género en las situaciones de comensalidad. Alimentación, salud y cultura. Encuentros interdisciplinarios Tarragona: Publicacions URV, Col·lecció Antropologia Mèdica; 2012. p. 61-78.
- (29) Salas-Astrain R. El mundo de la vida y la fenomenología de Schütz. Apuntes para una filosofía de la experiencia. *Hermenéutica intercultural: revista de filosofía*. 2006; 15:167-99.
- (30) Ahlzn R. Illness as unhomelike being-in-the-world? *Phenomenology and medical practice*. *Med Health Care and Philos*. 2011; 14: 323-31.
- (31) Hartrick GA. The meaning of diabetes. Significance for holistic nursing practice. *J Holist Nurs*. 1998; 16(1):76-87.

## TABLAS Y GRÁFICOS

SUJETO	EDAD	SEXO	TIEMPO DE DIAGNÓSTICO	NIVEL DE ESTUDIOS	OCUPACIÓN
<b>Entrevista piloto</b>					
<b>E2</b>	63	Varón	8 años	Superiores	Profesional
<b>E3</b>	60	Varón	8 años	Secundarios	Pequeño empresario
<b>E4</b>	78	Mujer	15 años	Primarios	Ama de casa de clase trabajadora
<b>E5</b>	74	Mujer	9 años	Superiores	Profesional
<b>E6</b>	57	Mujer	6 años	Secundarios	Ama casa de clase media
<b>E7</b>	50	Mujer	10 años	Primarios	Trabajadora manual
<b>E8</b>	82	Mujer	15 años	Primarios	Ama de casa media
<b>E9</b>	55	Varón	15 años	Secundarios	Pequeño empresario
<b>G1</b>	66	Mujer	10 años	Primarios	Ama de casa de clase media
<b>G2</b>	64	Mujer	9 años	Secundarios	Trabajadora manual jubilada
<b>G3</b>	61	Mujer	8 años	Primarios	Trabajadora no manual
<b>G4</b>	60	Mujer	13 años	Secundarios	Ama de casa de clase media
<b>G5</b>	60	Mujer	4 años	Primarios	Trabajadora manual
<b>G6</b>	66	Varón	8 años	Primarios	Trabajador manual jubilado
<b>G7</b>	60	Varón	10 años	Primarios	Trabajador manual jubilado
<b>G8</b>	58	Varón	10 años	Secundarios	Pequeño empresario

Tabla 1: Características de la muestra

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Episodio activo de diabetes mellitus tipo II en historia clínica de OMI a fecha de 15 de julio de 2013	Episodio activo en historia clínica de OMI que dificulte la comprensión y/o expresión verbal
Estar inscrito en el Centro de Salud de Medio Cudeyo a fecha de 15 de julio de 2013	No poder realizar la entrevista en castellano
Voluntariedad de participar en la investigación	Negativa a participar en la investigación

Tabla 2: Criterios de inclusión y de exclusión



Figura 1: Guión de la entrevista individual y grupos focales



Figura 2: Mapa de categorías analítica



FUNDACIÓN de  
la ENFERMERÍA  
de CANTABRIA

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

**Nuberos Científica**

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

# **Poliomielitis y síndrome postpolio. Toda una vida superando obstáculos**

**Autora:**

**Marta Saiz Echezarreta**

*Hospital de día Médico. Hospital Universitario  
Marqués de Valdecilla. Cantabria. España.*

*Dirección para correspondencia:*

*[alikonky@hotmail.com](mailto:alikonky@hotmail.com)*

Recibido: 12 de diciembre de 2014

Aceptado: 25 de marzo de 2015

## RESUMEN

Durante años el poliovirus arrasó por diferentes partes del mundo, dejando a niños de distintas edades con síntomas que variaban desde lo inespecífico hasta las grandes parálisis musculares. Aparecía una enfermedad que precisaba ser estudiada y combatida, la poliomiélitis.

Más de cincuenta años después, podemos afirmar que esta enfermedad está casi por completo erradicada. Las personas afectadas por este virus, hoy en día, continúan luchando para conseguir superar las secuelas que la enfermedad les dejó y otras que han ido apareciendo con el paso del tiempo. Surge así, un síndrome que debe ser estudiado y combatido, el síndrome postpolio.

A lo largo de este artículo, se pretenden mostrar las experiencias vividas por una persona junto a esta patología. Para ello, se utilizará un estudio cualitativo descriptivo, concretamente, el relato biográfico de una mujer que fue diagnosticada a los pocos meses de vida y que en la actualidad combate problemas músculo-esqueléticos que ella misma relaciona con su proceso infantil.

### Palabras clave:

- Complicaciones
- Poliomiélitis
- Síndrome postpoliomielitis
- Investigación cualitativa

## ABSTRACT

For years, the poliovirus spread throughout different parts of the world, leaving children of different ages with symptoms that varied from the non specific to the major muscle paralyzes. An illness that needed to be studied and fought appeared, it was polyomelitis. More than fifty years later, we can state that this disease is almost completely eradicated. The people who are affected by this virus continue fighting the effects the disease caused them and others that have been appearing over the years. It is then, when the post-polio syndrome appears, and therefore the need of researching on it.

Throughout this article, it's intended to show the experiences of a person with this pathology. A qualitative descriptive study is used in order to support this theory, specifically the biographical account of a woman who was diagnosed within a few months of life and nowadays is suffering from musculoskeletal problems that she relates to the process she experienced during her childhood.

### Keywords:

- Complications
- Poliomyelitis-
- Postpoliomyelitis syndrome
- Qualitative research

## INTRODUCCIÓN

Entre 1946 y 1953 diferentes países de todo el mundo se vieron afectados por grandes brotes epidémicos de una enfermedad que hoy en día conocemos como la poliomiélitis o parálisis infantil. Una enfermedad contagiosa producida por el virus poliovirus que se caracteriza por destruir las neuronas motoras del sistema nervioso, produciendo cuadros clínicos que varían desde una clínica inespecífica hasta la muerte debido a la afectación de músculos como el diafragma<sup>1</sup>.

La poliomiélitis es una enfermedad que no tiene cura pero que epidemiológicamente se considera una patología potencialmente reversible. Será alrededor de 1949 cuando comiencen los primeros estudios para intentar controlar la propagación. Desarrollándose, finalmente dos vacunas que han conseguido derrotar al virus confiriendo a los individuos una inmunidad duradera<sup>1,2</sup>.

En 1988, comenzó una campaña destinada a erradicar la polio en el mundo, encabezada por la OMS. Con ésta iniciativa se ha conseguido disminuir los casos en más de un 99%. Y aunque en 2013 la polio seguía siendo endémica en algunos países, se ha conseguido certificar la inexistencia de la misma en la Región de las Américas, la Región del Pacífico Occidental y, por último, en la Región de Europa<sup>3</sup>.

A la luz de estos datos tan positivos se me ocurre una pregunta, ¿podemos dejar caer la enfermedad en el olvido?

Algunos estudios clínicos han planteado la existencia del síndrome postpolio, el cual podríamos definir como aquellos

síntomas neurológicos caracterizados por una debilidad, fatiga y atrofia de los músculos afectados, o no, por la polio, que se acompañan de otros como intolerancia al frío, alteraciones del sueño o dolor, a los que no se les puede dar otra explicación médica<sup>4</sup>.

Todavía hoy, no se sabe con exactitud cuáles son las causas de aparición de este síndrome ni cuáles son los factores de riesgo que lo pueden desencadenar. Como alternativas, se barajan, el grado de afectación de las unidades motoras y el sobreesfuerzo al que se someten los músculos afectados, o no por la polio<sup>5</sup>.

En este momento, no existe tratamiento farmacológico alguno para este síndrome, por lo que la línea de actuación para estos pacientes consiste en un tratamiento sintomático y de soporte<sup>4</sup>.

Así pues, el objetivo de esta investigación es intentar mostrar las vivencias de una persona que fue diagnosticada de polio al poco de nacer, con el fin de descubrir las limitaciones que las secuelas de esta patología pueden generar.

Para tratar el tema, se ha seleccionado dentro de la investigación cualitativa el relato biográfico. Método que recoge la experiencia vivida por una persona con sus propias palabras.

La informante será una mujer de 61 años, extrovertida y vital que fue diagnosticada de polio a los 11 meses y que ha dedicado toda su vida al mundo de la moda y la costura.

La razón fundamental por la que fue seleccionada para este estudio es que la relación personal que me une a ella me ha permitido ver de primera mano los cambios acontecidos en su salud y las limitaciones que estos le han generado.

Para la recolección de datos se realizó una entrevista en profundidad semiestructurada que se llevó a cabo en dos sesiones de unos 45-60 minutos en su domicilio, en un ambiente relajado y distendido. Previo a las reuniones se informó a la participante de los objetivos del estudio, metodología a seguir y confidencialidad de los datos, con el fin de autorizar su consentimiento para la realización de la entrevista y posterior tratamiento de la información obtenida, quedando todo ello reflejado por escrito.

La estructura de la entrevista se llevó a cabo mediante un guión con el cual se intentaba recoger de forma cronológica los diferentes capítulos que la enfermedad narró en su vida. Como la entrevista planteada era semiestructurada este guión sirvió de base. Pero las conversaciones con la informante hicieron abordar temas que inicialmente no se tenían planificados.

Una vez en su domicilio para comenzar la primera fase, nos acomodamos en una habitación sin ruido y se indicó que la entrevista sería grabada para no perder detalle de la información, a lo cual la informante accedió.

Una vez finalizadas ambas sesiones, se transcribió de forma literal. Los datos así recogidos, fueron sometidos a un análisis cualitativo siguiendo los pasos propuestos por Azmecua y Hueso<sup>6</sup>. Se obtuvieron las siguientes categorías temáticas: los primeros años con la poliomiéltis, la conciencia de enfermedad, la aceptación y el síndrome postpolio. Tanto la transcripción íntegra como los primeros bocetos de texto biográfico fueron leídos por la informante pudiendo añadir algún dato más específico.

En la actualidad, multitud de personas siguen luchando para superar las secuelas de la polio incluso a veces, tienen que afrontar complicaciones nuevas que van surgiendo. Se debe tener una mirada global con esta enfermedad, ir más allá de la superación del contagio, pensar que todavía sus consecuencias están floreciendo e intentar adquirir nuevas líneas de actuación que nos permitan dar una atención integral a estos pacientes buscando predecir y limitar las secuelas presentes y futuras.

## RELATO BIOGRÁFICO

**PRIMEROS AÑOS CON LA POLIOMIELITIS.** Nací en Mayo de 1952 en Caracas (Venezuela). Pasé los primeros 5 años de vida en esta ciudad, acompañada por mi madre, mis dos hermanos, mis abuelos maternos y mi padre. A mi padre le perdí a la edad de 3 años por un accidente de tráfico.

A los 11 meses fui diagnosticada de poliomiéltis. Mi pierna derecha quedó afectada, podríamos decir quedó más corta, delgada y con una movilidad disminuida.

Fui tratada en un hospital de la capital dirigido por los hermanos de la orden San Juan de Dios, Al principio, el tratamiento que me aplicaban se basaba en masajes. Cuando ya pude caminar sin dificultad me pusieron botas ortopédicas.

A los cuatro años largos, comencé con episodios de fiebre. Mi madre me llevó al médico pero no consiguieron dar con el problema. Decidieron mandarme a España junto con mi tío Florencio. Tras varias valoraciones médicas descartaron que las décimas de fiebre tuvieran que ver con mi episodio de poliomiéltis. El seguimiento de mi enfermedad continuó en Santander. Ahora no solo llevaba las enormes botas ortopédicas sino que también me pusieron una plantilla en mi pie derecho. Como sólo había un ortopeda en Santander, ése era quien modificaba la plantilla a medida que crecía.

A partir de aquí, viví en esta ciudad. El primer año junto mi tío y luego con mis hermanos y mi abuela materna que se trasladaron desde Venezuela para estar conmigo y en busca de una educación mejor para todos.

**CONCIENCIA DE ENFERMEDAD.** Fui consciente de estar enferma a los 10 años, cuando tuve que pasar por el quirófano. Previamente, recuerdo haber hecho una vida totalmente normal, acudía al colegio, corría, saltaba y jugaba sin sentirme diferente. Lo único que sí recuerdo como algo diferente eran las horribles botas ortopédicas.

La intervención se realizó en el Hospital Santa Clotilde, que por aquel entonces era un hospital infantil dirigido por los hermanos San Juan de Dios, por un equipo de médicos de Madrid. Consistió en intentar alargarme la pierna pasando parte del fémur a la tibia. Me ingresaron más o menos unos 10 días. Eso sí, posteriormente, tuve que estar un mes en cama con una escayola que me cubría toda la pierna.

Durante este mes, me gustaba que todo el mundo me hiciera caso y me trajera regalos. La verdad que ni me preocupaba ni me sentía enferma. Me di cuenta de la situación cuando tras la escayola colocaron una férula posterior metálica y comenzó la rehabilitación. Experiencia que todavía se repite en mi cabeza.

Esta época ocupó más o menos un año de mi vida. Acudía de lunes a viernes tres horas por la mañana y otras tres por la tarde. Realizaba ejercicios como subir y bajar espalderas, levantar sacos de arena con las piernas o caminar sobre piedras y arena. Recuerdo que los ejercicios eran tan agotadores y dolorosos que más de una y dos veces se me cayeron las lágrimas.

Desde que me operan hasta que termino la rehabilitación mi principal cuidadora será mi abuela. Ella, era una mujer de 55 años de carácter serio y recto, vamos, que cumplía las órdenes de los médicos a rajatabla. Junto a ella, estaba mi tío Luis que era practicante. Estuvo dentro del quirófano cuando me operaron y después se encargaba de controlar el tratamiento.

**ACEPTACIÓN DE LA ENFERMEDAD.** Tras la rehabilitación, tengo que seguir con las botas ortopédicas y la plantilla pues mi pierna sigue siendo más corta. Me las quitó ya de mayor. Acabé tan aburrida de botas que nunca más me las he vuelto a poner, siempre zapatos.

Una vez que me hice mayor mi principal apoyo para no sentirme diferente fui yo misma y mi deseo de verme normal y olvidar todo lo vivido. Intente que no se notase ni que cojeaba ni que mis piernas no eran iguales. Usaba ropas que evitasen la posible comparación entre mis piernas, no me grababa en vídeo si estaba en movimiento y me esforzaba en caminar derecha. Tan bien lo hice que hubo más de uno que ni se dio cuenta de mi pequeño problema.

La enfermedad me ha acompañado toda la vida, pero la mayor parte del tiempo solo me ha acompañado a mí, para los demás yo procuraba que no estuviese.

Esta actitud de ocultar la realidad, solo buscaba el sentirme igual que los demás aunque en el fondo no lo era. Intenté disfrutar mi vida al máximo. Me esforzaba para no quedarme atrás, participando en toda aquella actividad que se me proponía.

Ya he pasado los 60 años y tengo aceptado que mi pierna es distinta y que al caminar cojeo. Todavía recuerdo el día que decidí no ocultarlo. Fue en clase de baile, mi ropa no era la más cómoda y pensé que con unos vaqueros ajustados y una camise-

ta estaría mejor aunque los pantalones dejaran visible mi pierna diferente. La verdad que a este arranque de buscar comodidad hemos de sumarle que ya tengo una edad y unos cuantos achaques encima que no me permiten intentar ocultar una cojera.

SÍNDROME POSTPOLIO. Achaques, que hace 8 años descubrí, podrían venir derivados de la poliomiélitis. Mi sobrina me llamó a casa para hablarme de una asociación llamada, la asociación de afectados de polio y síndrome postpolio. Comencé a investigar y entendí que las extremidades que no han tenido una evolución normal, hacen que tu caminar o tus movimientos fueren músculos y huesos que pueden desarrollar su propio problema.

Hace ya años comencé con dolor en la espalda y ambas piernas que no cedía ni con analgésicos ni con antiinflamatorios. Supongo que la pierna derecha me duele por no apoyarla en condiciones y la izquierda porque se ve obligada a realizar el trabajo de las dos. En una ocasión la pierna izquierda me falló, propinándome una caída que me tuvo un año y medio con medicación y un montón de visitas al médico. Finalmente, he acabado con una muleta para caminar.

Desde que visito médicos he visto ponerme parches para los calambres, dolores y contracturas que padezco tanto en espalda, caderas, piernas y brazos. En más de una ocasión, de palabra, han relacionado todos mis problemas con la polio pero nunca han tratado el conjunto.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Limia Sánchez, Aurora. La erradicación de la poliomiélitis en la región europea de la OMS. *Rev. Esp. Salud pública (revista en internet)*. 2013 Oct; 87(5): 507-516. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272013000500009&lng=es&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272013000500009&lng=es&nrm=iso) (Revisado en Enero 2014)
- (2) Cué Bruguera, Manuel. Erradicación de la poliomiélitis. *Rev. Cubana. Farm (revista en internet)*. 2000 Dic; 34(3): 221-224. Disponible en: <http://scieloprueba.sld.cu/pdf/far/v34n3/far09300.pdf> (Revisado en Enero 2014)
- (3) Centro de prensa de la OMS. Poliomiélitis. Ginebra: OMS; 2013. Nota descriptiva:114
- (4) Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias. Informe de situación sobre el síndrome post-polio: Revisión de la literatura, situación en España y posibles líneas de actuación. Madrid: Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Sanidad y Consumo); 2002
- (5) Esteban, Jesús. Poliomiélitis parálitica. Nuevos problemas: el síndrome postpolio. *Rev. Esp. Salud Pública (revista en internet)*. 2013 Oct; 87(5): 517-522. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v87n5/10\\_colaboracion\\_especial9.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v87n5/10_colaboracion_especial9.pdf) (Revisado en Enero 2014)
- (6) Amezcua M, Hueso Montoro C. Cómo analizar un relato biográfico. *Arch Memoria [revista en Internet]*. 2009; 6(3) Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/6/mc30863.php> (Revisado en Enero 2014).



FUNDACIÓN de  
la ENFERMERÍA  
de CANTABRIA

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

**Nuberos Científica**

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

# Desnutrición en población geriátrica. Estudio de prevalencia

**Autora:**

**María Lara Bielsa Antúnez**

*Enfermeras de residencia geriátrica en  
Santander. Cantabria. España.*

**María López Gándara**

*Enfermeras de residencia geriátrica en  
Santander. Cantabria. España.*

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

Recibido: 10 de febrero de 2015

Aceptado: 31 de mayo de 2015

Trabajo de investigación cuyo proyecto recibió el premio Accésit de Investigación del Colegio de Enfermería de Cantabria. Año 2014.

**RESUMEN**

La malnutrición es un síndrome geriátrico con alta prevalencia y graves consecuencias.

El objetivo principal de este trabajo es estudiar la prevalencia de desnutrición y el riesgo de padecerla en una muestra de ancianos institucionalizados.

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo de corte transversal en un centro geriátrico con 100 residentes como muestra. La duración fue de un año y entre las variables estudiadas se encuentran: alimentación, Índice de Masa Corporal, integridad cutánea, Escala Mini Nutritional Assessment, Mini Examen Cognoscitivo, Escala de Barthel y Escala de Braden- Bergstorm.

Como resultados más relevantes cabe destacar una prevalencia del 8% con un grado de desnutrición severa, coincidiendo con aquellos seguidos por el servicio de nutrición y que actualmente tienen un aporte diario de suplementos nutricionales pautados por el mismo. Por otro lado un 38% presentó riesgo de desnutrición y gracias a las medidas adoptadas a diario, esta cifra no varió en el tiempo del estudio.

Se concluye que es necesaria una formación más completa y específica del personal sobre la nutrición en el anciano, siendo necesaria la elaboración de programas nutricionales dentro de la institución además de un seguimiento continuo por parte de todo el equipo multidisciplinar.

**Palabras clave:**

- Ancianos
- Desnutrición
- Servicios de salud geriátrica
- Trastornos cognitivos
- Dependencia
- Úlceras por presión

**ABSTRACT**

Malnutrition is a geriatric syndrome with high prevalence and serious consequences.

The main objective of this research is to investigate both prevalence and risk factors for malnutrition in a sample of institutionalized elderly people.

An observational, descriptive, cross-sectional descriptive study was conducted in a nursing home during a one-year period. The sample selected consists of 100 residents sampled. Nutrition, body mass index, skin integrity, Mini Nutritional Assessment (MNA), Mini- mental state Examination, Barthel Scale and Braden-Bergstrom Scale.

As important results, we must stress that there is an 8% of prevalence of severe degree of malnutrition in the elderly who nowadays have a daily nutritional supplement intakes and have been followed by Food and Nutrition services. On the other hand, 38% were at risk of malnutrition, although thanks to the actions carried out every day this percentage did not change during study period.

In view of the results, it may be concluded that a specific and more thorough nutrition training for staff in the elderly, development of nutritional programmes within institution, besides a continued follow-up made by the whole multidisciplinary team are needed.

**Keywords:**

- Elderly
- Malnutrition
- Geriatric health services
- Delirium
- Dementia
- Amnestic
- Cognitive disorders
- Dependence
- Pressure ulcer

**INTRODUCCIÓN-JUSTIFICACIÓN**

En el último siglo, el aumento de la esperanza de vida ha sido uno de los cambios sociales más significativos respecto al incremento de la población de edad avanzada<sup>1</sup>.

En España la población anciana asciende a un 18% de la población total, pudiendo llegar este valor al 20'3% en el año 2021 y al 22'3% en el 2026, situándose España entre los países con mayor envejecimiento de población<sup>2</sup>. Este envejecimiento poblacional es un fenómeno demográfico con importantes consecuencias sociales y sanitarias.

En Cantabria, según el último informe realizado por la fundación Adecco; el índice de envejecimiento de la región se ha multiplicado por tres durante las últimas cuatro décadas. Mientras en 1975 se registraban 39 mayores de 64 años por cada 100 menores de 16, en el año 2014 ya eran 136 mayores de 64 años por cada 100 menores de 16. Estos datos sitúan a Cantabria como la quinta comunidad más envejecida de España<sup>3</sup>.

En los ancianos, en muchas ocasiones, las enfermedades comienzan con la aparición, más o menos súbita, de un síndrome

geriátrico en vez de la forma de presentación característica. En general suelen ser fuente de incapacidad funcional o social del enfermo que los padece. La prevención, valoración y tratamiento de los síndromes geriátricos constituye actualmente el núcleo principal de la atención geriátrica. La malnutrición es uno de los grandes síndromes geriátricos y factor de fragilidad.

La malnutrición es una condición física caracterizada por un desorden nutricional, el cual es producido por una alimentación insuficiente o inadecuada que no aporta todos los nutrientes necesarios para una vida activa y saludable. Dentro de este desorden nutricional se encuentra entre otros, la desnutrición<sup>4</sup>.

La desnutrición es el estado patológico resultante de la carencia de uno o más nutrientes esenciales. Ésta se asocia a un aumento de la morbi-mortalidad secundaria a la disminución de la resistencia a la infección, agravamiento de las patologías de base, retardo en la cicatrización de heridas o aparición de úlceras por presión<sup>5,6</sup>.

A partir de los 70 años la desnutrición se vuelve un problema frecuente debido a la ingesta inadecuada y la carencia principalmente de proteínas<sup>7</sup>.

En la actualidad, la desnutrición conforma uno de los criterios de fragilidad en el anciano, asociada con alteraciones cognitivas, psicomotrices, psicológicas y fisiológicas y de calidad de vida, que en ocasiones se asocia a un agravamiento en la evolución de las enfermedades. La probabilidad de presentar un cuadro infeccioso aumenta entre 2 y 6 veces más en aquellas personas con malos hábitos alimenticios debido a la disfunción del sistema inmune<sup>7</sup>.

La detección precoz de desnutrición puede evitar el riesgo de aparición de enfermedades, evitar ingresos hospitalarios o impedir la aparición de complicaciones<sup>8</sup>.

Existen una serie de factores de riesgo nutricional<sup>9</sup> que aumentan la posibilidad de desnutrición en la población de avanzada edad.

El primer factor de riesgo aparece con la disminución global de las funciones fisiológicas, entre ellas: la pérdida de funcionalidad del aparato masticatorio, el cambio de la percepción del sentido del gusto, disminución de la sensibilidad a la sed y la aparición de alteraciones en el aparato digestivo. Todo ello asociado al envejecimiento provoca cambios en los hábitos alimenticios y del aprovechamiento de los nutrientes.

La falta de una dentición adecuada y la pérdida de sensibilidad en las papilas gustativas provocan problemas en la ingesta y abocan al individuo a unos hábitos dietéticos no adecuados a sus necesidades energético-proteicas.

Las alteraciones metabólicas son otro factor de riesgo importante, la tolerancia a la glucosa disminuye con la edad, así como la síntesis proteica, la densidad ósea y el agua corporal total. Se debe considerar una prioridad dentro de las consideraciones dietéticas la ingesta hídrica puesto que ayuda a disgregar los alimentos mal masticados y favorece su absorción. La sarcopenia es otra alteración característica, se considera la pérdida degenerativa de masa muscular y fuerza al envejecer o al llevar una vida sedentaria<sup>10</sup>.

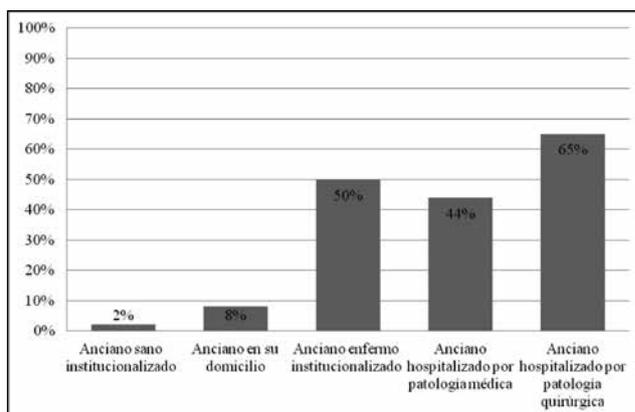
Los problemas económicos que aparecen tras la jubilación en ocasiones conllevan al aislamiento social, repercutiendo en unos hábitos alimenticios poco favorables<sup>10</sup>.

Los factores psicosociales más influyentes que condicionan en su mayoría los hábitos dietéticos del anciano son la depresión y la demencia. Por esta razón, es conveniente llevar a cabo en todos las personas de edad avanzada el Mini Examen Cognoscitivo (MEC)<sup>11</sup>.

La incapacidad progresiva para realizar las actividades básicas de la vida diaria contribuye a un empeoramiento de la alimentación. Dicho grado de incapacidad o dependencia se debe valorar a través de la Escala de Barthel<sup>12</sup>.

Si bien todo el organismo se deteriora gradualmente, es en la piel donde mejor se evidencia el pasar de los años. En ella, al envejecimiento biológico e inevitable, se suma el fotoenvejecimiento, atribuido a la exposición crónica al sol. A través de la Escala Braden-Bergstrom se hace una valoración de riesgo de deterioro de la integridad cutánea y aparición de úlceras por presión por la presencia de diferentes factores de riesgo<sup>13</sup>.

Estudios realizados en los últimos años sobre la prevalencia de la desnutrición en el anciano según el nivel asistencial (véase Gráfico 1) determinan que el riesgo de desnutrición aumenta drásticamente en las personas mayores hospitalizadas o institucionalizadas, siendo aún mayor la incidencia cuando las funciones cognitivas se encuentran alteradas<sup>14,15</sup>.



**Gráfico 1. Prevalencia de la desnutrición en el anciano según el nivel asistencial (Fuente: Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral. Envejecimiento y desnutrición: Un reto para la sostenibilidad del SNS. Conclusiones del IX Foro de debate Abbott-Senpe. García de Lorenzo A, Álvarez J, de Man F.)**

Por todo ello, cabe destacar la importancia de conocer el estado nutricional de las personas mayores como indicadores de una buena salud, así como identificar a los ancianos con factores de riesgo nutricional y realizar una valoración nutricional periódica como parte de la evaluación de su estado de salud. Es imprescindible garantizar un estado nutricional adecuado y una ingesta proteica óptima en la prevención de la fragilidad y la dependencia en este grupo de edad, contribuyendo a un envejecimiento saludable.

Se desea resaltar el decisivo rol de la Enfermería profesional en la detección de los factores de riesgo y el abordaje de la desnutrición en el anciano, llevando a cabo actividades de valoración y mejora de las intervenciones en la práctica clínica.

Por las razones expuestas y en aras al logro de Buenas Prácticas Clínicas en Enfermería se plantea este estudio de prevalencia del estado nutricional de los mayores en un centro residencial. A partir de los resultados se plantearán acciones de mejora con un abordaje interprofesional dirigido a favorecer estados nutricionales adecuados y de máxima independencia en los ancianos residentes.

## OBJETIVOS

### Objetivo general:

Estudiar la prevalencia de la desnutrición y el riesgo de padecerla en ancianos institucionalizados en una Residencia Geriátrica de Cantabria.

### Objetivos específicos:

- Conocer la relación entre desnutrición y dependencia
- Conocer la relación entre desnutrición y deterioro cognitivo
- Descubrir la relación entre desnutrición y presencia de úlceras por presión

## METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo de corte transversal que se llevo a cabo a lo largo de un año (Desde mayo de 2014 a abril de 2015).

El tamaño muestral serán las personas institucionalizadas en la residencia geriátrica donde tiene emplazamiento el estudio, las cuales hayan superado los criterios de inclusión; un total de cien personas.

Se excluyeron aquellas personas que presentaban dificultades sensoriales para la realización o colaboración durante la recogida de datos, o que mostraron su negativa a participar en dicho estudio.

Tras la revisión bibliográfica y estudiados los parámetros que afectan a la desnutrición en la población geriátrica, se elabora una hoja de recogida de datos estandarizada (ANEXO I) como herramienta para medir el nivel de desnutrición en este sector de la población.

La hoja de recogida de datos consta de 9 apartados, entre los cuales existen preguntas de carácter cerrado.

Para la validación del cuestionario se seleccionó un grupo piloto formado por 20 personas y tras el análisis de los resultados obtenidos se creyó oportuno modificar algunas preguntas, de tal forma que la recogida de datos fuese más cómoda y simplificada.

Entre las modificaciones llevadas a cabo, cabe destacar:

- Índice de masa corporal (IMC): se agrupa en el mismo tanto la talla como el peso del residente.

El resto de variables no han precisado modificación tras la realización del estudio piloto.

Las variables estudiadas son nominales. Las escalas de asociación entre peso y talla (Índice de Masa Corporal), evaluación nutricional (Mini Nutritional Assessment), de dependencia (Barthel), deterioro cognitivo (Mini Examen Cognoscitivo) y riesgo de aparición de úlceras (Bradem-Bersgtrom) dan un valor numérico que se transforman en nominal a través de las tablas de conversión.

Los datos obtenidos han sido analizados con el programa estadístico SPSS versión 15.0 en su versión española para Windows.

Se realizó un análisis descriptivo, de frecuencias y gráfico según las variables (para las variables cualitativas se utilizarán porcentajes con su intervalo de confianza (IC) de 95%, y para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar) de acuerdo con el tipo de variable estudiada).

Se llevó a cabo estudios de correlación entre IMC y Mini Nutritional Assessment (MNA), entre MNA y Barthel, entre MNA y Mini Exámen Cognoscitivo (MEC) y entre MNA y Bradem, empleando el índice de correlación de Spearman.

Para la representación gráfica de los resultados se han empleado diagramas de sectores.

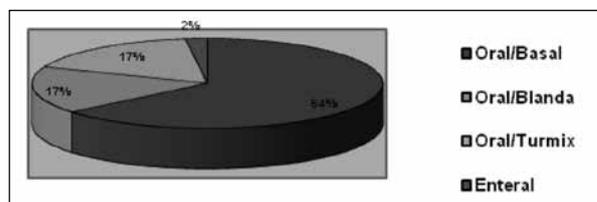
En la herramienta utilizada, se ha identificado un sesgo, consistente en que algunas respuestas fueron demasiado cerradas y carecían de especificidad para su correcta clasificación.

## RESULTADOS

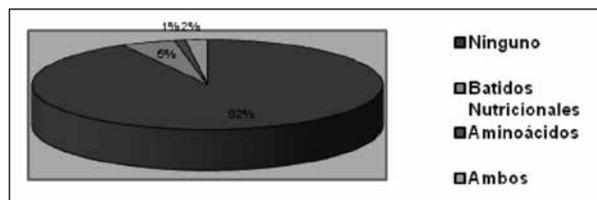
La correlación entre las variables propuestas según los datos estadísticos demuestran una relación directa de las variables dependientes sobre el estado nutricional; la más relevante es la Escala de Mini Nutritional Assessment (MNA).

### 1) Alimentación:

Respecto al tipo dieta, como se observa en el gráfico el mayor número de ancianos toma un tipo de dieta oral basal.

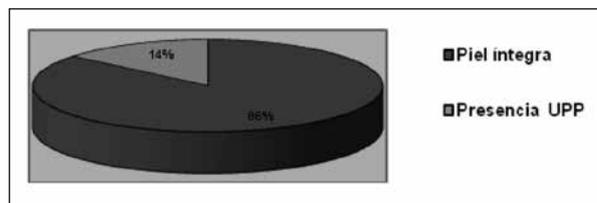


En el gráfico siguiente se dan a conocer los diferentes tipos de suplementos nutricionales y el número de residentes que tiene pautados alguno de ellos.



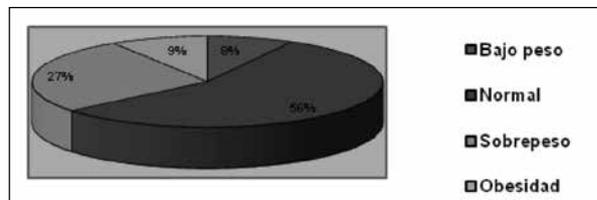
### 2) Integridad Cutánea:

El 14% de la muestra estudiada, presenta algún tipo de úlcera por presión.



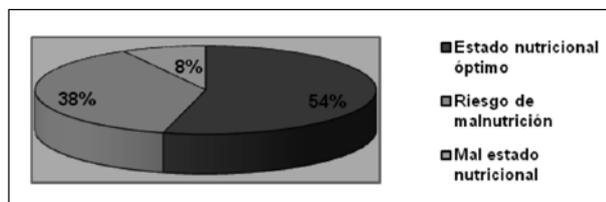
### 3) Índice de Masa Corporal (IMC):

Se observa que tan sólo un 8% presenta un bajo peso. Siendo el porcentaje mayor (56%) el número de residentes con un índice de masa corporal normal.



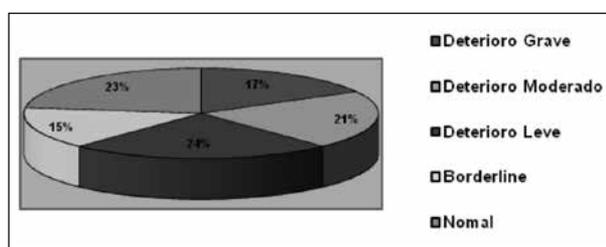
### 4) Mini Nutritional Assessment (MNA):

Como se puede ver en el gráfico siguiente, existe un bajo porcentaje de población desnutrida (8%) en el grupo estudiado.



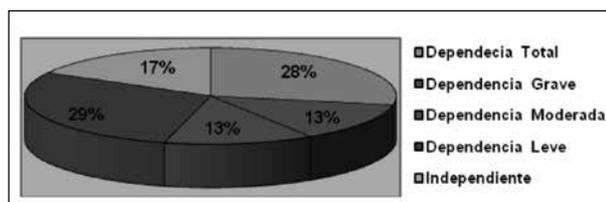
### 5) Mini Examen Cognoscitivo (MEC):

Dentro de la muestra aquellos estados cognoscitivos más prevalentes son: Deterioro leve (24%), Normal (23%) y Deterioro Moderado (21%).



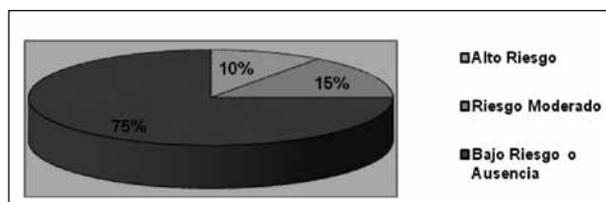
### 6) Barthel:

Dentro del área de la dependencia, las mayorías más significativas son la dependencia leve con un 29% y dependencia total con un 28%.



### 7) Bradem-Berstorm:

El 75% de los residentes estudiados presentan un bajo riesgo o ausencia de padecer úlceras de presión.



### Relación entre las variables estudiadas:

Correlaciones de muestras emparejadas				
		N	Correlación	Sig.
Par 1	MNA & IMC	100	-,475	,000
Par 2	MNA & MEC	100	-,584	,000
Par 3	MNA & Barthel	100	-,513	,000
Par 4	MNA & Bradem_ Bergstorm	100	-,553	,000
Par 5	MNA & Edad	100	,060	,554

La correlación a través del Índice de Spearman de la variable MNA con las demás variables (IMC, MEC, Barthel y Bradem),

exceptuando la edad, indica una correlación inversa moderada entre las mismas. Según este índice si el coeficiente de correlación lineal toma valores cercanos a -1 la correlación es fuerte e inversa, y será más fuerte cuanto más se aproxime a -1. En los resultados obtenidos se observa rangos entre -0,4 y -0,6.

Por otro lado la correlación entre el MNA y la Edad muestra una correlación directa mínima (0,06); por lo que la variable edad, resulta un dato poco relevante en el estudio.

## DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

Este estudio hace una fotografía de la prevalencia de la desnutrición en una población geriátrica institucionalizada en la Comunidad Autónoma de Cantabria, y según los datos obtenidos un 8% presenta un grado de desnutrición severa según la escala de MNA.

Por otro lado, existe un 8% de población geriátrica que es seguida por el servicio de nutrición y que actualmente se encuentra con pauta de suplementos nutricionales, coincidiendo este último porcentaje con el anteriormente mencionado. De estos datos se concluye que se han tomado medidas de aporte nutricional adicional para aquellas personas del estudio diagnosticadas de desnutrición.

Se refleja que el aporte nutricional proporcionado por parte de la institución cubre las necesidades nutricionales básicas y así queda destacado en el porcentaje de usuarios que no presenta desnutrición en el estudio (92%).

Cabe destacar, que dentro del porcentaje de personas que no presenta desnutrición (92%), el 38% presenta un riesgo de desnutrición. Estos resultados podrían explicar a que la desnutrición conforma uno de los criterios de fragilidad en el anciano, y se asocia a alteraciones cognitivas, psicomotrices, psicossociales y fisiológicas, y no sólo es debida a un aporte insuficiente de nutrientes, ya que como se observa en el estudio las medidas nutricionales adoptadas en el centro son las adecuadas (dieta de fácil masticación para los pacientes con problemas de disfagia y deglución, distribución las ingestas en 5-6 aportes nutricionales al día, entre otras medidas).

Los pacientes identificados como de alto riesgo requieren una intervención inmediata que incluye la evaluación médica y psicológica. A menudo, un anciano sin deterioro cognitivo puede asumir una actividad independiente cuando se proporciona un soporte adecuado para corregir las causas de desnutrición.

Analizando los motivos de aquellos casos en los que la desnutrición se encuentra instaurada, se concluye una relación moderada entre la variable nutricional (MNA) y las variables de dependencia (Escala de Barthel), deterioro cognitivo (MEC) y prevalencia de úlceras por presión (Escala de Braden- Bergstorm).

Conocer el grado de dependencia del residente y valorar la capacidad funcional o su nivel de autonomía, es primordial para conocer la situación vital del mismo y así, poder programar las necesidades asistenciales que precise. Es importante determinar los estados de desnutrición, así como el deterioro funcional en el anciano, dado que pueden repercutir de forma negativa a su salud.

Según los resultados obtenidos en el estudio, se observa una clara relación entre la desnutrición y el grado de dependencia funcional. Se observa que el 8% de la población a estudio que presentaba desnutrición coincide con un mayor grado de de-

pendencia. También, a través del índice de Spearman se encuentra dicha correlación de tipo moderado.

El deterioro cognitivo genera en los pacientes síntomas que afectan directa o indirectamente el estado nutricional, situación corroborada en este estudio según el índice de Spearman con una correlación moderada inversa entre ambas variables.

En relación con ello, se han postulado diversas hipótesis para explicar la pérdida de peso en las personas con deterioro cognitivo: cambios en el consumo de alimentos, asociado con la disminución de las capacidades funcionales, cambios en el requerimiento energético por agitación, estrés y/o deambulación y atrofia de la corteza temporal mesial<sup>16</sup>.

No obstante, para investigar las causas concretas de la relación entre ambos factores, sería necesario realizar estudios más amplios.

Un deterioro en la nutrición podría influir en la vulnerabilidad de los tejidos a factores extrínsecos como la presión, y así lo constata el índice de Spearman que muestra una correlación entre ambas variables de tipo moderado. Es importante señalar que sólo unos pocos factores de riesgo pueden estar influidos por nuestras acciones siendo la carga sobre los tejidos y la nutrición dos factores importantes a destacar.

Tras los resultados del estudio, se considera conveniente la elaboración de programas nutricionales en todos los centros residenciales así como una formación continua de los diferentes profesionales del centro. Además, es necesario un seguimiento continuo de aquellos residentes que presentan un riesgo de padecer desnutrición para mantener o mejorar su estado nutricional (control de ingestas, aporte extra con suplementos en caso de alguna carencia, control del estado anímico, actividad física y mental, etc.).

Finalmente, y para poder extrapolar los resultados a la población geriátrica general, además de seguir investigando sobre el tema, sería necesario llevar a cabo un estudio multicéntrico.

## ASPECTOS ÉTICOS

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

Se ha informado al gerente del centro de la puesta en marcha del estudio.

Las autoras del manuscrito manifiestan no tener conflictos de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Arribas L, Peiró I, Fort E. Valoración nutricional en oncogeriatría. *Infogeriatría*. 2012;6:6-14.
2. Cabrera E, March G, Zabalegui A, Foryuny M. Nutrición y envejecimiento. Una visión general. *Metas Enferm*. 2005;8(5):16-22.
3. Fundación Adecco. 5º INFORME DIRECTIVOS Y RSE. 2014.
4. Jonatan Rapaport y Karlos Pérez de Armiño. Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. Universidad del País Vasco. 2005-2006; 1.
5. Casimiro Peytaví C, García de Lorenzo y Mateos, A., Usuán L. Evaluación del riesgo nutricional en pacientes ancianos ambulatorios. *Nutr Hosp*. 2001;16(3):97-103.
6. Esteban Pérez M, Fernández- Ballart J. Estado nutricional de la población anciana en función del régimen de institucionalización. *Nutr Hosp*. 2000;15:105-113.
7. Serra J, Salva A. Cribado de la desnutrición en personas mayores. *Med Clin*. 2001;116:35-9.
8. Santi Cano M, Chacón B. Importancia de la encuesta dietética en la detección temprana de desnutrición en el anciano. *Med Clin*. 1992;98(7):250-3.
9. Velásquez M. Desnutrición en los adultos mayores: La importancia de su evaluación y apoyo nutricional. *Rev salud pública nutr*. 2011;12(2).
10. Arbonés G., Carbajal A., Gonzalvo B., González-Gross M., Joyanes M., Marques-Lopes I. et al . Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores: Grupo de trabajo "Salud pública" de la Sociedad Española de Nutrición (SEN). *Nutr. Hosp*. [revista en la Internet]. 2003 Jun [citado 2014 Abr 26] ; 18(3): 109-137. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112003000300001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112003000300001&lng=es).
11. Lobo A, Ezquerro J, Gómez F, Sala J, Seva A. El mini-examen cognoscitivo. Un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría* 1979;7:189-201.
12. Barthel Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Med Journal*, 1965; 14: 61-65.
13. Bergstrom N, Braden B, Boynton P, Bruch S. Using a research-based assessment scale in clinical practice. *Nurs Clin North Am*. 1995; 30: 539-551
14. Ramos Martínez A, Asensio Vegas A, Nuñez Palomo S, Millán I. Prevalencia y factores asociados a malnutrición en ancianos hospitalizados. *An Med Interna*. 2004;21:263-8.
15. Ramón J, Subirá C, Grupo Español de Investigación en Gerontología. Prevalencia de malnutrición en la población anciana española. *Med Clin*. 2001;117(766):70.
16. Tarazona Santabalbina F. J., Belenguer Varea A., Doménech Pascual J. R., Gac Espinola H., Cuesta Peredo D., Medina Domínguez L. et al . Validez de la escala MNA como factor de riesgo nutricional en pacientes geriátricos institucionalizados con deterioro cognitivo moderado y severo. *Nutr. Hosp*. [revista en la Internet]. 2009 Dic [citado 2015 Abr 23] ; 24(6): 724-731. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112009000600014&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112009000600014&lng=es).



# Actuación Enfermera en el Intervencionismo de Mama: Biopsias Asistidas por Vacío

## **Autores:**

### **M. Dolores Romo Rueda**

*Diplomado en Enfermería. Especialista en Radiología. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España.*

### **Laura Fernández Rodríguez**

*Diplomada en Enfermería. Enfermera Supervisora. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España.*

### **Dolores España Pérez**

*Diplomado en Enfermería. Especialista en Radiología. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España.*

### **Margarita Castrillo Diez**

*Diplomado en Enfermería. Especialista en Radiología. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España.*

### **Matilde Nogal Charro**

*Diplomado en Enfermería. Especialista en Radiología. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España.*

### **J. Manuel Diez Seco**

*Diplomado en Enfermería. Especialista en Radiología. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España.*

*Dirección para correspondencia:  
[lolacantabria@gmail.com](mailto:lolacantabria@gmail.com)*

Recibido: 26 de enero de 2015  
Aceptado: 8 de mayo de 2015

**RESUMEN**

El objetivo principal es evaluar las actuaciones de enfermería realizadas sobre las mujeres a las que, durante dos años, se les han practicado diversas técnicas de intervencionismo guiado por imagen y sus resultados con el fin de evaluar los diferentes procedimientos empleados y mejorar la calidad de la asistencia. Se describen las citadas intervenciones y analizan las posibles diferencias existentes en función de la técnica intervencionista realizada, así mismo se valora la idoneidad del protocolo de recogida de datos y aporta nuestra experiencia pues no existen muchos estudios de enfermería en este campo.

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal, analizando la totalidad de pacientes biopsiadas mediante biopsia asistida por vacío (BAV) durante los años 2010 y 2011.

Resultados: analizadas 540 intervenciones, 258 (47,8%) por ecografía y 282 (52,2%) por estereotaxia. La edad media de las mujeres a las que se realizaron BAV por ecografía fue de 40,9 años frente a los 53,8 años de las sometidas a BAV por estereotaxia. Procedían mayoritariamente de consultas del propio hospital. La valoración positiva, por parte de la mujer, fue muy alta. El dolor no dependió del tipo de intervención y fue mayor en las 24 horas siguientes que durante el proceso. No hubo incidencias graves.

Conclusiones: Contribuir a la mejora de la calidad asistencial de las pacientes y a la comunidad científica, añadiendo nuevos ítems y retirando otros que no nos resultaron relevantes.

**Palabras clave:**

- Neoplasias de Mama
- Radiología Intervencionista
- Atención de enfermería

**ABSTRACT**

The main goal of this research is to evaluate both the nursing interventions which were performed on women who have been undergone various image-guided intervention techniques and their results. This research will be done in order to evaluate the different methods used and to improve the quality in health care.

The survey was conducted over the course of one year.

Description of the interventions, as mentioned above, and the analysis of existing differences are made in function of the interventional technique used. Furthermore, it is valued the fitness data collection protocol and the experience of nursing team, because there are not many nursing research in this field.

A cross-sectional study has been carried out. It was analyzed all patients who have undergone vacuum-assisted biopsy (VAB) during the years 2010-2011.

Results: 540 interventions were studied, 258 (47,8%) by ultrasound and 282 (52,2%) by stereotactic radiosurgery. The average age of women underwent VAB by ultrasound was 40,9 in comparison to 53,8 of women underwent VAB via stereotactic guide procedures. Patients mainly came from the hospital outpatients department.

There were a lot of positive assessments made by women. The pain didn't depend on the kind of intervention but it was greater in the following 24h than during the procedure. There were no reports of serious incidents.

Conclusions: To contribute to improving health care quality provided to patients and the scientific community. This means that new items can be added as well as others not relevant can be withdrawn.

**Keywords:**

- Breast Neoplasm
- Radiology, Interventional
- Nursing Care

**INTRODUCCIÓN. JUSTIFICACIÓN**

En las lesiones de mama es fundamental el estadio en que se detecta la enfermedad, siendo la supervivencia superior al 85-90 % en la fase I-II.

Gracias a las técnicas de intervencionismo de mama, las lesiones se detectan de modo precoz y se diagnostican en nuestra unidad de mama sin intervención quirúrgica como antiguamente se hacía.

Actualmente, las mujeres se operan solo con fines terapéuticos, mejorando la calidad asistencial y disminuyendo los costes.

El objetivo de las técnicas intervencionistas radiológicas de mama es obtener un diagnóstico anatomopatológico, no quirúrgico, fiable, que permita evitar la cirugía mayor de lesiones benignas y planificar el tratamiento del cáncer de mama<sup>1</sup>.

La utilización de la mamografía como prueba de imagen ha incrementado el número de diagnósticos de lesiones mamarias en estadios precoces; es decir, el diagnóstico precoz de lesiones tan-

to malignas como benignas, siendo el objetivo de estas pruebas evaluar el diagnóstico clínico o detectar la enfermedad en estadio subclínico para obtener un diagnóstico precoz de las mismas<sup>2</sup>.

Antiguamente los diagnósticos se realizaban en estadios más avanzados, en algunos casos con metástasis, teniendo como consecuencia elevadas cifras de mortalidad. Con la introducción de los programas de cribado basados en la mamografía, la detección de las enfermedades de la mama en estadios tempranos ha aumentado la tasa de supervivencia y calidad de vida.

Actualmente, en la unidad, se utilizan las siguientes técnicas de imagen: mamografía, ecografía, biopsia asistida por vacío (BAV) guiada por estereotaxia (STX) o por ecografía, punción aspiración con aguja fina (PAAF), biopsia con aguja gruesa (BAG) y galactografía<sup>3</sup>.

La BAV, además de diagnóstica, es terapéutica para muchas pacientes, ya que si la lesión es benigna y su tamaño está dentro de unos parámetros establecidos, puede llegar a extirparse completamente.

En caso de malignidad se puede conocer la naturaleza de la lesión, previa a la cirugía, pudiéndose ajustar el tratamiento.

El motivo de nuestro estudio, se centrará en dos de estas técnicas: la BAV por ecografía y la BAV por estereotaxia.

### **BAV por ecografía:**

La BAV guiada por ecografía<sup>4</sup> es una técnica de biopsia con aguja gruesa (calibre 9 y 12 G) con la que se obtienen cilindros de tejido que posteriormente serán objeto de un estudio histológico. Se realiza con anestesia local previa. Por control ecográfico se coloca la aguja en la zona a biopsiar y mediante un sistema de corte automático y con aspiración se obtiene la muestra, que se envía identificada en un bote con formol a Anatomía Patológica. Además de una técnica diagnóstica, es, también, terapéutica en muchos casos, ya que si la lesión no sobrepasa los 30 milímetros puede ser extirpada en su totalidad.

### **BAV por estereotaxia:**

En la BAV guiada por estereotaxia<sup>5</sup>, el sistema de biopsia es igual al anterior, con la diferencia de que la zona a biopsiar se localiza mediante el cálculo de tres coordenadas (x, y, z), a partir de tres imágenes radiográficas de la lesión tomadas desde distintos ángulos. Se utiliza una aguja gruesa (calibre 8G o 10G). La estereotaxia se emplea en lesiones que no son visibles por ecografía, como las micro calcificaciones y algunas distorsiones, siendo de una gran precisión.

Esta prueba se realiza en una mesa prona con una abertura en la que se introduce la mama; debajo de la mesa se encuentra el sistema de estereotaxia propiamente dicho y un sistema de radiología digital. La guía se dirige, exactamente, al lugar elegido previamente para recoger la muestra, con un sistema de corte y aspiración automáticos; los cilindros de tejido obtenidos se colocan en un sistema de celdillas numeradas del 1 al 12 (los números son radiopacos para facilitar así la posterior selección). Una vez se rellenan las celdillas, se radiografían. Si la zona a biopsiar es una distorsión, se introducen todos los cilindros en un bote con formol, pero si son microcalcificaciones, la muestra se reparte en dos botes adecuadamente identificados y con la anotación "con calcio" y "sin calcio" para su mejor estudio en Anatomía Patológica.

La posición en decúbito prono ofrece ventajas importantes: comodidad para las pacientes y los profesionales, una adecuada movilización de la mama y no visualización de la prueba por parte de la paciente. Además, al estar la mama comprimida, el riesgo de sangrado y posterior hematoma es menor.

Las limitaciones de esta técnica son: mamas de pequeño tamaño, lesiones muy periféricas o posteriores o lesiones de difícil visualización.

En ambas pruebas, la labor de la enfermera es imprescindible y además es importante para minimizar en lo posible los efectos adversos. En primer lugar hay que procurar crear un ambiente adecuado que favorezca disminuir el miedo a la prueba, explicándole el proceso: así, en todo momento, se le informa de lo que se le va a hacer y de la importancia de su colaboración. Al finalizar, se comprime la zona de la biopsia durante 10-15 minutos para evitar que se forme más hematoma. En la zona donde se introduce la aguja se hace una pequeña incisión para facilitar la entrada de la misma y ahí se colocan puntos de aproximación de los bordes, habitualmente con aproximadores de bordes y ocasionalmente, con sutura de seda.

Previamente, en la recepción del paciente, el familiar es informado o se le recuerda la duración del proceso, se le resuelven dudas posibles, se les da ánimo y apoyo. A veces es necesario implicar al familiar en la información de los cuidados posteriores debido a circunstancias como edad avanzada, bajo nivel de comprensión de las mismas, estado de nerviosismo acusado, llanto, idioma, etc., de la paciente.

Durante el proceso, se valora, en todo momento, el estado de la paciente, procurando el mayor confort, vigilando el sangrado, dolor, necesidad de usar oxígeno, grado de consciencia, palidez, sudoración, llanto y otras apreciaciones que, de forma oral o con gestos, nos transmita la paciente.

Es posible que al final de la biopsia se coloque un clip o marcador con el fin de tener perfectamente localizada la zona biopsiada para actuaciones posteriores: controles sucesivos, tratamientos, extirpación de la zona, etc. No implican ningún riesgo para la paciente ni dolor.

En relación con el posible sangrado, este puede producirse por:

- 1- La pequeña incisión con una hoja de bisturí para facilitar la entrada de la aguja.
- 2- La aguja de biopsia, que oscila entre un calibre del 8G al 12G
- 3- La muestra tiene que tener el material suficiente, por lo que los cilindros o el tejido recogido siempre deja, en el lecho biopsiado, un hematoma en mayor o menor cuantía.
- 4- La hemostasia no es la misma en todos los pacientes.
- 5- En algunos casos las pacientes no siguieron todas las recomendaciones de la post-intervención, bien por motivos laborales, movimientos bruscos de forma inesperada, etc.

Si la paciente toma anticoagulantes, actuando según protocolo de la Unidad, se remite a su médico de cabecera para que se le suspenda el tratamiento 48 horas antes; además, el día de la prueba se le extrae un estudio de coagulación en la Unidad. Una vez que se comprueba que todo está correcto, siempre bajo la supervisión del radiólogo, se procede a iniciar la prueba

En todos los casos se comprime la zona biopsiada y el punto de entrada de la aguja durante 10-15 minutos, pudiéndose extender este tiempo todo lo que sea necesario para realizar una correcta hemostasia.

Si se ha utilizado una aguja gruesa, 8G en la BAV por estereotaxia o 9G, en la BAV por ecografía, se pone un vendaje comprimiendo la mama tras la compresión manual.

Se le recomienda no coger peso ni hacer movimientos bruscos en las siguientes 24 horas, y se coloca frío local en la zona biopsiada durante las horas siguientes. Estas recomendaciones se les dan por escrito (anexo 1). Al día siguiente se contacta con la paciente, por teléfono. El formulario se completa tras la prueba anotando las incidencias en cada punto y con la información recogida a las 24 horas tras la intervención, comprobando el estado de la paciente y el correcto seguimiento de las recomendaciones y su comprensión. En caso de observarse alguna duda se le aclara en ese momento.

## **OBJETIVOS**

El objetivo general del presente estudio es evaluar desde el punto de vista enfermero, las dos técnicas de biopsias citadas. Se

hace una evaluación de todos los aspectos que tienen que ver con la calidad y la confortabilidad de ambas pruebas, se analizan los efectos adversos y se busca detectar posibles anomalías, con el fin de emprender líneas de mejora.

**Objetivos específicos son:**

- Analizar las actuaciones de enfermería realizadas sobre las mujeres a las que, a lo largo de dos años, se les realizó una biopsia mediante una de éstas técnicas y los resultados de éstas.
- Constatar las posibles diferencias existentes en función de la técnica intervencionista realizada.
- Valorar la idoneidad del protocolo de recogida de datos de enfermería así como de la ficha utilizada (anexo 2).
- Contribuir a la mejora de la calidad asistencial.

**METODOLOGÍA (MATERIAL Y MÉTODOS)**

Mediante un estudio descriptivo transversal, se analizaron la totalidad de pacientes tratados en la Unidad de Diagnóstico por Imagen de Mama del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, durante los años 2010 y 2011. En total 540 pacientes.

Los datos han sido recogidos, según un protocolo de actuación, en fichas que incluyen 57 variables: identificación de la paciente y tipo de intervención, documentación y pruebas diagnósticas, valoración de la paciente, tanto antes de la intervención como durante esta y los cuidados posteriores (Anexo 2)

En el apartado de valoración del dolor se usa una escala subjetiva en la que, además de lo expresado por la paciente, se observa el comportamiento o actitudes que adopta ésta: expresión facial, grado de movilidad al realizarse procedimientos puntuales como la punción para la anestesia, incisiones, compresión de la zona; se valora la tensión muscular, postura corporal, tensión arterial, frecuencia cardiaca, etc.

Los datos se introdujeron en una hoja de cálculo Excel® y han sido analizados con la aplicación estadística SPSS Statistics V22®.

Se realizó una descripción de medias y frecuencias, comparando medias mediante las pruebas oportunas (t Student, Análisis de la Varianza) y proporciones (Chi Cuadrado).

**RESULTADOS**

Se han realizado 540 intervenciones, 258 BAV por ecografía y 282 por estereotaxia, con las siguientes características obtenidas de las fichas.

**Edad de las pacientes intervenidas**

Las edades de las pacientes intervenidas van desde los 17 a los 83 años, con un valor medio de 47,6 años Tabla1. Gráfico 1.

Tabla 1. Edad de las intervenidas					
	N	Mínimo	Máximo	Media	D. estándar
Edad	540	17	83	47,66	12,343

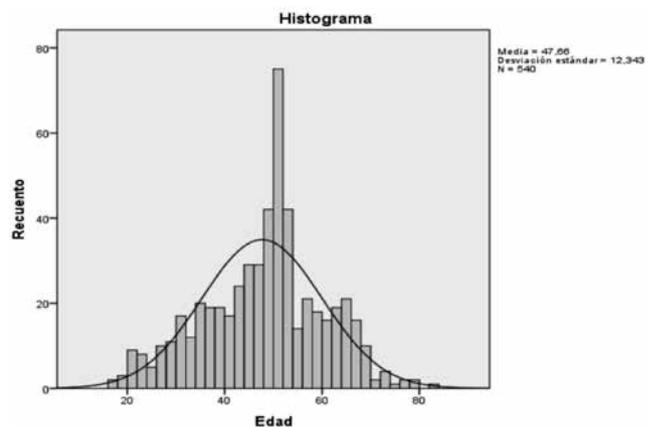


Gráfico 1. Edades de mujeres intervenidas por las dos técnicas.

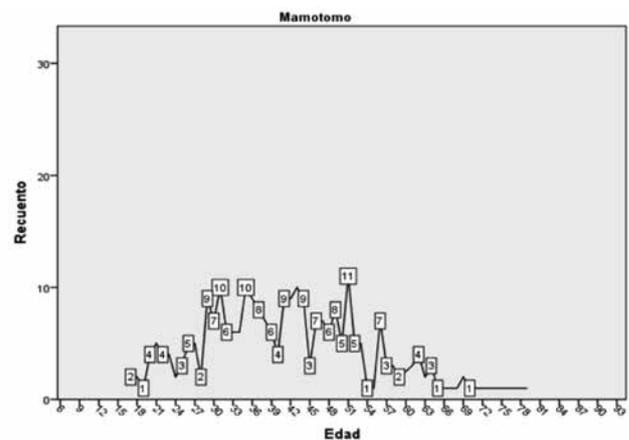


Gráfico 2. Edades de mujeres intervenidas por BAV por ecografía.

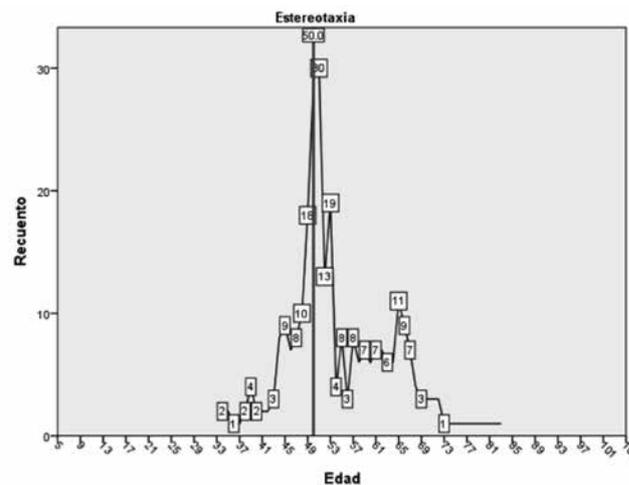


Gráfico 3. Edades de mujeres intervenidas por BAV por estereotaxia.

Las pacientes intervenidas por BAV por ecografía son más jóvenes que las que lo han sido por BAV por estereotaxia, 40,9 años de media frente a 53,8 (p<0.001). Gráficos 2 y 3.

### Intervencionismo previo

Solo en un 9,7% de los casos existen antecedentes de intervencionismo previo y no tiene relación con el tipo de intervencionismo que se realizó.

### Documentación y pruebas diagnósticas

El 100% de las mujeres intervenidas otorgaron el Consentimiento Informado de la forma legalmente establecida.

En relación con la existencia de radiografías previas, estas se encuentran registradas en el 93,1% de los casos.

Durante el periodo de tiempo objeto de nuestro estudio, un 18,2% de las mujeres procedieron del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama de Cantabria (PDPCM), un 61,2% de consulta de este hospital, un 14,5% de otro hospital de Cantabria y un 5,9% de otra provincia. Gráfico 4.

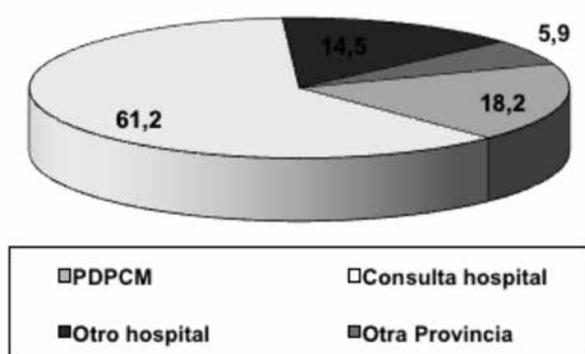


Gráfico 4. Procedencia del paciente

### Valoración previa de la paciente

En lo referente a la valoración previa de la paciente, es importante indicar que la práctica totalidad de las mujeres, 99,3%, se sintieron bien informadas y que esta información procedió, mayoritariamente de los profesionales implicados en la prueba (enfermera y médico).

Solo en un 1,8% de los casos la paciente había tomado anticoagulantes.

Las alergias estuvieron presentes, como antecedentes, en un 10% de las mujeres.

El estado de ánimo fue, mayoritariamente normal (88%), aunque se apreciaron signos de ansiedad (13,2%), llanto (4,1%), miedo (7%).

En relación con la atención a los familiares, en el 93,2%, se realizaron actuaciones concretas.

### Valoración del proceso

Se colocaron clips en el 36,3% de las mujeres.

La paciente colaboró adecuadamente en un porcentaje muy alto, 99,6%. Siempre estuvieron atentas a las indicaciones del personal.

En relación con el dolor, este fue, generalmente, leve, con niveles más altos en la mama (Tabla 2).

Tabla 2. Intensidad del dolor en la intervención

Intensidad dolor (%)	Mama	Mano-Brazo	Cuello	Espalda
No	65,7	93,7	93,3	96,2
Leve	29,4	4,7	5,5	3,4
Moderado	4,8	1,5	1,2	0,4
Intenso	0	0	0	0

En los casos que presentó dolor, no se encontraron diferencias significativas en la intensidad de este, entre los dos tipos de intervención, BAV por ecografía o BAV por estereotaxia.

En relación con el sangrado, este no fue muy frecuente, solo existió en un 28,7% de los casos. Cuando este se produjo, el sangrado fue leve en un 72% de los casos, moderado en un 20,3% e intenso en un 7,7%. Cedió con presión en un 96,5% de las ocasiones.

No hubo diferencias, en relación con el sangrado, entre los dos tipos de intervenciones. Posteriormente, y por distintas causas (pruebas complementarias, etc.) un 5,8% de las mujeres precisaron atención médica (solicitud de estudios de coagulación, ecografía de control, evaluación hematoma, sutura, etc.).

### Actuaciones inmediatas

Se hicieron radiografías de los cilindros obtenidos en la muestra en un 94,2% de las BAV por estereotaxia para diferenciar los que tenían microcalcificaciones de los que no. En las distorsiones y en las BAV por ecografía no es necesario.

Un 99,6% de las mujeres recibieron recomendaciones por escrito, asimismo, se entregó el kit post punción a un 99% (recomendaciones escritas, gasas, hielo químico).

Fueron citadas para resultados, el 59,7% de las mujeres. A las mujeres que procedían del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama de la Consejería de Sanidad (PDPCM), se les avisó por teléfono, para ser informadas por el radiólogo de los resultados.

Precisaron pruebas complementarias un 43,6% de las mujeres (ecografías, mamografías o resonancia magnética).

### Cuidados posteriores (24 horas)

Se presentó un cuadro alérgico (esparadrapo, antisépticos, apósitos, etc.), únicamente, en un 4,9% de los casos. Prácticamente, la mitad de las mujeres, 49,7%, precisaron analgesia. Unas veces lo tomaron de forma profiláctica y otras con dolor ya instaurado.

Un 54,8% fue citada en la Unidad al día siguiente para realizarle una cura.

Además, en un 10,7% de los casos fue realizada una ecografía en esas primeras 24 horas, casi siempre para visualizar hematomas producidos.

Apareció un hematoma en el 48,7% de los casos registrados, siendo de más de 2 cm en un 22,6% y superficial en un 85,3%.

En cuanto al dolor en la mama posterior a la prueba, la mitad de las mujeres precisaron analgesia en las primeras 24 horas, aunque el dolor solo fue intenso en muy pocos casos; este no existió en un 36,6%, fue leve en un 54,4%, moderado en un 8,1% e intenso, en un 0,8%.

La satisfacción media registrada con la prueba y el trato recibido fue de un 9,9 sobre 10.

Para las mujeres, la información recibida fue suficiente en un 99,5%.

Las pacientes mantuvieron el reposo indicado de forma mayoritaria, 99,5%, así como la aplicación de hielo, 99,6%. En un 96,7% la paciente retiró el apósito adecuadamente y no precisó de control posterior en la Unidad en un 97,6% de los casos.

## DISCUSIÓN

Cuando se analiza la edad de las mujeres intervenidas, se puede observar la diferencia entre las edades de las mujeres a las que se les ha practicado un BAV por ecografía frente a las que se le ha practicado una BAV por extereotaxia; así, las edades medias de ambas, 40,9 y 53,8 años, difieren de forma significativa. Se explica porque las BAV por ecografía corresponden casi siempre a mujeres con fibroadenomas.

Hay dos cuestiones previas que presentan una gran importancia: el que la mujer esté tomando anticoagulantes y el que presente alergias conocidas, por su posible trascendencia; en nuestra casuística, el 1,8% y el 10%.

En relación con las alergias, en la ficha no queda constancia escrita sobre el tipo de alergia pese a que, al comienzo de la prueba, se le pregunta si es alérgica a la anestesia, antiséptico usado, esparadrapo, etc. En algún caso, existen alergias a metales distintos, por lo que es necesario consultar un dossier existente en la Unidad en el que se describen la composición de las distintas agujas. En caso de duda, el radiólogo remite a la paciente a la Consulta de Alergias con el fin de ver la viabilidad de la realización de la prueba. En cualquier caso, la ocurrencia de alergias (apósito, esparadrapo) fue muy baja.

En nuestro estudio, el estado de ánimo podría considerarse normal en un 88% algo que, según nuestra experiencia, no recoge fielmente la realidad. Se precisa incluir, en la nueva ficha, una variable de escala numérica para este fin. En cualquier caso, el dolor intenso durante la intervención apareció en solo un tercio de las pacientes, referido, lógicamente, a la mama intervenida y se trató adecuadamente.

Aunque en el registro se indica que para la mitad de las mujeres se consideró necesario el ser curada en la Unidad, al día siguiente, hay que tener en cuenta que, a principios del año 2010 todas las mujeres eran curadas en la propia Unidad a las 24 horas del intervencionismo pero, a finales de ese año y a partir de entonces, todas recibieron información oral y escrita para que se hicieran la cura en casa, verificada, posteriormente y por teléfono, desde la Unidad. Todo ello encaminado al fomento del autocuidado.

Destacar la valoración positiva que hacen las pacientes sobre su satisfacción por el trato recibido y por la intervención, así como el alto grado de cooperación de esta en su autocuidado. La cohesión del equipo (médico, enfermera, técnico especialista en radiología y auxiliar de enfermería) en la totalidad del proceso deriva, en definitiva, en un resultado global muy satisfactorio para las pacientes.

Asimismo, remarcar el apoyo y nivel de información a familiares y acompañantes. El 6,8% donde parece no haber existido este apoyo, corresponden a mujeres que acudieron solas.

En lo referente a la ficha de recogida de datos, presenta deficiencias en su cumplimentación, en algunos apartados de forma sistemática y, además, se ha mostrado compleja de rellenar y con necesidad de modificaciones concretas.

## CONCLUSIONES

- Excelente nivel de información, a la paciente, antes, durante y después de la intervención.

- No hay diferencias en cuanto a dolor y sangrado entre los dos tipos de intervenciones.
- Valor del trabajo en equipo: enfermeros, médicos, técnicos y auxiliares.
- Importancia del correcto trabajo de enfermería para la evitación de efectos secundarios.
- Importancia del autocuidado de la mujer en la fase de post-intervención.
- Alto grado de satisfacción, de las mujeres, a pesar del estrés y miedos a los que están sometidas.
- Importancia del apoyo a las mujeres por parte de la enfermera, dándoles tanto la información como la atención emocional que precisan en cada momento.
- Ausencia de incidencias graves, tanto durante la intervención, como después.
- Algunas deficiencias en el sistema de registro de la actividad: ficha compleja y con deficiencias en su cumplimentación. A raíz de este estudio, se ha diseñado una nueva ficha simplificando la hoja de registro de enfermería y los datos a recoger mientras se ha considerado necesario añadir ítems nuevos y eliminando otros que no eran relevantes. (Anexo 3).

El objetivo final será mejorar la calidad asistencial.

## AGRADECIMIENTOS

- J. Ignacio Martínez Gutiérrez. Diplomado en enfermería. Especialista en Radiología, Servicio de Rx H. Cantabria .España
- Elena Alonso Soria. Diplomada en enfermería, Servicio de Rx H. Cantabria .España
- Dr. Germán Romero (Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno Cantabria)
- Dr. Alfonso Vega (Unidad Radiológica de Mama HUMV.)
- Dr. Pedro Muñoz (SCS)
- Auxiliares de Enfermería del Servicio de Rx H. Cantabria.
- Técnicos Especialistas del Servicio de Rx H. Cantabria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gil JI. Diagnóstico por imagen del cáncer de mama. Wikisenology.wikispaces.com [Internet]. 2010. [Fecha de consulta: 15.12.2014]. Disponible en <http://wikisenology.wikispaces.com/Cáncer+de+mama.+Diagnóstico+y+estadificación>.
2. Oliva M, Sartori E, Gotta C. Evolución del diagnóstico de la mama: su impacto en la morbimortalidad por cáncer de mama. *Rev Argent Radiol*. 2004; 68 (2):161-173
3. Vega Bolivar A. Intervencionismo diagnóstico en patología de mama. *Radiología*. 2011. 53(6): 531-543.
4. Wu YC1, Chen DR, Kuo SJ. Personal experience of ultrasound-guided 14-gauge core biopsy of breast tumor. *Eur J Surg Oncol*. 2006 Sep; 32(7): 715-8.
5. Won B, Reynolds HE, Lazaridis CL, Jackson VP. Stereotactic biopsy of ductal carcinoma in situ of the breast using a 11-gauge vacuum-assisted device: Persistent underestimation of disease. *Am J Roentgenol*. 1999 Jul; 173 (1) :227-9

## ANEXO 1



HOSPITAL CANTABRIA  
Servicio de Radiodiagnóstico  
Unidad de Diagnóstico por imagen de mama



### RECOMENDACIONES TRAS LA PUNCIÓN DE MAMA - ESTEREOTAXIA -

Le han realizado una punción de mama.

Después de la punción, deberá seguir las siguientes recomendaciones:

- Vigilará el apósito (si sangra, apretar fuerte y cambiar), si permanece seco, no retirarlo hasta el día siguiente.
- Si presentara escozor o enrojecimiento en la zona, puede tener una alergia al esparadrapo, en este caso, debe retirarse el mismo.
- Colocará hielo local sobre la zona de la punción para minimizar la formación de hematomas hasta las 20 h. aproximadamente.
- No tomará Aspirina, ya que facilita el sangrado. Si tiene dolor: puede tomar otros analgésicos (Nolotil, Termalgín etc.).
- Deberá guardar reposo relativo del miembro superior del lado en que se ha realizado la punción. No hará gestos bruscos, cargar pesos, realizar deportes, etc.
- **En caso excepcional de sangrado intenso**, se pondrá en contacto con nosotros en el teléfono 942-20.35.51 o acudirá al Servicio de Urgencias.



**SE LE LLAMARÁ POR TELÉFONO EL DÍA SIGUIENTE PARA VALORAR SU EVOLUCIÓN.**

ANEXO 2



**SC**

**SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO**  
**UNIDAD DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN DE MAMA**



Hospital Universitario  
"Marqués de Valdecilla"

**PUNCIÓN DE MAMA. REGISTRO Y EVALUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Identificación de la paciente

Mamotomo: Si  No  MD  MI   
 Esterotaxia: Si  No  MD  MI   
 Intervencionismo previo: Si  No  Fecha: .....

**DOCUMENTACIÓN Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS:**  
 Placas previas  Consentimiento informado  Unidad  Consulta

**VALORACIÓN DE LA PACIENTE:**

Información	Medicación	Alergias	Estado Ánimo	Atención a la familia
Apropiada <input type="checkbox"/>	Anticoagulante:	SI <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Insuficiente <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Ansiedad <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Por Médico <input type="checkbox"/>	Último control:	NO <input type="checkbox"/>	LLanto <input type="checkbox"/>	Sala
Por Enferm. <input type="checkbox"/>			Miedo <input type="checkbox"/>	

**VALORACIÓN DURANTE EL PROCESO:**  
 CLP  FOCOS  COLABORADORA

	Dolor	Leve	Moderado	Intenso
Mama				
Mano-Brazo				
Cuello				
Espalda				
<b>Sangrado</b>				
Cede con presión: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Precisa suspensión: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

**CUIDADOS INMEDIATOS:**

RX cilindros  Placas cilindros   
 Hielo  Compresión   
 Recomendaciones escritas   
 Kit postpunción   
 Cita para resultados   
 Complementarias: Si  No  Eco  RX   
 Justificantes: Si  No  Día  24 h.   
 Sangrado: Si  No  L  M  I   
 Cede con presión: Si  No   
 Precisa atención médica: Si  No

**CUIDADOS POSTERIORES (24 HORAS):**

Alergia: Si  No  Hematoma 

<2 cm	>2 cm
Superficial	
Profundo	

Analgesia: Si  No

Cantidad:

Cura 24 h.: Si  No

Eco 24 h.: Si  No

Satisfacción (1-10): Prueba  Trato

Información: Suficiente   
 Adecuada

Cita para el próximo control   
 Preciso receta

COLABORACIÓN DEL PACIENTE	SI	NO
Mantiene reposo indicado		
Se aplica hielo según indicación		
Se retira el apósito compresivo		

CONTINUIDAD / FINAL DEL PROCEDIMIENTO	SI	NO
Control posterior		
Revisión √ 1 mes		

## ANEXO 3 CARA PRINCIPAL

	<b>SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO UNIDAD DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN DE MAMA</b>	
<b>REGISTRO DE ENFERMERÍA Y EVALUACIÓN DEL MAMOTOMO Y ESTEREOTAXIA</b>		
Identificación del paciente	Fecha ...../...../.....	Mamotomo ..... <input type="checkbox"/>
Estereotaxia ..... <input type="checkbox"/>	Lateralidad   MD <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>	
Hora de cita: .....	Hora de comienzo: .....	
<b>VALORACIÓN DE LA PACIENTE</b>		
Intervencionismo previo: Nuestro Servicio <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/>		
Procedencia: Centro de Salud <input type="checkbox"/> PDCPM <input type="checkbox"/> Ginecología clas. <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Otro Hospital Cantabria <input type="checkbox"/> Otra Autonomía <input type="checkbox"/>		
Alergia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Información: Previa <input type="checkbox"/> Anticoagulantes: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> El mismo día <input type="checkbox"/>		
<b>VALORACIÓN DURANTE EL PROCESO</b>		
Dolor durante el proceso: Mama <input type="checkbox"/> Brazo <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/>		
Sangrado durante el proceso: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		
Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Intenso <input type="checkbox"/>		
Clip: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
<b>CUIDADOS DE ENFERMERÍA INMEDIATOS</b>		
Hemostasia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sutura: Steri Strip <input type="checkbox"/> Seda <input type="checkbox"/>		
Precisa O <sub>2</sub> : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Información oral y escrita: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Mareo: <input type="checkbox"/> Crisis ansiedad: <input type="checkbox"/> Pérdida conocimiento: <input type="checkbox"/>		
Otros: ..... ..... .....		

ANEXO 3 DORSO

CUIDADOS DE ENFERMERÍA POSTERIORES			
<b>Información posterior (24 h):</b>	Telefónica <input type="checkbox"/>	Acude al Servicio:	A petición propia <input type="checkbox"/> Cita nuestra <input type="checkbox"/>
<b>Alergia apósito:</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<b>Precisa cambio apósito por sangrado:</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<b>Precisa analgesia:</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<b>Persiste algún dolor aún:</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Dónde? .....
<b>Hematoma:</b>	Superficial <input type="checkbox"/>	> 2 cm <input type="checkbox"/>	
	Profundo <input type="checkbox"/>	< 2 cm <input type="checkbox"/>	
<b>Alguna incidencia:</b>	..... ..... ..... .....		
<b>Comprendido la información oral y escrita:</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<b>Estamos tratando de mejorar. ¿Tiene alguna duda o sugerencia?:</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<b>¿Cuál?:</b>	..... ..... ..... .....		
<b>Nombre de la Enfermera/o:</b>	.....		<b>Fdo:</b> .....

# Adaptación al español y validación del cuestionario nutricional Must en población anciana con riesgo de úlceras por presión en la Comunidad Autónoma de Cantabria

**Autoras:**

**Isabel Sierra Setién**

*Grupo de metabolismo mineral y lipídico del IDIVAL (Instituto de Investigación Valdecilla). Cantabria. España.*

**Andrea González García**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España.*

**Vanesa Martínez González**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España.*

**Rosa Ana López García**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España.*

**Elena Pérez Martín**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España.*

*Dirección para correspondencia:  
[isa\\_smily@hotmail.com](mailto:isa_smily@hotmail.com)*

El trabajo que se presenta es una adaptación del autor del Trabajo Fin de Master tutorizado por los profesores José Verdú Soriano y María Jesús Durá de la Escuela Universitaria de Enfermería Casa de Salud Valdecilla, con el objetivo de cumplir las normas de publicación de la revista Nuberos Científica. El trabajo en su origen se encuentra incluido en el Repositorio UCreá, de la Universidad de Cantabria. España.

Recibido: 8 de enero de 2015  
Aceptado: 4 de mayo de 2015

## RESUMEN

**Introducción:** La nutrición juega un papel fundamental en nuestro organismo y está estrechamente unida a la aparición de UPP (úlceras por presión). Es fundamental una correcta valoración del estado nutricional del paciente y de la lesión para poder establecer un correcto plan terapéutico nutricional. Sin embargo, en España sólo tenemos validado un instrumento de cribaje, el MNA (Mini Nutritional Assessment) y su versión corta el MNA-SF (Short Form), por lo que queremos ampliar las posibilidades validando el MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) y demostrando la relación entre la nutrición y la aparición de UPP.

**Objetivos:**

1. Adaptar al español y validar el instrumento nutricional MUST en pacientes mayores de 65 años con riesgo de desarrollar UPP a través de la validez diagnóstica (en comparación con el MNA-SF).
2. Determinar la validez pronóstica del MUST a través de la relación entre el alto riesgo de desnutrición y la incidencia de UPP.

**Método:** Se desarrollará una primera fase de adaptación y retrotraducción del MUST al castellano; en una segunda fase un estudio de precisión diagnóstica del MUST en comparación con el MNA-SF y en una tercera fase un ensayo clínico para determinar la validez pronóstica del MUST respecto a la aparición de UPP.

### Palabras clave:

- Estudios de validación
- Encuestas nutricionales
- Úlcera por presión
- Anciano

## ABSTRACT

**Introduction:** Nutrition not only plays a key role in our organism, furthermore it is closely associated with the development of pressure ulcers (PU). An accurate assessment is essential for both the patient's nutritional status and the wound in order to establish the proper nutrition therapy. However, the MNA (Mini Nutritional Assessment) and its short form the MNA-SF (Mini Nutritional Assessment Short-Form) are the only screening tools for malnutrition validated in Spain. Thus, our aim is to validate the MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) in order to increase the opportunities for detecting malnutrition and to show the relationship between nutrition and pressure ulcers.

**Objectives:**

1. To adapt and validate into Spanish the MUST for patients over 65 years of aged at risk of developing of pressure ulcers (PU). It be done through the validity of pressure ulcer diagnosis compared with the MNA-SF.
2. To determine the predictive validity of the MUST through the relation between the high risk of malnutrition and the incidence of pressure ulcers.

**Method:** Initially, the first phase will be the translation and adaptation the MUST into Spanish. Next, the second phase diagnostic accuracy study will be done in order to compare the MUST with the MNA-SF. And finally, in phase three, a clinical trial to determine the predictive validity of the MUST regarding the development of PU.

### Keywords:

- Validation Studies [Publication Type]
- Nutrition surveys
- Pressure Ulcer
- Elderly

## ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

España se está convirtiendo en un país envejecido. Actualmente se encuentran censados cuarenta y siete millones de personas, de los cuales, el 17,5% son mayores de 65 años. Tanto los que residen en centros residenciales (4%) como los que residen en sus domicilios particulares, sufren una serie de cambios fisiológicos que les convierten en ancianos frágiles, susceptibles de padecer nuevas enfermedades o lesiones (como son las úlceras por presión o UPP)<sup>1</sup>.

Una UPP es una lesión localizada en la piel y/o tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con la cizalla (fuerzas de cizallamiento)<sup>2</sup>. Además, las UPP, frecuentemente, son de larga duración, dolorosas y debilitantes, dando como resultado una pérdida extrema de la calidad de vida de las personas que las padecen. A pesar de perseguirnos desde años inhóspitos, actualmente, nuestras cifras de prevalencia son desalentadoras.

Según el tercer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España (2009) todavía encontramos que la prevalencia en Atención Primaria de Salud es de un 5,89%, en hospitales es del 10,05% y en centros sociosanitarios es del 7,35%. Todo esto supone un coste aproximado del 5% del gasto total en salud. Tal es la magnitud del problema que, a pesar de conocer que el 95% de las UPP son evitables, existe una minusvaloración consentida e histórica que hace que nuestros conciudadanos mueran con y/o por ellas<sup>3</sup>.

Para hacer frente a este problema, es importante aprender a identificar todas las barreras potenciales y aquellos factores físicos, psicosociales y sistémicos del paciente que pueden favorecer la aparición y la mala evolución de las UPP como son: la oxigenación, la edad, el estado de nutrición e hidratación, el uso de medicamentos, el padecimiento de enfermedades concomitantes, la incontinencia urinaria y/o fecal, el estado del sistema inmunitario, los factores psicosociales y los hábitos tóxicos. En este proyecto nos vamos a centrar en el estado nutricional, ya que hay pruebas de que la malnutrición está directamente relacionada con la gravedad y la incidencia de las UPP. De hecho hay

estudios que demuestran que entre un 43,2% y un 65,6% de los pacientes con UPP tienen algún grado de desnutrición<sup>4</sup>.

Para detallarlo, comenzaremos explicando qué es la nutrición. La Organización Mundial de la Salud la define como "la ingesta de alimentos en relación a las necesidades dietéticas del organismo"; es decir, es el proceso que nos proporciona la energía y los nutrientes para desarrollarnos y para defendernos de enfermedades. Las UPP y la nutrición están estrechamente unidas. Tanto es así que, se ha descubierto que, una ingesta calórica reducida, la deshidratación y una reducción de la albúmina sérica pueden disminuir la tolerancia de la piel y el tejido subyacente a la presión, fricción y a las fuerzas de cizalla, lo que aumenta el riesgo de escisión de la piel y reduce la cicatrización de la herida<sup>5</sup>.

No hay que confundir la nutrición con la alimentación, ya que, mientras que la nutrición es un conjunto de fenómenos involuntarios que suceden tras la ingestión de alimentos, la alimentación comprende un conjunto de actos voluntarios y conscientes que van dirigidos a la elección, preparación e ingestión de los alimentos. Ambos conceptos son complementarios, ya que el buen estado nutricional depende tanto de la alimentación como de la nutrición, es decir, se puede producir en entornos sanitarios y en los propios hogares.

Sabemos que la desnutrición es un problema frecuente en los pacientes que ingresan en el hospital. Numerosos estudios cifran la prevalencia de malnutrición en los diferentes lugares asistenciales<sup>6-7</sup>. De hecho se aceptan valores que oscilan entre el 6,5% y el 85% en función tanto del tipo de pacientes analizados, como de la categoría de hospital donde son admitidos (residencias geriátricas por encima del 60%, unidades médicas entre un 20-40% y unidades quirúrgicas entre un 40-60%), como de los marcadores de valoración nutricional empleados para su evaluación<sup>8-9</sup>. Otro dato importante, se refiere a las personas que estarían en riesgo de malnutrición, siendo esta cifra mucho mayor que los datos mencionados para los que ya tienen este estado.

Por tanto, el bienestar nutricional es un componente fundamental de la salud, de la independencia y de la calidad de vida en las personas mayores. El proceso fisiopatológico que desencadena la desnutrición es multifactorial y progresivo. Una pérdida del 4% del peso en un año es un factor independiente de morbilidad y mortalidad<sup>10</sup>. A pesar de ser un problema bastante común, las malnutriciones con frecuencia no son reconocidas y no son tratadas ya que existe una falta de sensibilización ante este problema por parte de los profesionales sanitarios, tanto por la escasa formación recibida en materia de nutrición, como por el desconocimiento de la trascendencia de la malnutrición en la evolución del paciente. Esto comporta una falta de aplicación de las medidas de detección y de control de los pacientes con problemas nutricionales así como una mala utilización de los recursos de soporte nutricional existentes<sup>9</sup>.

Los pacientes de edad avanzada, debido a los cambios propios del envejecimiento, pueden padecer numerosas alteraciones que no satisfagan sus propias necesidades metabólicas, energéticas y nutricionales. De hecho, entre los ancianos institucionalizados, entre un 24% y un 74% se encuentran malnutridos<sup>1</sup>. Estos cambios provocan en los ancianos riesgo de laceraciones de la piel y cicatrización enteltecida ya que, además, es más fácil que tengan comprometidos los sistemas inmunológico, circulatorio y respiratorio. Incluso cuando están sanos, necesitan más aporte proteínico que los jóvenes (de 1 a 1,25 g de proteína por

kg de peso y día), comparado con los requerimientos diarios de un adulto normal (de 0,8 g por kg de peso).

Después de incidir en el impacto directo que causa la desnutrición sobre la capacidad de reparación de la piel, hay que mencionar que la pérdida de peso asociada a ella se encuentra en relación directa con la aparición de UPP. De hecho, se ha visto que una combinación de pérdida de masa magra junto con la inmovilidad, aumenta el riesgo de úlceras por presión hasta un 74%<sup>6-11</sup>, ya que se produce una disminución del grosor de la piel y del tejido celular subcutáneo, además de una reducción de las grasas que recubren y almohadillan las zonas de riesgo, quedando las estructuras óseas más descubiertas y por consiguiente, disminuyendo la capacidad de resistencia ante la presión<sup>12</sup>.

Por ello, es fundamental una correcta valoración del estado nutricional del paciente y de la lesión para poder establecer un correcto plan terapéutico nutricional que satisfaga sus necesidades calórico-nutricionales, y así poder reducir el tiempo de curación de la lesión, y ganar en calidad de vida. La valoración conlleva dos apartados: el screening o cribado nutricional (para identificar a los sujetos malnutridos o en riesgo de desnutrición) y la valoración nutricional propiamente dicha (valoración completa)<sup>6</sup>.

La detección de un paciente en riesgo nutricional deberá seguirse de una evaluación nutricional completa, un plan terapéutico nutricional individualizado y una monitorización de la evolución<sup>13</sup>.

Para determinar la validez de una escala nutricional, es importante considerar la sensibilidad y especificidad del screening y también que posea un buen valor predictivo, tanto positivo, como negativo<sup>14-15</sup>.

Sin embargo, no existe un sistema de screening nutricional universalmente aceptado, que identifique a los pacientes malnutridos, es más, la implementación de la investigación rutinaria para detectar la desnutrición se ha visto obstaculizada por falta de criterios universalmente aceptados para identificarlo<sup>16</sup>.

Algunos screening se basan en los índices bioquímicos y clínicos (Índice de Riesgo Nutricional-IRN), otros en la antropometría, la movilidad, el estado cognitivo y la autopercepción de la salud y la nutrición (MNA, MNA SF y MUST), mientras que otros combinan datos de la historia clínica, la evaluación clínica y subjetiva del paciente (Nutritional Risk Screening-NRS 2002)<sup>17-18</sup>.

Una de las escalas más utilizadas hasta ahora en nuestro país para valorar el estado nutricional en población anciana es el MNA. Los estudios de validación han demostrado su idoneidad respecto al resto de escalas en el paciente geriátrico ingresado en hospitales o instituciones<sup>13</sup>. Debido a que el uso de la versión larga del MNA parecía consumir mucho tiempo en la práctica clínica (entre 10 y 15 minutos), se apostó por el desarrollo de una versión corta (3 minutos de cumplimentación), el MNA-SF. Éste último tiene una sensibilidad del 85%, una especificidad del 84% y un excelente coeficiente de correlación (0,90) con la versión larga del MNA<sup>9</sup>.

Sin embargo, vamos a centrar este proyecto en el cuestionario nutricional MUST, con el propósito de adaptarlo al castellano y validarlo como herramienta de cribado nutricional y posible predictor de la evolución de una UPP. El MUST, método de cribado desarrollado por la British Association from Parenteral and Enteral Nutrition, tiene en cuenta tres parámetros (todos ellos objetivos): el índice de masa corporal, la pérdida de peso reciente no planificada y el efecto de la enfermedad aguda, para pro-

ducir una puntuación general del riesgo de desnutrición. Se ha validado para la detección de pacientes con desnutrición y, en contexto clínico, se ha demostrado tener alta validez interna y reproducibilidad <sup>17</sup>. Su gran validez se debe a que además incluye guías de actuación para desarrollar el tratamiento nutricional. Si bien fue desarrollado inicialmente para su uso en la comunidad, puede utilizarse también en el hospital y en pacientes institucionalizados. Puede ser aplicado por cualquier profesional involucrado en el tratamiento de los enfermos. Es fácil de aplicar y tiene una alta reproducibilidad o fiabilidad <sup>6,16</sup>. Se trata de una escala objetiva, útil y rápida, en comparación con la escala MNA (más difícil de aplicar e incluye parámetros subjetivos) <sup>17</sup>, para determinar el riesgo de malnutrición en pacientes mayores de 65 años con riesgo de desarrollar UPP.

Resultaría de gran utilidad implantar el uso al ingreso y unificar un único cuestionario (fiable, rápido y sencillo) común para todo el Servicio Cántabro de Salud.

**HIPÓTESIS**

- El instrumento MUST tendrá unos valores adecuados en las pruebas diagnósticas.
- Cuando la puntuación del MUST es alta, su asociación con la incidencia de UPP también lo será.

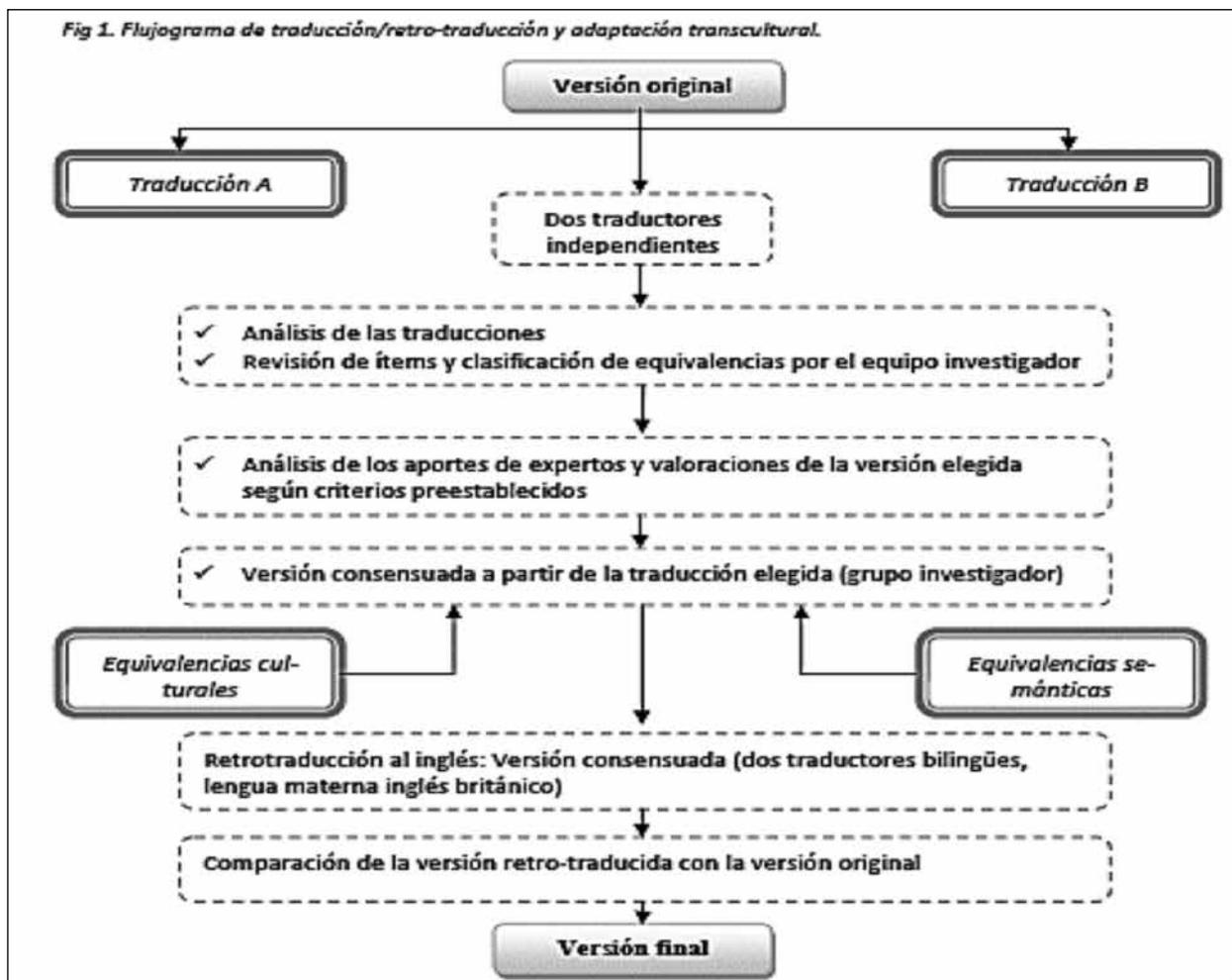
**OBJETIVOS**

- Traducir y adaptar el instrumento MUST al español.
- Estudiar la validez diagnóstica, a través de la especificidad, el valor predictivo positivo y negativo y la sensibilidad del cuestionario nutricional MUST para la detección de riesgo de desnutrición en pacientes ancianos (mayores de 65 años) con riesgo de desarrollar UPP.
- Determinar la relación entre el alto riesgo de desnutrición (2 o más puntos según el cuestionario nutricional MUST) y la incidencia de UPP.

**METODOLOGÍA**

• FASE 1. TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN DEL MUST

Para llevar a cabo una traducción y adaptación correctas, se realizará un proceso de adaptación denominado transcultural, cuyo propósito es mantener la validez de contenido del instrumento original a nivel conceptual, de modo que sea posible asumir que la versión local consigue medidas similares a la original, es decir, que el instrumento adaptado sea capaz de medir el mismo fenómeno que el instrumento original.



#### • FASE 2. VALIDEZ DIAGNÓSTICA

Se trata de un estudio de precisión diagnóstica en el que se seleccionará, mediante muestreo aleatorio sistemático, un grupo de pacientes ingresados en la Unidad de Medicina Interna del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla al que, tras ser informados y dar su consentimiento, se les realizará un cribaje nutricional con el instrumento MUST y a su vez con la prueba diagnóstica de referencia o "gold estándar", en este caso, el MNA-SF. De este modo, compararemos resultados entre ambos.

Para que los resultados sean estadísticamente significativos, se hace un cálculo del tamaño muestral (teniendo en cuenta los criterios para un estudio de precisión diagnóstica) con el programa EPIDAT 3.1 y partiendo de que queremos obtener una sensibilidad del 98% y una especificidad del 99% con el MUST, obtenemos un tamaño muestral de 371 personas.

#### **Criterios de inclusión y exclusión:**

- Inclusión: Personas que ingresen en la Unidad de Medicina Interna del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; personas de ambos sexos.
- Exclusión: Personas que se encuentren en situación terminal de su enfermedad.

#### **Métodos e instrumento de recogida de datos:**

- El investigador tras incorporar a los pacientes según los criterios de inclusión, realizará el cuestionario nutricional MUST y la escala de valoración nutricional MNA-SF. Además valorará el resto de datos contenidos en el CRD (cuaderno de recogida de datos) y registrará un documento de consentimiento informado. Todos los datos serán almacenados en una base de datos (Microsoft Excel), garantizando la confidencialidad.

#### **Análisis de los datos:**

- Los resultados del MNA (gold estándar) y del MUST serán evaluados de forma ciega entre sí.
- Calcularemos la sensibilidad, la especificidad y los valores predictivos, tanto positivo como negativo.
- Por último, se representará la Curva de Características Operacionales del receptor y se calculará el área bajo la curva.

#### **Limitaciones del estudio:**

- Limitación poblacional: al ser el estudio en personas mayores de 65 años, no se pueden extrapolar los datos al resto de la población menor de esa edad.

#### **Sesgos**

- Sesgo de selección: por muestra insuficiente. Además, también puede haber error en la elección de los participantes al pertenecer a dos plantas de hospitalización diferentes.
- Sesgo por variabilidad en la interpretación de los resultados: diversos observadores que actúan dentro del estudio tienen diferentes sensibilidad y especificidad; el mismo observador cambia su sensibilidad y especificidad dentro del estudio debido al entrenamiento.

#### • FASE 3. VALIDEZ PREDICTIVA

Una vez realizadas las dos primeras fases, si se confirman los resultados esperados, y si se obtiene la financiación necesaria se solicitarán los permisos oportunos y se intentará poner en marcha esta última fase para comprobar la validez predictiva de esta herramienta. La cuál consistirá en un ensayo clínico aleatorio en el que se comparará el grupo intervención (que recibirá suplementos dietéticos adicionales –Resource Arginaid-) y el grupo control que recibirá los cuidados habituales de la planta de hospitalización. A ambos grupos se les seguirá durante 30 días (en el turno de mañana cada 48 h), para finalmente comparar la ocurrencia o no de UPP en ambos (eritema cutáneo que no palidece a la vitropresión). Los analistas permanecerán cegados.

## ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

- De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki de Octubre de 2013, en el Informe Belmont, en la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD) y basándonos en los cuatro principios básicos de Respeto, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia, este estudio se desarrollará conforme a los siguientes criterios:
  - Obtención de Consentimiento Informado oral y escrito.
  - Imparcialidad en la selección y seguimiento.
  - Respeto a la voluntariedad en la participación, sin existir incentivos económicos ni de ninguna otra clase.
  - Respeto a la voluntariedad de abandono del estudio en cualquier momento.
  - Salvaguarda de la confidencialidad.
  - Uso exclusivo de los datos recogidos para la conclusión del presente estudio.
  - Garantía de un balance favorable de los potenciales beneficios sobre los riesgos probables o reales para los participantes.
  - Distribución equitativa de los riesgos y los beneficios probables entre los participantes en el estudio.
  - Actuación en aquellos pacientes que estén en riesgo de malnutrición, tomando las medidas adecuadas para revertir este problema.
- Por todo esto, la investigación se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización del representante legal y de la propia institución investigadora, todos los consentimientos informados de los participantes y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación Clínica de Cantabria.
- Los investigadores se comprometen a cumplir con las normas éticas establecidas internacionalmente.

## UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS EN RELACIÓN CON LA SALUD

Debido a la falta de sensibilización existente ante la desnutrición por parte de los profesionales sanitarios, la utilidad de este proyecto radica en que si conseguimos que se implante una herramienta de cribado nutricional como parte de la valoración de enfermería al ingreso de un paciente, evitaremos un gran porcentaje de UPP que son diagnosticadas durante el tiempo que

permanecen ingresados y evitaremos los numerosos efectos secundarios a la malnutrición (falta de cicatrización, disminución de las defensas...).

Además, esta herramienta de cribado nutricional, el MUST, es rápida, objetiva y fácil de utilizar. Si resulta que tiene una alta sensibilidad y especificidad, facilitaremos el trabajo diario de todo el personal de enfermería, podremos establecer un correcto plan terapéutico nutricional que satisfaga sus necesidades calórico-nutricionales y así poder reducir el tiempo de curación de la lesión y ganar en calidad de vida.

Por otro lado, añadiremos una herramienta nueva de cribado nutricional a nivel nacional y podremos determinar qué herramienta es la mejor, si el MNA-SF o el MUST.

## PLAN DE TRABAJO

- Dividiremos el tiempo del estudio en 3 años y medio divididos en 7 fases:
  - Primera fase: retrotraducción del cuestionario nutricional MUST para comprobar la validez de la escala en castellano (15 días).
  - Segunda fase: revisión del estudio, preparación de registros y solicitud de permisos (1 mes).
    - ✓ Fijación de objetivos y diseño del estudio.
    - ✓ Solicitud de dictámenes y permisos necesarios, incluyendo aprobación del plan de trabajo por el Comité Ético de investigación del Área.
    - ✓ Reunión con los profesionales de la Gerencia del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla para solicitar su colaboración y el acceso y explotación de los datos.
    - ✓ Realización de encuentros y reuniones del equipo investigador para coordinar y homogeneizar los criterios de la recogida de datos.
    - ✓ Preparación de las hojas de registros de datos.
    - ✓ Selección de cupos y reunión con los profesionales del centro para informarles del estudio y solicitar su colaboración.
  - Tercera fase: de captación de participantes y recogida de datos para comprobar la validez diagnóstica del MUST en comparación con el MNA-SF (6 meses).
  - Cuarta fase: de análisis de datos y elaboración de resultados (6 meses).
    - ✓ Construcción de la base de datos.
    - ✓ Registro de los datos recogidos.
    - ✓ Explotación estadística de los datos recogidos.
    - ✓ Elaboración de los resultados de la investigación.
    - ✓ Elaboración de conclusiones.
    - ✓ Elaboración del informe definitivo del estudio.
  - Quinta fase: tras obtener la financiación necesaria y solicitar los permisos oportunos iniciaremos el proceso de captación de participantes y recogida de datos para comprobar la validez predictiva del MUST en cuanto a la aparición de UPP (18 meses).
  - Sexta fase: de análisis de datos y elaboración de resultados (6 meses). Igual que la cuarta fase.
  - Séptima fase: de redacción y publicación de resultados (6 meses).
    - ✓ Redacción del artículo científico en español y en inglés para su difusión en congresos y publicación en revistas científicas.

## EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR SOBRE EL TEMA

La investigadora principal, Isabel Sierra Setién es Graduada en Enfermería por la Universidad de Cantabria y Máster en Gestión Integral e Investigación en los Cuidados de las Heridas Crónicas por la misma Universidad en el curso 2013/2014. Además trabaja desde el 2 de mayo de 2013 en el IDIVAL (Instituto de Investigación Valdecilla) donde forma parte de un equipo de investigación sobre el metabolismo mineral y lipídico. Gracias a todo ellos ha recibido formación científica suficiente para poder realizar el proyecto.

Formarán parte del equipo investigador Andrea González García y Rosa Ana López García enfermeras de la unidad de Medicina Interna del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (planta 5ª de la Residencia Cantabria) y Vanesa Martínez González y Elena Pérez Martín, enfermeras de la unidad de Medicina Interna del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (planta 6ª de la Residencia Cantabria) .

Además contará con el apoyo y la ayuda del personal tanto médico como de enfermería de la Unidad de Medicina Interna del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, todos ellos ampliamente formados tanto en temas nutricionales como en úlceras por presión.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Llamas F, Moregó A, Tóbaruela M, García MD, Santo E, Zamora S. Prevalencia de desnutrición e influencia de la suplementación nutricional oral sobre el estado nutricional en ancianos institucionalizados. *Nutr Hosp*. 2011; 26(5): 1134-1140.
2. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel 2009.
3. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, López Casanova P. 3er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos*. 2011; 22(2): 77-90.
4. Ohura T, Nakajo T, Okada S, Omura K, Adachi K. Evaluation of effects of nutrition intervention on healing of pressure ulcers and nutritional states (randomized controlled trial). *Wound Rep Reg*. 2011; 19: 330-336.
5. Delgado Sevilla D, Juárez Vela R, Pellicer García B, Echaniz Serrano E, Carlos Redondo L, Granada J et al. Plan de Cuidados Enfermeros y Actuación en la nutrición durante el tratamiento de las úlceras por presión. *Noticias de Enfermería Mayo-Junio 2013*; 92: 27-31.
6. García Peris P. Prevalencia y factores asociados a malnutrición en ancianos hospitalizados. *An Med Interna*. 2004; 21(6): 261-262.
7. Morillas J, García-Talavera N, Martín-Pozuelo G, Reina AB, Zafrilla P. Detección del riesgo de desnutrición en ancianos no institucionalizados. *Nutr Hosp*. 2006; 21(6): 650-656.
8. Verdú J, Perdomo E. Nutrición y Heridas Crónicas. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº 12. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño, 2011.
9. Ulibarri JI, Burgos R, Lobo G, Martínez MA, Planas M, Pérez de la Cruz A, et al. Recomendaciones sobre la evaluación del riesgo de desnutrición en los pacientes hospitalizados. *Nutr Hosp [revista en la Internet]*. 2009 Ago [citado 2014 Feb 15]; 24(4): 467-472.
10. Tarazona Santabalbina FJ, Belenguer Varea A, Doménech Pascual

JR, Gac Espínola H, Cuesta Peredo D, Medina Domínguez L et al. La validación de la puntuación en la escala MNA como factor de riesgo nutricional en pacientes geriátricos institucionalizados con deterioro cognitivo moderado y severo. *Nutr Hosp*. 2009 Dic; 24(6): 724-731.

11. Horn SD, Bender SA, Ferguson ML, Smout RJ, Bergstrom N, Taler G et al. The National Pressure Ulcer Long-Term Care Study: Pressure Ulcer Development in Long-Term Care Residents. *J Am Geriatr Soc*. 2004; 52(3): 359-367.

12. Carreño P, Paredero VM, March J, Soldevilla J. Presentación del Documento Nacional de Consenso sobre Úlceras de la Extremidad Inferior (CONUEI). *An Patol Vas*. 2009; 3(1): 55-75.

13. Council of Europe-Committee of Ministres. Resolution ResAP (2003) on food and nutritional care in hospitals. .

14. Phillips M, Foley A, Barnard R, Isenring E, Miller M. Nutritional screening in community-dwelling older adults: a systematic literature review. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2010; 19(3): 440-449.

15. Vale F, Logrado M. Estudos de validação de ferramentas de triagem e avaliação nutricional: uma revisão acerca da sensibilidade e especificidade. *Cien Saude Colet*. 2013; 22(4):31-46.

16. Stratton R, Hackston A, Longmore D, Dixon R, Price S, Stroud M et al. Malnutrition in hospital outpatients and inpatients: prevalence, concurrent validity and ease of use of the 'malnutrition universal screening tool' ('MUST') for adults. *Br J Nutr*. 2004; 92: 799-808.

17. Poulia K, Yannakoulia M, Karageorgou D, Gamaletsou M, Panagiotakos D, Sipsas N, et al. Evaluation of the efficacy of six nutritional screening tools to predict malnutrition in the elderly. *Clin Nutr*. June 2012; 31(3): 378-385.

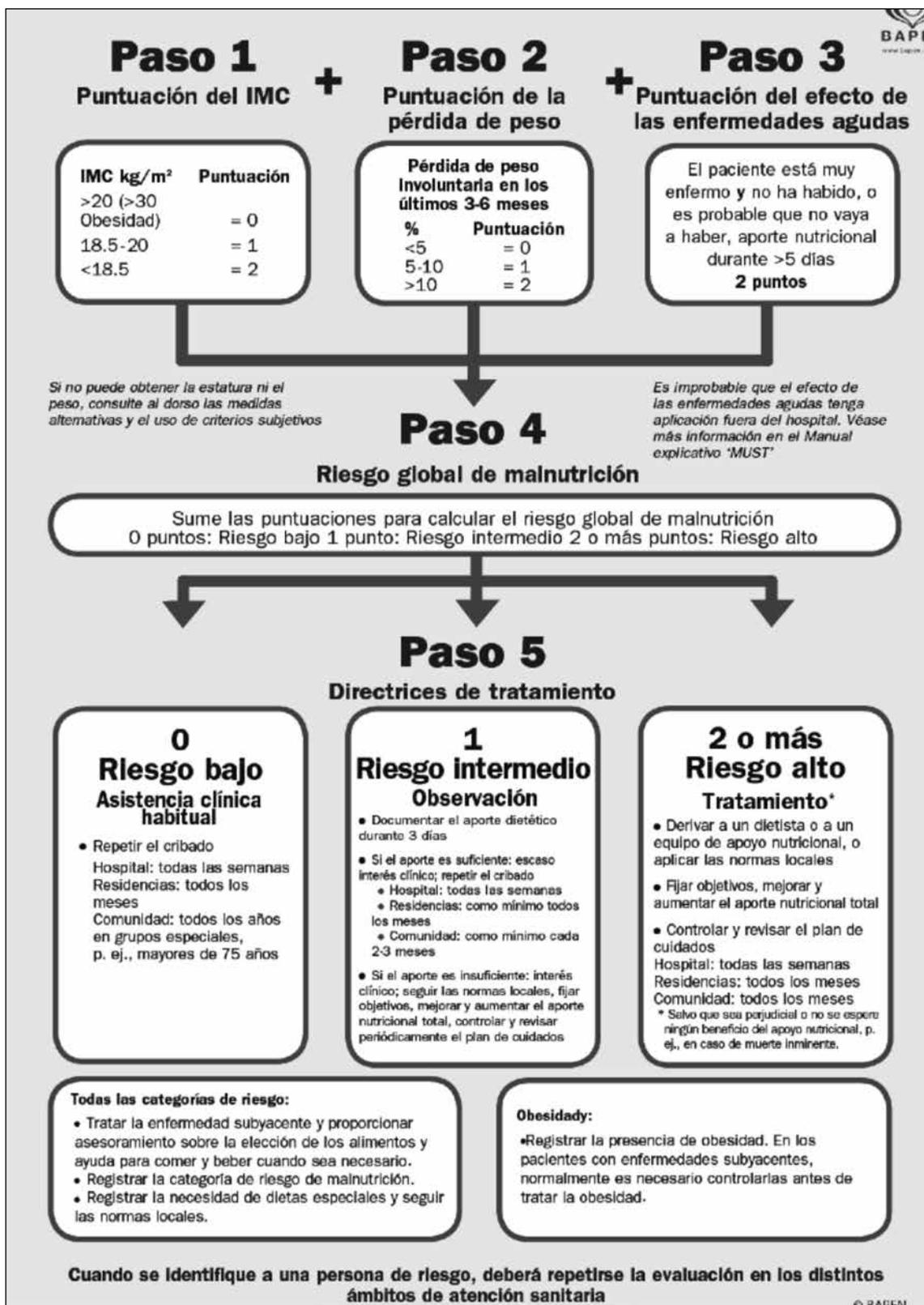
18. García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Soldevilla Ágreda JJ, Blasco García C. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. *Gerokomos*. 2008; 19(3): 136-144.

## ANEXOS

### Escala Nutricional MNA-SF

Apellidos:					Nombre:		
Sexo:		Edad:		Peso, kg:		Talla, cm:	
Responda al cuestionario eligiendo la opción adecuada para cada pregunta. Sume los puntos para el resultado final.							
<b>Cribaje</b>							
<b>A Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?</b> 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual							
<b>B Pérdida reciente de peso (&lt;3 meses)</b> 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso							
<b>C Movilidad</b> 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio							
<b>D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?</b> 0 = sí      2 = no							
<b>E Problemas neuropsicológicos</b> 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia moderada 2 = sin problemas psicológicos							
<b>F1 Índice de masa corporal (IMC = peso / (talla)<sup>2</sup> en kg/m<sup>2</sup>)</b>							
0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23							
SI EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL NO ESTÁ DISPONIBLE, POR FAVOR SUSTITUYA LA PREGUNTA F1 CON LA F2. NO CONTESTE LA PREGUNTA F2 SI HA PODIDO CONTESTAR A LA F1.							
<b>F2 Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)</b> 0 = CP < 31 3 = CP ≥ 31							
<b>Evaluación del cribaje</b> (max. 14 puntos)							
12-14 puntos: <input type="checkbox"/> estado nutricional normal 8-11 puntos: <input type="checkbox"/> riesgo de malnutrición 0-7 puntos: <input type="checkbox"/> malnutrición							
<input type="button" value="Guardar"/> <input type="button" value="Imprimir"/> <input type="button" value="Reset"/>							
Ref. Vellos B, Villars H, Abdian G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. <i>J Nutr Health Aging</i> 2006;10:456-465. Rubenstein LZ, Harker JO, Silva A, Guigoz Y, Vellos B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). <i>J Geront</i> 2001;56A: M366-377. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? <i>J Nutr Health Aging</i> 2006; 10:466-487. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. <i>J Nutr Health Aging</i> 2009; 13:762-768. © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners © Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M Para más información: <a href="http://www.mna.elderly.com">www.mna.elderly.com</a>							

Cuestionario nutricional MUST





FUNDACIÓN de  
la ENFERMERÍA  
de CANTABRIA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**Nuberos Científica**

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

# La experiencia vivida del profesional de enfermería en la atención de pacientes sordos

**Autora:**

**M<sup>a</sup> Lara Bielsa Antúnez**

*Graduada en Enfermería. Residencia Geriátrica  
La Caridad. Santander. Cantabria. España.*

*Dirección para correspondencia:*

*[mlarabielsa@hotmail.com](mailto:mlarabielsa@hotmail.com)*

Recibido: 29 de enero de 2015

Aceptado: 25 de mayo de 2015

## RESUMEN

### Introducción:

A través de la comunicación, se expresan costumbres, sentimientos, pensamientos, necesidades, soluciones a problemas e intercambio de opiniones, etc., de esta manera se entiende que la comunicación, tanto verbal como no verbal, sea el eje central en los diversos procesos de la vida, siendo de especial significación para conocer las necesidades del paciente cuando se encuentra hospitalizado, así como para facilitar la intervención.

### Objetivos:

Analizar el proceso de la comunicación entre el profesional de enfermería y el paciente sordo, describiendo las principales estrategias de comunicación utilizadas, así como el nivel de formación y conocimiento de la enfermería en éste área.

### Material y métodos:

Se llevará a cabo un estudio cuantitativo en el periodo de un año. La población a estudio incluirá a profesionales de enfermería que desarrollen su actividad profesional en la Comunidad Autónoma de Cantabria. La recogida de datos se realizará mediante un cuestionario de 15 preguntas cerradas que recogerán variables sociodemográficas y preguntas generales acerca de la comunicación de estos profesionales con pacientes sordos.

### Palabras clave:

- Pacientes sordos
- Lenguaje de señas
- Comunicación
- Salud
- Cuidado
- Enfermería
- Educación

## ABSTRACT

### Introduction:

It is through communication, that we express who we are, what we think, feel, know and want. It is part of the process of expressing and exchanging our feelings, thoughts, needs, troubleshooting, exchange of opinions and so on and so forth. In this way, it is understood that verbal and non-verbal communication was the focus of varying processes involving life.

Therefore it has special significance in order to know the needs of patients hospitalized as well as facilitating their intervention.

### Objectives:

To analyze the communication process between nursing professional and deaf patients.

To describe the main communication strategies used. In addition to this, the level of training and knowledge of nursing in this area.

### Material and methods:

A quantitative study will be carried out during the period of one year. The target population of study will include nurses who do their career in Cantabria. Data collection will be collected through a questionnaire. It contains 15 closed-ended questions about sociodemographic variables and general questions about communication among these professionals with deaf patients.

### Keywords:

- Deaf persons
- Sign language
- Communication
- Care
- Health
- Nursing
- Education

## INTRODUCCIÓN, ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA. MARCO TEÓRICO

El ser humano por naturaleza, es un ser social. La comunicación es un proceso innato en el hombre, un acto de relación humano en el que dos o más participantes intercambian un mensaje mediante un lenguaje o forma de expresión, siendo un proceso interactivo y social, y que nos permite conocer el entorno, expresar nuestros sentimientos e ideas, organizar nuestro pensamiento y comprender a nuestros semejantes.

La importancia de la comunicación en las relaciones humanas radica en una serie de factores, como son:

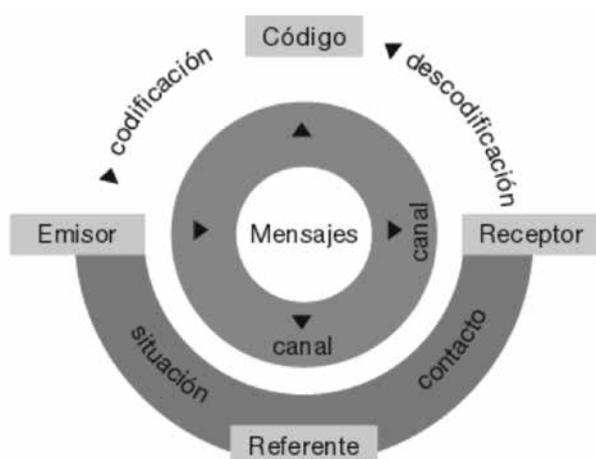
- El contexto, con el que nos referimos al conjunto de elementos, factores y circunstancias que hacen que la comunicación se desarrolle de una determinada manera.
- Es un proceso que tiene efectos tanto en el que comunica como en el que recibe e interpreta, por tanto, tiene influencia sobre la otra persona.
- Se comunica con la conducta y con la ausencia de esta.

El sistema de comunicación específicamente humano es el lenguaje, un sistema de signos y reglas formalmente definido, que es adquirido con el propósito de comunicación entre los integrantes de una comunidad y en el que influye un contexto sociocultural particular<sup>1</sup>. Además, la comunicación está compuesta por una serie de elementos correlacionados entre sí (Gráfico 1).

Existen varias formas de comunicación en función de las características socioculturales y físicas de la persona, e incluso la existencia de algún tipo de discapacidad, que condiciona la interacción con el entorno e impide una participación plena y efectiva en igualdad de condiciones a los demás.

En nuestro país, según datos de la última encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2008, el número total de personas residentes en hogares españoles que sufren algún tipo de discapacidad asciende a 3.847.000, lo que supone un 8'5% de la población.

La encuesta realizada por el INE, investiga las deficiencias que causan la discapacidad, entendiendo por deficiencia cual-



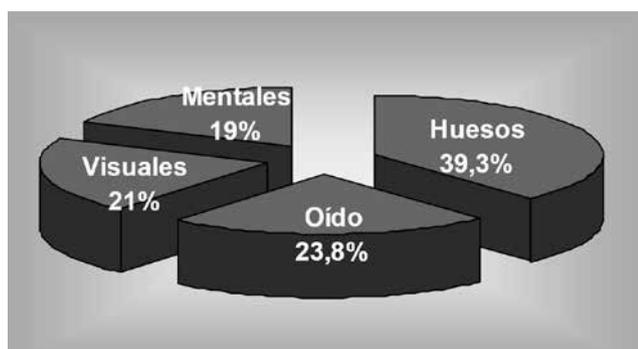
**Gráfico 1. Elementos que intervienen en la comunicación. Fuente: McGraw-Hill.**

quier problema en la estructura o función corporal, siendo las más frecuentes las que afectan a los huesos y articulaciones (39'3%), las del oído (23'8%), visuales (21%) y mentales (19%)<sup>2</sup>. (Gráfico 2).

La deficiencia auditiva, representa el eje central de este proyecto. Las personas que padecen esta deficiencia, ven entorpecido su proceso de socialización, ya que por lo general, no encuentran el debido apoyo entre los interlocutores que no la padecen. Esto supone un gran reto para el profesional de enfermería, ya que las personas sordas también enferman y requieren un sistema de cuidados de calidad al igual que el resto de pacientes, para lo cual la comunicación es fundamental, ya que a través de ella se identifican las necesidades del paciente, se realizan diversas intervenciones y otras acciones del cuidado enfermero, así como el seguimiento durante el proceso salud-enfermedad<sup>3</sup>.

El déficit auditivo incluye a las personas que no pueden oír, o bien aquellas que tienen dificultad en la audición en uno o ambos oídos ya sea por nacimiento o adquirido después de haber aprendido el lenguaje oral.

Las personas sordas, a través del tiempo, han incorporado en su vida cotidiana las lenguas de signos como respuesta creativa a la limitación sensorial que padecen. Son lenguas de carácter visual, espacial, gestual y manual y cumplen fielmente con todas las características formales del lenguaje verbal, pues poseen una gramática visual rica y propia<sup>4</sup>.



**Gráfico 2. Porcentajes de las deficiencias que causan la discapacidad según el INE.**

El principal problema que encuentra esta comunidad es que se enfrentan a una sociedad que desconoce el lenguaje de signos como un idioma primario mundialmente reconocido.

Es por ello, y dado el número de personas aquejadas por déficit auditivo en nuestra sociedad, que se vuelve una necesidad importante pensar en acciones que permitan la comunicación entre la comunidad sorda y los profesionales de la salud, en donde la enfermería tiene un importante rol de actuación.

Las personas que cuentan con limitaciones para la comunicación llevan siempre un riesgo adicional al no tener acceso completo a su entorno y a los servicios que les corresponden como la salud y la educación, y todo ello debido a su dependencia de terceras personas para poder incluirse en algún rol social<sup>5</sup>.

En la experiencia personal se ha observado que debido a la falta de capacitación del personal de enfermería en habilidades comunicativas con personas sordas, se forma una barrera para la planificación y ejecución de unos cuidados de enfermería de calidad, al no saber cómo comunicarse ni hacerse entender. Todo esto supone una elevación de los costos hospitalarios, una prolongación de la estancia y un desgaste emocional<sup>6</sup>.

Según estudios realizados, el profesional de enfermería dentro de su formación profesional o laboral no incluye estrategias de comunicación diferentes a la verbal, y sólo una minoría, tras tener contacto con una persona sorda, busca formas de establecer comunicación para ser comprendidos<sup>7</sup>.

Por todo lo anterior, este proyecto se centra en las estrategias de comunicación utilizadas por parte del profesional de enfermería durante el proceso de atención y cuidado a personas sordas, con el fin de buscar las deficiencias que existan en dicha comunicación y establecer líneas estratégicas para solventarlas y proporcionar una atención integral de calidad.

## OBJETIVOS

Objetivo general: Analizar el proceso de la comunicación entre el profesional de enfermería y el paciente sordo.

Objetivos específicos:

- Definir las principales estrategias de comunicación utilizadas por los profesionales de enfermería ante el paciente sordo.
- Evaluar el nivel de formación y conocimiento del profesional de enfermería respecto a la comunicación con el paciente sordo.

## METODOLOGÍA

### Diseño del estudio:

Se realizará un estudio cuantitativo a través de un cuestionario realizado a varios profesionales de enfermería.

### Emplazamiento:

El emplazamiento del estudio será en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV). El cual está constituido por tres edificios en los cuales se desarrollará el estudio: Residencia Cantabria, Edificio 2 de noviembre y el Hospital de Liencres.

**Duración del estudio:**

La duración del estudio será de un año, siendo la planificación de trabajo según el gráfico que se detalla más adelante.

**Población a estudio:**

Todos los profesionales de enfermería que desarrollen su actividad profesional en el HUMV en el momento del inicio del estudio.

**Muestra:**

Se incluirá como población diana en el estudio a los profesionales de enfermería que desarrollen su actividad en las principales unidades de hospitalización en las que la enfermería ofrece una atención directa al usuario y que se detallan a continuación: nefrología, psiquiatría, cardiología, oncología, cirugía cardiovascular- cirugía plástica, digestivo, urología- neurocirugía, cirugía general, traumatología- cirugía torácica, hematología, neumología, ginecología, obstetricia, medicina interna, geriatría, neurocirugía, cuidados intensivos generales y cuidados intensivos cardiológicos.

Para llevar a cabo la selección de la muestra, previamente al inicio del estudio, se solicitará a la dirección del HUMV un listado en el que aparezca el número de enfermeros/as por unidad.

**Criterios de inclusión:**

Se incluirá a todos los profesionales de enfermería que desarrollen su actividad al comienzo del estudio en las unidades de hospitalización anteriormente detalladas.

**Criterios de exclusión:**

La presencia de dificultades sensoriales para la realización o colaboración durante la recogida de datos.

La negativa del profesional de enfermería para la participación en el estudio.

**Instrumentos para la recogida de datos:**

Cuestionario que se entregará a todos los profesionales que participen en el estudio (Anexo I).

**VARIABLES A ESTUDIO:**

Se atenderá a criterios de heterogeneidad y polarización para abarcar toda la gama de perspectivas de los sujetos y de discursos sociales. Para ello, se considerarán cuatro variables que son significativas para el análisis del objeto de estudio:

- Edad (años): variable cuantitativa continua.
- Sexo (mujer/hombre): variable cualitativa nominal dicotómica.
- Experiencia laboral (años de profesión desde la finalización de los estudios universitarios): variable cuantitativa discreta.
- Sector en el que desempeña su actividad profesional: variable cualitativa nominal policotómica.

Estas variables presentes en las preguntas 1-4, hacen referencia al perfil sociodemográfico y profesional de los participantes.

Las preguntas de 5-15, incluyen variables cualitativas ordinales y nominales, y tratan sobre las barreras encontradas en la comunicación entre el profesional de enfermería y el paciente sordo, el nivel de formación y conocimiento del profesional acerca de la sordera, y las principales estrategias de comunicación utilizadas por la enfermería ante este grupo de población.

**Proceso de recogida de datos:**

La recogida de datos se realizará a través de un cuestionario por escrito, con respuestas cerradas (Anexo I).

Los cuestionarios de carácter individual, permiten profundizar en cuestiones que pertenecen a la esfera privada e íntima de la persona como la experiencia vivida.

Se realizará un estudio piloto, previo a la entrega de los cuestionarios, con una muestra de 10 profesionales de enfermería que posean las mismas características de la población a estudio, con el fin de evaluar la idoneidad del método de recogida de datos y su comprensión, asimismo se realizarán las mejoras pertinentes necesarias para corregir las dificultades detectadas.

Antes de la recogida de datos, se informará a todos los supervisores de las distintas unidades de hospitalización involucradas del fin de la investigación. Asimismo, el equipo investigador realizará una sesión informativa en cada unidad, en la cual se entregará un consentimiento informado (Anexo II), donde se especificará el fin del estudio y los pasos a seguir, así como la conformidad con todo el proceso, haciendo énfasis en la confidencialidad de la información y en la libertad y posibilidad del profesional de abandonar el estudio en cualquier momento. En dicho documento aparecerá el contacto del investigador principal, de modo que los encuestados puedan ponerse en contacto con él directamente para resolver cualquier duda surgida durante el proceso de cumplimentación del cuestionario o cualquier otra duda respecto al proyecto o su desarrollo.

Se dará un plazo de un mes para cumplimentar el cuestionario, y una vez finalizado este tiempo, se procederá a la recogida de la documentación en cada unidad de hospitalización.

**Limitaciones del estudio:**

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

Por otro lado, existe la probabilidad de que se entreguen encuestas de manera incompleta, que en este caso, serán inválidas.

**Análisis estadístico:**

Los datos obtenidos serán analizados con el programa estadístico SPSS versión 15.0 en su versión española para Windows.

Se realizará un análisis descriptivo, de frecuencias y gráfico según las variables (para las variables cualitativas se utilizarán porcentajes con su Intervalo de Confianza (IC) de 95%, y para las variables cuantitativas se utilizarán medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar) de acuerdo con el tipo de variable estudiada.

Se analizará la normalidad y homogeneidad de varianzas de la muestra mediante las pruebas de Kolmogorov-Smirnoff y Levene, respectivamente. Para estudiar la relación entre variables cualitativas se usará la prueba Chi cuadrado y para variables cuantitativas se usará la prueba t -Student.

**ASPECTOS ÉTICOS**

Se entregará a todos los participantes en el estudio una hoja de información con un consentimiento que deberán firmar para participar en la investigación (Anexo II).

El tratamiento de los datos se hará de forma que quede garantizada la confidencialidad de los mismos y de la información del estudio y se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre.

Los datos obtenidos serán codificados mediante un sistema numérico consecutivo, que comenzará por 001, de tal forma que toda la información guarde un anonimato y resulte imposible, para alguien ajeno al estudio, relacionar la entrevista con los datos personales del entrevistado.

Además se enviará una carta al Comité de Ética de Investigación Clínica de Cantabria para la aprobación del proyecto (Anexo III) respetando la normativa vigente.

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

Las personas sordas conforman hoy en día una población cada vez más grande en nuestro país. Estas personas utilizan diferentes formas de comunicación para integrarse dentro de una sociedad oyente con la que comparten las mismas inquietudes y necesidades.

Desde la experiencia hospitalaria surge la necesidad de buscar intervenciones de comunicación exitosas entre los profesionales de enfermería y los pacientes sordos para ofrecer unos cuidados de calidad conforme a las necesidades surgidas durante el proceso salud-enfermedad.

Los anteriores planteamientos motivaron la realización del presente proyecto, el cual plantea un estudio cualitativo, con el propósito de determinar la manera en que se realiza la comunicación del profesional de enfermería con pacientes sordos, así como exponer los principales obstáculos que se encuentra el profesional de enfermería ante dicha situación como la falta de conocimientos sobre el manejo del lenguaje de signos.

## PLAN DE TRABAJO

La duración total del estudio será de doce meses, cuya planificación se expone a continuación (Tabla 1).

FASES	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
<b>Preparación del material y selección de la muestra a estudio</b>	■											
<b>Entrega de documentación y solicitud de consentimiento informado</b>		■										
<b>Recogida de datos</b>			■	■	■	■						
<b>Procesamiento de datos</b>						■						
<b>Análisis estadístico</b>							■					
<b>Interpretación y representación de datos</b>								■	■			
<b>Elaboración de resultados y conclusiones</b>										■	■	
<b>Difusión de resultados a través de trípticos/pósters y medios de comunicación</b>												■

Tabla 1. Plan de trabajo.

## EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR

La investigadora principal del presente proyecto es Graduada en Enfermería, Experta en indicación, uso y autorización de medicamentos y productos sanitarios en cuidados generales de enfermería y en TIC's, Experta Universitaria en Tratamiento y Cuidado del Paciente con Pie Diabético y Experta Universitaria de Enfermería en Emergencias Extrahospitalarias.

En lo referente a la formación y experiencia en el campo de la investigación:

- Publicación del artículo: "La enfermedad de Alzheimer y el cuidador principal". Nuberos Científica 2013; 2(10): 5-12.
- 2º Premio en el XII Premio de Investigación del Colegio de Enfermería de Cantabria "Sor Clara" al proyecto de investigación: "Desnutrición en población geriátrica: estudio de prevalencia".

## MEDIOS DISPONIBLES Y NECESARIOS

### 1. Gastos de personal (Medios Disponibles)

- Investigadora principal.....0 euros
- Subcontratas para realización análisis estadístico.....700 euros
- Subtotal .....700 euros**

### 2. Gastos de ejecución

- a) Adquisición de bienes y contratación de servicios
- Inventariable
    - Ordenador e impresora láser..... 1.200 euros
    - Programa Informático SPSS..... 1.300 euros
  - Material Fungible
    - Folios y bolígrafos .....100 euros
    - Cartuchos de tóner .....100 euros
    - CD-ROM..... 10 euros
  - Fondo bibliográfico
    - Libros y revistas.....150 euros
  - Otros gastos
    - Búsqueda bibliográfica, teléfono, fax, Internet.....100 euros
  - Subtotal ..... 2.960 euros**

- b) Gastos de formación
- Asistencia a congresos.....250 euros
  - Subtotal .....250 euros**

### 3. Gastos de difusión

- Elaboración de trípticos .....150 euros
- Pósters informativos.....100 euros
- Subtotal.....250 euros
- Subtotal de gastos ..... 4.160 euros**

**TOTAL AYUDA SOLICITADA ..... 4.160 euros**

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) McGraw- Hill. Capítulo 1. La comunicación humana. 2014; Disponible en: [www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448171527.pdf](http://www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448171527.pdf). Acceso: 01/15, 2015.
- (2) Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). 2008; Disponible en: [www.ine.es/prensa/np524.pdf](http://www.ine.es/prensa/np524.pdf). Acceso: 07/01, 2015.
- (3) Vanegas B, Castro L, Páez M, Ramírez N, Salcedo L. Comunicación del profesional de enfermería con pacientes que tienen dificultad en la expresión verbal por sordera. Rev Col Enf 2008; 3(3).
- (4) Alves-Cardoso A, Gomez- Rodrigues K, Bachion M. Perception of persons with severe or profound deafness about the communication process during health care. Rev Latino- am Enfermagem 2006; 14(4):553-60.
- (5) Confederación Estatal de Personas Sordas. 2013; Disponible en: <http://www.cnse.es/index.php>. Acceso: 08/01, 2015.
- (6) Da Silva- Correa C, Pereira L, Da Silva- Barreto L, Celestino – Priscilla P, Magalhaes- André K. El despertar del enfermero en relación a los pacientes con pérdida de la audición. Rev De Pesq : cuidado é fundamental 2010;2(2):758-769.
- (7) Gomes V, Correa M, Manfrin R, De Sosa J. Vivencia del enfermero al cuidar sordos y/o portadores de deficiencia auditiva. Enferm Global 2009; 2(17).

## RELACIÓN DE ANEXOS

### ANEXO I. CUESTIONARIO PARA LA RECOGIDA DE DATOS

#### Datos demográficos y laborales

1. Edad (especifique su edad en años):
2. Sexo:  Hombre  Mujer
3. Especifique cuál es su experiencia profesional en años desde que finalizó sus estudios universitarios de enfermería:
  - Menos de un año
  - De 1 a 5 años
  - De 6 a 10 años
  - De 11 a 15 años
  - Más de 15 años

4. Especifique el sector de servicios en el que desempeña actualmente su actividad profesional:

#### Comunicación

5. ¿Representa para usted alguna dificultad la comunicación con un paciente sordo?
  - Sí  No
6. ¿Ha tenido contacto en alguna ocasión con pacientes sordos?
  - Sí  No
7. Si ha tenido contacto con éstos últimos, ¿cómo considera que ha sido la relación y la comunicación?
  - Buena
  - Regular
  - Pobre
  - Ninguna

8. ¿Qué tipo de comunicación estableció usted para tener contacto con los pacientes sordos?
  - A través del acompañante
  - Escritura
  - Gestos y expresión facial
  - Gráficas
  - Trato infantil
  - Lenguaje de signos

9. En el caso de que no haya tenido contacto previo con pacientes sordos, si tuviera que asistir a alguno en un futuro, en base a sus conocimientos, ¿Cómo cree usted que manejaría la situación?
  - Excelente
  - Bien
  - Regular
  - Desconoce

10. ¿Qué grado de conocimiento considera que tiene usted con respecto a la comunicación con pacientes sordos?
  - Buena
  - Regular
  - Pobre
  - Ninguna

11. ¿Conoce usted el Lenguaje de Signos (LSA)?
  - Sí  No

12. ¿Ha recibido alguna vez formación específica sobre la comunicación y el manejo efectivo con pacientes sordos?

Sí  No

13. Si ha recibido alguna formación, ¿Cómo la considera?

Buena  
 Regular  
 Pobre  
 Ninguna

14. En caso de no haber recibido ningún tipo de formación específica en este ámbito, le gustaría recibir información relacionada y así ampliar sus conocimientos?

Sí  No

15. ¿En su lugar de trabajo existen herramientas para asistir a este tipo de pacientes (intérpretes, televisores con subtítulos, gráficos, etc.)?

Sí  No

## ANEXO II. CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL PROYECTO: "La experiencia vivida del profesional de enfermería en la atención de pacientes sordos".

INVESTIGADOR PRINCIPAL: M<sup>a</sup> Lara Bielsa Antúnez.

INTRODUCCIÓN: Le informamos del desarrollo de un estudio de investigación que estamos llevando a cabo sobre la relación entre el profesional de enfermería y el sordo en la Comunidad de Cantabria y le invitamos a participar en él.

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

Nuestra intención como equipo investigador, es proporcionarle la información adecuada y suficiente para que usted pueda evaluar si desea o no participar en el estudio.

PARTICIPACION VOLUNTARIA: La participación en el citado estudio es totalmente libre y voluntaria, así mismo le informamos de que la información obtenida a través del mismo será mantenida bajo estricta confidencialidad, no usándose para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

OBJETIVO DEL ESTUDIO: El objetivo principal que persigue dicho estudio de investigación es analizar el proceso de la comunicación entre el profesional de enfermería y el paciente sordo, a través de unos objetivos secundarios como son:

- Definir las principales estrategias de comunicación utilizadas por los profesionales de enfermería ante el paciente sordo.
- Evaluar el nivel de formación y conocimiento del profesional de enfermería respecto a la comunicación con el paciente sordo.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO: La participación en el estudio implica responder a un breve y sencillo cuestionario de 15

preguntas, en su mayoría de carácter cerrado acerca de la comunicación entre la enfermería y el paciente sordo. La duración estimada para su cumplimentación es de 10-15 minutos. Asimismo, dispondrá del plazo de un mes para su cumplimentación, y tras ello deberá entregarlo en su unidad de trabajo, donde una vez finalizado el plazo será recogido por el equipo investigador.

BENEFICIOS Y RIESGOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO: La participación en este estudio no supone ningún riesgo adicional para usted. El beneficio que se pretende obtener al realizar este estudio es conocer la calidad de la comunicación entre enfermería y paciente sordo; de manera que permitirá establecer nuevas líneas de actuación e investigación en la práctica clínica.

CONFIDENCIALIDAD: Todos sus datos de carácter personal se considerarán confidenciales y se tratarán de acuerdo a lo dispuesto en la legislación vigente, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 1720/2007 de 21 de diciembre.

DATOS DE CONTACTO: Tras leer esta hoja informativa puede preguntar cualquier duda que le surja contactando con el investigador principal del estudio a través del correo electrónico: [mlabielsa@hotmail.com](mailto:mlabielsa@hotmail.com)

Gracias por su colaboración.

He leído el procedimiento descrito más arriba. Tras haberseme explicado el estudio y resuelto todas mis dudas acerca del mismo, voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio "La experiencia vivida del profesional de enfermería en la atención de pacientes sordos".

Nombre y apellidos. Firma:

## ANEXO III. CARTA DE PRESENTACIÓN DEL PROYECTO AL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE CANTABRIA

M<sup>a</sup> Lara Bielsa Antúnez como investigadora principal expone que:

Tiene interés por llevar a cabo el trabajo de investigación "La experiencia vivida del profesional de enfermería en la atención de pacientes sordos" en la Comunidad Autónoma de Cantabria (se adjunta proyecto completo).

Solicita:

Autorización al Comité de Ética de Investigación Clínica de Cantabria para la realización del citado estudio.

Atentamente,  
El equipo investigador.

Santander a.....de.....2015



FUNDACIÓN de  
la ENFERMERÍA  
de CANTABRIA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

**Nuberos Científica**

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

# Disfagia orofaringea en el anciano hospitalizado: prevalencia, métodos diagnósticos y cuidados de enfermería

**Autora:**

**M<sup>a</sup> Victoria Sánchez Peláez**

*Cantabria. España.*

*Dirección para correspondencia:*

*mavipelaez@gmail.com*

Recibido: 24 de enero de 2015

Aceptado: 12 de abril de 2015

El trabajo que se presenta es una adaptación de la autora a las normas de la revista Nuberos Científicas. Se corresponde con el Trabajo de Fin de Grado tutorizado por la Profesora Carmen M. Sarabia Cobo de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Cantabria. En su origen, se encuentra en el repositorio UCrea de la Universidad de Cantabria.

## RESUMEN

La disfagia orofaríngea en el anciano es un síntoma prevalente, que provoca un grave impacto en la salud, la capacidad funcional y la calidad de vida de quienes la sufren, además de los costes que supone para el sistema sanitario.

Su diagnóstico precoz y el abordaje posterior son claves para la prevención de las consecuencias negativas que se derivan.

El objetivo de la presente monografía es profundizar en los últimos avances que existen en el diagnóstico, prevención y tratamiento de la disfagia en el anciano, especialmente en relación al contexto hospitalario desde el abordaje de la enfermería.

En los últimos años se han desarrollado diversos test clínicos para la valoración de la deglución que han demostrado ser instrumentos útiles detectando disminuciones en la seguridad y en la eficacia de la deglución, así como, orientando sobre el volumen y la viscosidad más adecuados para las necesidades del paciente.

### Palabras clave:

- Disfagia
- Cuidados dietéticos
- Anciano
- Neumonía por aspiración
- Test clínicos

## ABSTRACT

Oropharyngeal dysphagia in the elderly population is a very prevalent symptom that has a severe impact in the health, functional capacity and quality of life of those who suffer from it, in addition to the expenditure it causes to the Healthcare System.

Its early diagnosis and subsequent treatment are crucial in the prevention of all its negative consequences.

The aim of this monograph is to analyse the latest advances available for the diagnosis, prevention and treatment of dysphagia in the elderly, especially those related to nursing tasks in a hospital context.

In recent years, multiple clinic tests for the assessment of swallowing have been developed and they have proved to be very useful tools in the detection of a decrease in the security and efficiency of swallowing, and in giving orientation on the most accurate volume and viscosity for each patients needs.

### Keywords:

- Dysphagia
- Dietary measures
- Elderly
- Aspiration pneumonia
- Clinical screening

## INTRODUCCIÓN

El continuo envejecimiento de la población es una de las principales características de la demografía española; tanto la esperanza de vida como la edad media de la población han aumentado de un modo drástico.

La disfagia es un síntoma prevalente entre la población anciana, y sus consecuencias son importantes para el paciente, al que ocasiona problemas de salud y merma de su calidad de vida, así como para la familia y para el sistema sanitario, con el consiguiente aumento de los costes que las consecuencias de la disfagia suponen.

Se define la disfagia orofaríngea (DO) como “un síntoma referido a la dificultad o incomodidad para formar o mover el bolo alimentario desde la boca al esófago”<sup>(1)</sup>

La disfagia orofaríngea conduce a dos tipos de complicaciones<sup>(10,25)</sup>:

- Las que se deben a una disminución de la eficacia de la deglución, que pueden ocasionar deshidratación y desnutrición por un deficiente aporte de nutrientes y líquidos.
- Las relacionadas con una disminución de la seguridad de la deglución, que pueden llevar a atragantamiento o aspiración.

## ESTADO ACTUAL DEL TEMA

A los cambios propios de la edad que pueden afectar a la deglución, sobre todo en la fase oral, se asocia en los ancianos, una mayor prevalencia de patologías en las que la deglución se va a ver alterada.

Tras un accidente cerebrovascular la disfagia es un problema muy frecuente. En un estudio realizado a 128 pacientes que habían sufrido un accidente cerebrovascular, se encontró que el 51% de los mismos presentaba datos clínicos de alteraciones de la deglución, aumentando este dato hasta el 64% cuando eran sometidos a estudio mediante videofluoroscopia<sup>(2)</sup>.

La prevalencia de disfagia en el anciano es especialmente importante en pacientes con patología neurodegenerativa<sup>(3)</sup>. En la enfermedad de Parkinson la disfagia es un problema frecuente. Los datos de prevalencia de alteraciones de la deglución en esta patología varían mucho de unos estudios a otros, probablemente tiene que ver con el empeoramiento progresivo de los síntomas con el avance de la enfermedad, así como con el efecto de ciertos medicamentos. En un metaanálisis sobre prevalencia de disfagia orofaríngea en Parkinson, se encontró, mediante estudios objetivos, que 4 de cada 5 pacientes lo sufren, mientras que sólo uno de cada 3 pacientes refiere tener síntomas<sup>(4)</sup>.

En la demencia la disfagia orofaríngea aparece en un alto porcentaje de los pacientes, algunos autores hablan de que un 84% de los pacientes con Alzheimer pueden presentar disfagia<sup>(5)</sup>.

El fenómeno de la disfagia y su prevalencia ha sido ampliamente estudiado en relación a ciertas patologías a las que se ha

lla íntimamente ligado, como es el caso de las patologías neurodegenerativas y el ACVA, sin embargo, son escasos los estudios centrados en población anciana específicamente, pero, estos estudios y sus resultados, aportaron la información más novedosa.

Así, se puede destacar, de entre los últimos estudios, el de Silveira Guijarro y su equipo, en el que se estudiaron 86 pacientes ingresados en una unidad de subagudos, con una edad media de 83'8 años, un 26% de los cuales referían signos de disfagia previa. Tras aplicar el método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V) se detectaron signos clínicos de disfagia orofaríngea en el 53'5% de los pacientes <sup>(6)</sup>.

Otro estudio que aporta datos sobre la disfagia en ancianos, es el de Vicente Ruiz García, en él se investigaron 440 pacientes de una unidad de hospitalización domiciliaria que habían estado previamente ingresados en una unidad de agudos. De estos pacientes, un 23% presentaba disfagia previa al ingreso, aumentando esta cifra hasta un 31'8% durante el proceso de hospitalización <sup>(7)</sup>.

Ambos estudios demuestran de manera estadísticamente significativa la relación que existe entre disfagia orofaríngea y la edad avanzada, la comorbilidad de tipo neurológico, la peor evolución funcional y de movilidad y las complicaciones durante el ingreso <sup>(6,7)</sup>.

Además, en los dos estudios se pone de manifiesto que la disfagia percibida y la objetivada difieren, siendo siempre menor la primera. Existen más estudios que inciden en esto, así Chen en 2009 <sup>(8)</sup>, en su estudio sobre prevalencia de disfagia percibida y deterioro de la calidad de vida en ancianos, constata que el 23% de los mayores con dificultades en la deglución pensaban que eso formaba parte del proceso normal de envejecimiento.

Otra investigación llevada a cabo por el "Grupo Europeo para el diagnóstico y la terapia de la disfagia y el globo esofágico" <sup>(9)</sup> en cuatro países de la Unión Europea: Alemania, Francia, España y Reino Unido, constató, mediante cuestionarios específicos distribuidos en 60 pacientes ancianos institucionalizados que previamente a la participación en el estudio habían referido quejas subjetivas de disfagia, que un 61% de los pacientes pensaban que sus dificultades de deglución no podían ser tratadas.

Además este último estudio profundizó en el impacto psicológico y en la calidad de vida que la disfagia tiene en la persona que la sufre. Un 36% de los participantes en el estudio afirmaba haber sufrido ansiedad o pánico durante las comidas. Un 84% pensaba que comer debería ser una experiencia agradable, pero sólo el 48% lo sentía así. Además, un 36% afirmaba haber evitado comer en compañía a causa de la disfagia.

## JUSTIFICACIÓN

Por todo ello se hace muy importante para el sistema sanitario y para los profesionales tomar conciencia de este problema y de sus graves consecuencias, así como de la importancia que el diagnóstico y el tratamiento de tiene este síntoma.

En este sentido, se hace imprescindible el rol profesional de la enfermera en el entorno del equipo interprofesional, quien estando "a pie de cama" del paciente, tiene la responsabilidad de identificar precozmente la disfagia, evitando complicaciones que ponen en riesgo su vida.

Además, resulta fundamental la responsabilidad como educadoras, tanto del paciente como de la familia, respecto a las opciones de los cuidados para el tratamiento en la disfagia.

Todo ello revertirá en evitar graves problemas y en que el paciente anciano y su familia dispongan de una digna calidad de vida.

## OBJETIVOS

Profundizar en los conocimientos más actualizados sobre la disfagia orofaríngea en el anciano, así como, describir los métodos de diagnóstico incluyendo los propios de enfermería y los cuidados para el tratamiento.

## METODOLOGÍA

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica se siguieron los siguientes pasos: acotamiento del tema, búsqueda bibliográfica, selección de los artículos más pertinentes, distribución por apartados y desarrollo del trabajo.

La búsqueda bibliográfica se realizó en las principales bases de datos médicas y de enfermería: Pubmed, Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (Ibecs), base de datos de investigación en cuidados de salud (Cuiden plus) y buscadores con alto rigor científico que proporcionaron artículos de revistas online nacionales e internacionales como Google académico. También se consultaron guías online de organismos públicos, como el INSERSO, sin olvidar la consulta de forma manual de libros específicos.

Se utilizaron para ello las palabras clave siguientes: disfagia, anciano, fragilidad, neumonía por aspiración, cuidados dietéticos, test clínicos y atención de enfermería.

Posteriormente se seleccionaron, existiendo alguna excepción, los artículos publicados en los últimos 5 años, para finalmente llevar a cabo una lectura crítica de los mismos y así extraer la información que proporciona forma a este trabajo.

Tabla 1. -Principales referencias bibliográficas consultadas y sus conclusiones

Temas	Referencia bibliográfica	Conclusiones
<b>Prevalencia de DO y patologías relacionadas</b>	Mann y cols. <sup>(2)</sup>	-Señala que tras un ACVA un 51% de los pacientes presentaban datos clínicos de alteración de la deglución (aumentando hasta el 64% cuando eran sometidos a videofluoroscopia)
	Kalf y cols. <sup>(4)</sup>	-Metaanálisis sobre prevalencia de disfagia Orofaringea en Parkinson que concluye que 4 de cada 5 pacientes la sufren, aunque sólo 1 de cada 3 refiere síntomas.
	García-Peris y cols. <sup>(5)</sup>	-Refiere que un 84% de los pacientes con Alzheimer pueden presentar disfagia.
<b>Disfagia orofaríngea percibida y objetivada en población anciana</b>	Silveira y cols. <sup>(6)</sup>	-Detectó mediante este estudio, signos de DO en un 53'5% de los ancianos ingresados en una unidad de subagudos (aunque sólo un 26% de ellos referían disfagia previa)
	Chen y cols. <sup>(8)</sup>	-Destaca en este estudio, el dato de que un 23% de los ancianos con dificultades de deglución pensaban que esto era normal.
	Ekberg y cols. <sup>(9)</sup>	-Concluye en su estudio que un 61% de los pacientes pensaban que sus dificultades con la deglución no podían ser tratadas.
	Ruiz García y cols. <sup>(7)</sup>	-Encontró un 31'8% de ancianos con DO durante el proceso de hospitalización en una unidad de agudos, aunque sólo el 23% presentaba disfagia previa al ingreso
	Luque Polo <sup>(10)</sup>	-Se estudian pacientes ancianos ingresados en una unidad de agudos sin aparentes trastornos de la deglución (excluyendo aquellos con patologías neurológicas agudas), encontrando que un 18'5% presentan DO, además un 50% de los ancianos estudiados, presentaban algún grado de malnutrición.
<b>Cuestionarios y Test Clínicos en el diagnóstico de la DO. Rol de la enfermera</b>	Luque Polo <sup>(10)</sup>	-Concluye en este estudio que la aplicación de un método de detección sistemático de la disfagia por parte de la enfermera, el SSA, complementado con el uso del pulsioxímetro, podría mejorar la evolución nutricional y disminuir la mortalidad de los pacientes ancianos ingresados.
	Burgos y cols. <sup>(11)</sup>	-Con el presente estudio tradujo y adaptó al español el Eating Assessment Tool 10 (EAT-10), y estudió su fiabilidad y validez, concluyendo que es una herramienta fácil de comprender y rápida de completar, por lo que se considera muy útil en el despistaje de la disfagia.
	Kaspar y Ekberg <sup>(12)</sup>	-Señala en este artículo la importancia del equipo interdisciplinar en la detección de la disfagia, además insiste en el papel del EAT-10 como una herramienta muy útil en dicha detección.
	De Luis y cols. <sup>(13)</sup>	-En este estudio evaluó la relación entre diferentes marcadores bioquímicos y los resultados del MNA-SF, concluyendo que los pacientes institucionalizados tienen una alta prevalencia de riesgo de malnutrición evaluada con el MNA-SF.
	Bours y cols. <sup>(14)</sup>	-Con esta revisión pretende determinar la eficacia de diferentes pruebas de detección de la disfagia en pacientes con trastornos neurológicos y conocer cuáles son más factibles de usar por enfermería, concluyendo que el método del agua complementado con el uso del pulsioxímetro, es un método cuya sensibilidad lo hace adecuado.
	Clavé y cols. <sup>(15)</sup>	-En este trabajo determina cuál es la precisión del MECV-V en el screening de las alteraciones de la seguridad y la eficacia de la deglución, mediante la aplicación de este test y su comparación con los resultados obtenidos mediante videofluoroscopia, concluyendo que es un método sensible en la identificación de pacientes con disfagia o con riesgo de sufrir complicaciones respiratorias o nutricionales.
Guillén-Solá y cols. <sup>(16)</sup>	-Determina la utilidad de la valoración de signos clínicos y del Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V) en el cribado de la disfagia en la fase aguda y subaguda del ictus, comparándolo con la videofluoroscopia, concluyendo que resulta un método de bajo coste, de fácil aplicación y muy sensible	

Temas	Referencia bibliográfica	Conclusiones
<b>Tratamiento de la DO</b>	Garmendia y cols. <sup>(17)</sup>	-Se insiste en la importancia de las medidas generales de tratamiento en la disfagia.
	Resolución Europea ResAP(2003) <sup>(18)</sup>	-Hace hincapié en la alta incidencia de malnutrición en pacientes hospitalizados e insta a los países miembros a aplicar una serie de medidas, como son la valoración nutricional al ingreso, la identificación de las causas de desnutrición y la instauración de dietas modificadas para el tratamiento de la disfagia, entre otras.
	Gómez-Busto y cols. <sup>(19)</sup>	-Con este estudio se probó que espesar suplementos nutricionales líquidos (los únicos financiados por la SS), mediante el uso de gelatinas comerciales, permite obtener productos con una textura agradable y adecuada para la disfagia a líquidos, así como estable y segura para su consumo durante 5 días.
	Muñoz Hornillos y cols. <sup>(20)</sup>	-En este libro se profundiza en las dietas adaptadas a los distintos grados de disfagia, con amplia información sobre alimentos permitidos y de riesgo, así como preparaciones organolepticamente atractivas y nutricionalmente completas.
	Volkert y cols. <sup>(21)</sup>	-En esta guía se recomiendan los suplementos nutricionales orales en ancianos desnutridos o en riesgo de desnutrición, con un grado de recomendación A
	Imsero: Guía de nutrición para personas con disfagia <sup>(22)</sup>	-En esta guía se detallan los alimentos y preparaciones culinarias apropiados en las distintas dietas para la disfagia.

## RESULTADOS

Revisados los últimos estudios, se pone de manifiesto que, los pacientes afectados por DO no la refieren, al considerar, en un alto porcentaje de los casos, que es una condición inherente al proceso de envejecimiento, o bien, que sus síntomas no pueden ser tratados.

Por esta razón, todas las publicaciones, los estudios y textos más recientes sobre el diagnóstico de la DO insisten en la necesidad de recabar información de forma explícita mediante el uso de cuestionarios clínicos, que evalúen los síntomas de disfagia que percibe el paciente. La mayoría de los estudios coinciden en aconsejar el uso del EAT-10<sup>(11,12)</sup>.

Para completar la historia clínica, la literatura más reciente insiste en el uso de los test clínicos para la valoración de la deglución con alimentos y en la importancia de la responsabilidad enfermera en el uso de esta herramienta.

Así, el test del agua complementado con el pulsioxímetro está siendo altamente utilizado y respaldado por estudios que avalan su eficacia y adecuación como herramienta de uso por enfermería<sup>(14)</sup>.

Otra modificación de este test, el SSA, demuestra su eficacia en la detección de la DO y por tanto en la prevención de complicaciones relacionadas con la misma<sup>(10)</sup>.

El test clínico más novedoso y actualmente más ampliamente utilizado es el MECV-V, desarrollado y validado por un equipo español. La aportación más importante de este test consiste en evaluar la deglución a distintos volúmenes y viscosidades, permitiendo con ello detectar por un lado signos de disfagia y por otro identificar el volumen y densidad más adecuados para alimentar al paciente<sup>(15,16)</sup>.

En cuanto al tratamiento de la DO en nuestro medio, la bibliografía resalta la importancia de continuar insistiendo en los cuidados generales de tratamiento (ANEXO I) y en los cuidados

dietéticos, habiendo pocas novedades a este respecto, a no ser la valiosa información que aporta el MECV-V en el momento de planificar la dieta más adecuada para el paciente (ANEXO II, III y IV)

## DISCUSIÓN

Existe una recomendación terapéutica con un nivel de evidencia científica 1ª y un grado de recomendación A, según la cual, la aplicación de programa de diagnóstico y tratamiento de la DO ocasiona una importante reducción de la incidencia de neumonía por aspiración y una mejora del estado nutricional.

Se hace necesario que los profesionales sanitarios que trabajan con pacientes ancianos tomen mayor conciencia del problema de la disfagia y de la importancia de su abordaje de manera estandarizada (protocolizada). De esta concienciación debe surgir la iniciativa de poner en marcha un protocolo de abordaje de la disfagia.

En la elaboración de este protocolo deberían estar incluidos enfermeras, médicos de distintas especialidades (medicina interna, geriatría...) auxiliares de enfermería, personal del servicio de nutrición y dietistas, que, desde el trabajo en equipo, diseñen un protocolo de actuación que estandarice el diagnóstico y tratamiento de la DO, incluyendo las novedades que existen y responsabilizándose de mantener al día las innovaciones científicas.

Sería importante también que, en el momento de implementar este protocolo, se lleve a cabo una adecuada formación a todos los profesionales implicados en llevar a cabo las actividades en dicho protocolo.

## CONCLUSIONES

Urge pues, la toma de conciencia por parte de todos los profesionales, de la importancia de la DO en el anciano y de las ventajas que se derivarían de protocolizar su diagnóstico y tratamiento.

Usando, de manera sistematizada, las últimas técnicas como los test clínicos expuestos en este artículo y que se ha demostrado muy útiles como herramientas para ser usadas por la enfermería profesional, se obtendría un adecuado diagnóstico, tratamiento y reducción de las complicaciones.

Los profesionales enfermeros deben liderar estos temas en la práctica clínica.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Parrilla P, Landa JJ. Cirugía AEC. 2ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2009.
- (2) Mann G, Hankey GJ, Cameron D. Swallowing disorders following acute stroke: prevalence and diagnostic accuracy. *Cerebrovasc Dis.* 2000 Sep-Oct;10(5):380-386.
- (3) Antón Jiménez M, Benavente Boladeras R, Boyano Sánchez I, et al. Tratado de Geriátría para residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología; 2007.
- (4) Kalf J, De Swart B, Bloem B, Munneke M. Prevalence of oropharyngeal dysphagia in Parkinson's disease: A meta-analysis. *Parkinsonism Relat Disord.* 2012;18(4):311-315.
- (5) García-Peris P, Velasco C, Frías Soriano L. Manejo de los pacientes con disfagia (Puesta al día sobre paciente crónico con necesidad de soporte nutricional). *Nutr Hosp.* 2012;5 (Supl 1): 33-40.
- (6) Silveira LJ, Domingo V, Montero N, Osuna C M<sup>a</sup>, Álvarez L, Serra-Rexach JA. Disfagia orofaríngea en ancianos ingresados en una unidad de convalecencia. *Nutr Hosp.* 2011; (3):501-510.
- (7) Ruiz García V, Valdivieso Martínez B, Soriano Melchor E, Rosales Almazán MD, Torrego Giménez A, Doménech Clark R, et al. Prevalencia de disfagia en los ancianos ingresados en una unidad de hospitalización a domicilio. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007;42(1):55-58.
- (8) Chen P, Golub JS, Hapner ER, Johns III MM. Prevalence of perceived dysphagia and quality-of-life impairment in a geriatric population. *Dysphagia.* 2009;24(1):1-6.
- (9) Ekberg O, Hamdy S, Woisard V, Wuttge-Hannig A, Ortega P. Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia.* 2002;17(2):139-146.
- (10) Luque Polo LM. Impacto de la detección de la disfagia en la incidencia de neumonitis por aspiración y en los marcadores bioquímicos de desnutrición, en personas mayores hospitalizadas. [tesis doctoral]. Madrid: Universidad de Alcalá; 2011.
- (11) Burgos R, Sarto B, Seguro H, Romagosa A, Puiggró C, Vázquez C, et al. Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) para el despistaje de la disfagia. *Nutr Hosp.* 2012;27(6).
- (12) Kaspar K, Ekberg O. Identificación de pacientes vulnerables: papel del EAT-10 y del equipo multidisciplinario para la intervención temprana y los cuidados integrales de la disfagia. [Internet]. Barcelona: Nestle Nutrition Institute; 2011 [acceso 24 de abril de 2014]. Disponible en: [http://www.nestlenutrition-institute.org/intl/es/resources/library/Free/workshop/N\\_72/Documents/Final%20WorkshopSeriesVol72.pdf](http://www.nestlenutrition-institute.org/intl/es/resources/library/Free/workshop/N_72/Documents/Final%20WorkshopSeriesVol72.pdf)
- (13) De Luis D, López Mongil R, González Sagrado M, López Trigo J, Mora P, Castrodeza Sanz J. Evaluation of the mini-nutritional assessment short-form (MNA-SF) among institutionalized older patients in Spain. *Nutr Hosp.* 2011;26(6):1350-1354.
- (14) Bours GJ, Speyer R, Lemmemns J, Limburg M, De Wit R. Bedside screening vs. videofluoroscopy or fibreoptic endoscopic evaluation of swallowing to detect dysphagia in patients with neurological disorders: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 2009; 65(3): 477-493.
- (15) Clavé P, Arreola V, Romea M, Medina L, Palomera E, Serra-Prat M. Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clin Nutr.* 2008;27(6):806-815.
- (16) Guillén-Solà A, Martínez-Orfila J, Boza Gómez R, Monleón Castelló S, Marco E. Cribaje de la disfagia en el ictus: utilidad de los signos clínicos y el método de exploración clínica de volumen viscosidad en comparación con la videofluoroscopia. *Rehabilitación* 2011;45(4):292-300.
- (17) Garmendia G, Gómez C, Ferrero I. Diagnóstico e intervención nutricional en la disfagia orofaríngea: aspectos prácticos. Barcelona: Editorial Glosa S.L.; 2009.
- (18) Resolución ResAP(2003)3 sobre Alimentación y Atención Nutricional en Hospitales. Consejo de Europa. 12 de Noviembre de 2003(860).
- (19) Gómez-Busto F, Andía Muñoz V, Sarabia M, Ruiz de Alegría L, González de Viñaspre I, López-Molina N, et al. Suplementos nutricionales gelatinizados: una alternativa válida para la disfagia. *Nutr Hosp.* 2011;26(4):775-783.
- (20) Muñoz Hornillos M, Aranceta Bartrina J, Guijarro García JL. Libro blanco de la alimentación de los mayores. Madrid: Médica panamericana; 2005.
- (21) Volkert D, Berner Y, Berry E, Cederholm T, Coti Bertrand P, Milne A, et al. ESPEN guidelines on enteral nutrition: geriatrics. *Clin Nutr* 2006;25(2):330-360.
- (22) Imsero. Guía de nutrición para personas con disfagia. [Internet]; 2012 [acceso 5 de abril de 2014]. Disponible en: [http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/600077\\_guia\\_nutricion\\_disfagia.pdf](http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/600077_guia_nutricion_disfagia.pdf)
- (23) García-Peris P, Velasco C, Velasco M, Clavé P. Disfagia en el anciano. *Nutr Hosp.* 2011;4(3):35-43.
- (24) Camarero González E. Consecuencias y tratamiento de la disfagia. *Nutr Hosp.* 2009; 2(supl 2):66-78.
- (25) Rofes L, Arreola V, Almirall J, Cabre M, Campins L, García-Peris P, et al. Diagnosis and management of oropharyngeal Dysphagia and its nutritional and respiratory complications in the elderly. *Gastroenterol Res Pract.* 2011: 818979. Epub 2010 Aug 3.

## ANEXOS

### ANEXO I. CUIDADOS GENERALES

Estas medidas se adoptarán con todos los pacientes afectados de disfagia independientemente de su severidad <sup>(17,20)</sup>

- El paciente se colocará sentado, con la espalda totalmente apoyada en el respaldo de la silla, a 90°, y los pies apoyados en el suelo. Si se alimenta en la cama, esta tendrá una elevación de la cabecera de un mínimo de 45°. La columna cervical ha de estar alineada de frente y en ligera flexión anterior durante la deglución.
- En hemiparesias está indicado rotar la cabeza hacia el lado afectado, esto favorece el paso del bolo por el lado sano
- El paciente ha de permanecer alerta, vigilante. No se dará de comer a un paciente somnoliento o con tendencia al sueño.
- El ambiente durante la comida debe ser tranquilo, sin distracciones que le impidan concentrarse en la deglución.
- El paciente estará siempre vigilado.

- Si el paciente padece sequedad de boca, se pueden ofrecer alimentos/bebidas ácidas antes de las comidas para estimular la secreción de saliva (limón, por ejemplo)
- No se deben usar jeringas para administrar los alimentos ya que no permite objetivar si ha finalizado la deglución.
- Existe cierta controversia sobre el uso de pajitas, autores de prestigio como el Dr. Clavé lo desaconsejan, mientras que otros como Camarero lo aconsejan ya que argumenta que su uso limita el volumen de los líquidos y además el descanso entre ellos disminuye el riesgo de aspiración. En todo caso el grado de disfagia del paciente limitará la ingesta de líquidos.
- Se deben usar cucharas de un volumen adecuado, el que hayamos comprobado que tolera el paciente.
- La cuchara ha de entrar en la boca en posición horizontal, haciéndola contactar con el suelo de la boca y la punta de la lengua, ya que esto actúa como estímulo deglutorio.
- Se esperará a que la boca esté vacía antes de dar la siguiente cucharada.
- Se comprobará que los fármacos orales se administran de manera segura.
- Se realizará una correcta higiene bucal después de las comidas, esto reducirá el riesgo de infecciones si se produce aspiración.
- Hay que asegurarse de que el paciente y/o la familia comprende, conoce y usa estas técnicas generales.

**ANEXO II. CUIDADOS DIETÉTICOS: ADAPTACIÓN DE LA CONSISTENCIA Y DE LA TEXTURA DE LOS ALIMENTOS SÓLIDOS**

Con las medidas dietéticas de tratamiento de la disfagia conseguimos adaptar la dieta a las características deglutorias del paciente, que habremos estudiado previamente mediante los métodos clínicos de diagnóstico. Según la severidad de la disfagia que presente el anciano, se necesitará modificar el volumen, la consistencia y la textura de los sólidos y la viscosidad y volumen de los líquidos.

**Tabla 1.- Alimentos con texturas difíciles o de riesgo (Fuente: Guía de nutrición para personas con disfagia, Imserso, 2012) (22).**

ALIMENTOS CON TEXTURAS DIFÍCILES O DE RIESGO	
<b>Dobles texturas</b>	Mezclas de líquidos y sólidos: sopas con pasta, verduras, carne o pescado. Cereales con leche o muesli, yogures con trozos, "sopas" (leche con galletas remojadas)
<b>Alimentos pegajosos</b>	Bollería, chocolate, miel, caramelos masticables, plátano, pan.
<b>Alimentos resbaladizos que se dispersan en la boca</b>	Guisantes, arroz, legumbres enteras (lentejas, garbanzos), pasta.
<b>Alimentos que desprenden agua al morderse</b>	Melón, sandía, naranja, pera de agua.
<b>Alimentos que pueden fundirse de sólido a líquido en la boca</b>	Helados, gelatinas de baja estabilidad.

ALIMENTOS CON TEXTURAS DIFÍCILES O DE RIESGO	
<b>Alimentos fibrosos</b>	Piña, lechuga, apio, espárragos.
<b>Alimentos con:</b>	Piel, grumos, huesecitos, tendones y cartílagos, pescados con espinas
<b>Alimentos con pieles o semillas</b>	Las frutas y vegetales que incluyen piel y/o semillas (mandarinas, uvas, tomates, guisantes, soja)
<b>Alimentos crujientes y secos que se desmenuzan en la boca</b>	Tostadas y biscotes, galletas, patatas tipo chips y productos similares, queso seco, pan.
<b>Alimentos duros y secos</b>	Pan de cereales, frutos secos.

Podemos hablar, en cuanto a la adaptación de los alimentos sólidos, de tres niveles o tipos de dietas: la dieta suave o de fácil masticación, la dieta manipulada mecánicamente o alimentación básica adaptada y la dieta triturada.

La dieta suave o de fácil masticación, es una dieta de transición a la dieta normal. Requiere masticación suave. Incluirá alimentos húmedos, no triturados, acompañados de salsas espesas. Un ejemplo podría ser un tronco de merluza en salsa verde.

La dieta manipulada mecánicamente o alimentación básica adaptada, está indicada en alteraciones de la fase faríngea de la deglución, también cuando existe hipomotilidad lingual y debilidad en la fuerza de propulsión. Puede no requerir masticación, o bien masticación muy suave, que forma fácilmente el bolo. En esta dieta, no se mezclarán consistencias, se evitarán los alimentos que se fragmentan en piezas firmes y secas (como podría ser un biscote), pueden usarse espesantes para aumentar su estabilidad. Un ejemplo serían las elaboraciones tipo pudding, como el pastel de pescado.

La dieta triturada está indicada en alteraciones de la fase preparatoria y oral de la deglución: mal sellado labial, problemas con la dentadura, poca movilidad y debilidad orofacial, dificultad para formar y controlar el bolo. También está indicada en alteraciones de la fase faríngea de la deglución.

En su preparación se tendrán en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Aunque teóricamente cualquier alimento podría ser triturado, en la práctica encontramos que no es así, ya que algunos purés van a ser mal aceptados debido a su resultado final poco agradable. Es recomendable mezclar alimentos de consistencia parecida que darán como resultado purés homogéneos.
- Se evitarán los elementos duros o fibrosos.
- Se evitarán ingredientes con aromas y colores demasiado intensos, sobre todo si se mezclan. Al triturarse, estas características se concentran.
- La condimentación no ha de ser muy intensa.
- Se extremará la higiene en la preparación de los purés, ya que la intensa manipulación que supone esta preparación, los hace más propensos a la contaminación microbiana.
- Los ingredientes serán de primera calidad.
- Se cocinarán inmediatamente antes de su consumo.
- Se procurará variar el sabor, aroma, color e ingredientes de los purés.

Los desayunos y meriendas pueden consistir en lácteos sólidos, como yogur, en batidos de frutas, en compotas. También pueden usarse batidos de leche y cereales que, a la vez que la espesan, aportan hidratos de carbono.

Las comidas y cenas son muy importantes pues la mayor proporción de calorías y nutrientes se consumen en estos momentos. Debemos tener en cuenta, a la hora de preparar estos purés, que muchas veces los ancianos se encuentran inapetentes, o tan débiles que el hecho de comer les supone un gran esfuerzo y se cansan pronto, por ello se procurará utilizar alimentos que aporten mucha energía y nutrientes en poco volumen.

Se puede optar por preparar dos purés: uno como primer plato y otro como segundo plato, más el postre; o bien un solo puré como plato único y el postre. Esta última opción es la más práctica cuando nos enfrentamos a anorexia y debilidad en el anciano.

Cuando se opta por preparar un solo puré éste debe incluir:

- Verduras, que aportan agua y fibra. Teniendo cuidado en evitar las muy fibrosas. Se debe tener cuidado con el grupo de las coles por su intenso sabor.
- Alimentos que espesarán el puré y aportarán hidratos de carbono: patata, pasta, arroz, legumbres, etc.
- Un ingrediente proteico. Usar carnes poco fibrosas, retirar cartilagos, piel, etc. Evitar pescados con espinas y pieles. Los pescados blancos son más aceptados, por su sabor más suave.
- Aceite de oliva virgen u otra grasa adecuada.

Los purés pueden enriquecerse con, por ejemplo, clara de huevo, queso, leche, nata... ingredientes que aporten un extra de calorías, proteínas, fibra...

### ANEXO III. CUIDADOS DIETÉTICOS: ADAPTACIÓN DE LA VISCOSIDAD DE LOS ALIMENTOS LÍQUIDOS.

Los líquidos se han de adaptar en cuanto a su viscosidad y volumen a la hora de administrarlos, a aquellos que hayamos determinado más seguros para la persona<sup>(17,22)</sup>.

Para espesarlo utilizaremos espesantes comerciales, y seguiremos las indicaciones del fabricante.

Las viscosidades que vamos a utilizar para el tratamiento de la disfagia son tres (Tabla 2)

**Tabla 2.- Características de las principales viscosidades para el tratamiento de la disfagia a líquidos. (Fuente: adaptado de Garmendia)<sup>(17)</sup>.**

Características de las principales viscosidades para el tratamiento de la disfagia a líquidos	
<b>Viscosidad néctar:</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede beberse sorbiendo con una cañita.</li> <li>• Puede beberse en taza.</li> <li>• Al caer forma un hilo fino</li> </ul>
<b>Viscosidad miel:</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No puede beberse con pajita.</li> <li>• Se puede tomar en taza o tomar con cuchara.</li> <li>• Al caer forma gotas espesas.</li> <li>• Al cogerlo con una cuchara no mantiene su forma.</li> </ul>

### Características de las principales viscosidades para el tratamiento de la disfagia a líquidos

#### Viscosidad pudding:



- No puede beberse.
- Sólo puede tomarse con cuchara.
- Al caer forma bloques.
- Al cogerlo con una cuchara sí mantiene su forma.

### ANEXO IV. MEDIDAS DE SOPORTE NUTRICIONAL

Cuando la dieta oral modificada sea insuficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del paciente se pueden utilizar suplementos nutricionales orales.

En el caso de la disfagia orofaríngea, cuando no se consigue aportar dos tercios de las necesidades con alimentos tradicionales se debe completar la dieta con suplementos nutricionales. La ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) recomienda en su guía sobre nutrición enteral en ancianos, con un grado de recomendación A, los suplementos nutricionales orales en ancianos desnutridos o en riesgo de desnutrición<sup>(21)</sup>.

La elección de uno u otro tipo de suplemento nutricional oral se hará teniendo en cuenta las carencias en la ingesta del anciano. Puede precisar un aporte de proteínas, un aporte calórico, ambos. En todo caso esta suplementación ha de estar ajustada a las necesidades del paciente.

Estos suplementos pueden tomarse añadidos a algún alimento, en el caso de los suplementos que se presentan en forma de polvo, o bien de manera aislada. En este último caso se ha de procurar que no interfieran en el apetito del anciano. Para ello pueden tomarse como postres, o bien entre horas, a media mañana o incluso como recena antes de dormir<sup>(24)</sup>.

Se presentan en una gran variedad de sabores, por lo que se ha de contar con las preferencias del paciente para así intentar asegurarnos una buena adhesión al tratamiento.

En la actualidad los suplementos nutricionales orales financiados por el sistema sanitario se presentan en estado líquido por lo que se les deberá añadir espesante comercial para su adaptación a los problemas deglutorios del anciano.

Otra alternativa para espesar los líquidos consiste en mezclarlos con gelatina comercial. Un grupo de investigadores del centro integral de atención a mayores San Prudencio de Álava, se plantearon esta opción tras ser retirados los suplementos nutricionales de consistencia pudding de la financiación del sistema sanitario público.

En su estudio espesaban suplementos nutricionales con gelatina comercial consiguiendo una textura tipo pudding homogénea, además los compuestos nutricionales pasaban a ser estables físico-química y microbiológicamente durante 4 días, mientras que la recomendación de los fabricantes es desecharlos a las 24h. de su apertura. Esta alternativa para espesar los líquidos supone además un aporte extra de proteínas, ya que estas contienen una alta proporción de las mismas, en torno a un 86%<sup>(19)</sup>.



FUNDACIÓN de  
la ENFERMERÍA  
de CANTABRIA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

**Nuberos Científica**

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

# Cuidar al cuidador informal

**Autora:**

**María Gómez Soto**

*Graduada en Enfermería. Cantabria. España.*

*Dirección para correspondencia:*

*[mariagomezoto8@gmail.com](mailto:mariagomezoto8@gmail.com)*

Recibido: 10 de febrero de 2015

Aceptado: 14 de abril de 2015

El trabajo que se presenta es una adaptación de la autora a las normas de la revista Nuberos Científica. Se corresponde con el Trabajo de Fin de Grado tutorizado por la Profesora Montserrat Bustamante Fonfría de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Cantabria. En su origen, se encuentra en el repositorio UCrea de la Universidad de Cantabria.

## RESUMEN

Las circunstancias actuales de nuestro país han dado lugar a la aparición de una nueva figura que presta cuidados a las personas dependientes, el cuidador informal. Este papel lo asumen esposas, hijas, u otros familiares que se hacen cargo de los cuidados constantes a personas dependientes de una manera altruista y sin ningún tipo de preparación.

Todo esto lleva a que la salud de las propias cuidadoras y su vida en general se vean afectadas, desarrollándose diversos problemas, y pudiéndose llegar a convertirse ellas mismas en objeto de cuidado.

La Enfermería posee una responsabilidad importante en el cuidado, no sólo a las personas dependientes, si no a las cuidadoras, en muchas ocasiones las olvidadas del sistema.

Por todo ello, el objetivo de este trabajo es ampliar la mirada hacia ese colectivo desde la perspectiva enfermera, a través de una revisión bibliográfica y el desarrollo de un Plan de Cuidados Estandarizado, ofreciendo apoyo para mejorar su calidad de vida.

### Palabras clave:

- Cuidadoras
- Atención de enfermería
- Dependencia
- Perfil de salud

## ABSTRACT

Nowadays, due to the current circumstances of our country, the figure of the informal caregiver has emerged; its main aim is to provide care to people who depend on others. This role is normally assumed by wives, daughters and other relatives who take care of them altruistically and without having been professionally trained for it.

As a consequence of this previous fact, there is a negative effect in those caregivers' health and also in their lives in general, developing many problems themselves and becoming those who need to be taken care of.

The Nursing has a very important role when regarding the fact of taking care, not only of dependant people, but also of caregivers, who are normally not given enough attention.

With a literature review and a Nurse Care Plan, I would like to focus also in the figure of the caregivers and their needs, offering them support to improve their quality of life.

### Keywords:

- Caregivers
- Nursing care
- Dependence
- Health profile

## INTRODUCCIÓN Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Desde el inicio de los tiempos, los seres humanos se han relacionado en una estructura social denominada familia. La familia se define como un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas <sup>(1)</sup>.

Las primeras civilizaciones y hasta la Alta Edad Media se conoce como la "etapa doméstica de las mujeres", cuyo principal objetivo es cuidar y mantener la vida de su familia contra las adversidades del medio, de tal forma que el acto de cuidar está completamente ligado a la supervivencia. Éstas cuidaban a sus descendientes prologando así la especie humana. Logrando por tanto, el mantenimiento de la vida a través de elementos de la propia naturaleza como el agua para la higiene, las pieles de la caza para el abrigo y las plantas para la curación <sup>(2)</sup>.

El antropólogo Georfe Peter Murdok, afirma que la familia tiene cuatro funciones vitales y únicas que ninguna otra estructura social puede suplir: la subsistencia, la relación sexual, la reproducción y la educación de los descendientes. La mujer desempeña un papel importante como elemento básico para llevar a cabo esas cuatro funciones, asumiendo un papel de cuidadora y organizadora desde el inicio de las sociedades <sup>(2)(3)</sup>.

En la época cristiana la figura del cuidador evoluciona hacia una acción vocacional. Principalmente es una mujer que actúa en nombre de Dios, bajo sumisión y obediencia, permanecer en el seno de la Iglesia. Utilizan el cuidado como acción para la salvación propia y como manera para comunicarse con Dios <sup>(4)</sup>.

Durante el S.XIX los avances tecnológicos hacen necesaria la aparición de una figura que lleva a cabo los cuidados pero ahora de una forma más profesional, se la denomina auxiliar del médico. Desarrolla su labor en entornos hospitalarios <sup>(4)</sup>.

Con la industrialización y la democratización de los años 70 en España, la familia sufre una serie de cambios que van a afectar directamente a las mujeres y a su rol de cuidadoras dentro del núcleo familiar. Podemos observar cambios tales como el movimiento de las familias desde el campo hacia la ciudad, descenso en el número de hijos, rupturas en el núcleo familiar como son los divorcios o la reducción del núcleo familiar a padres e hijos. En el S.XX la mujer comienza a incorporarse al mundo laboral y por tanto deja a un lado su rol como cuidadora en el hogar <sup>(5)</sup>.

En la actualidad y tradicionalmente, los cuidadores son la mayoría mujeres, principalmente hijas, de edad media, de proximidad al individuo a cuidar, casada o en unión libre, con hijos, amas de casa y con bajo nivel de estudios y económico <sup>(6)</sup>. Pero, la estructura familiar tradicional está cambiando, las mujeres se están incorporando al mundo laboral, y ahora además de cuidar a sus allegados, tienen que trabajar fuera de casa. Las mujeres cada vez tienen más roles sociales, y por lo tanto cada vez asumen más cargas <sup>(6)</sup>.

Cada vez hay menos tiempo y menos personas para cuidar a los enfermos dependientes y a las familias. Por ello, España se ha visto en la necesidad de introducir ayudas públicas, para intentar sufragar estas decadencias.

La ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia surge para cubrir las

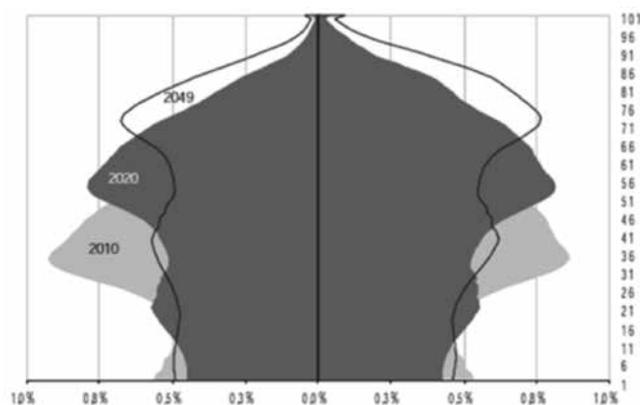
necesidades de atención de las personas en situación de dependencia y cuyo principal objetivo es la promoción de su autonomía personal. Proteger y atender a las personas que requieren ayudar para realizar las actividades diarias es el principal objetivo que España quiere cumplir con la introducción de ésta ley <sup>(7)</sup>.

España está sufriendo unos cambios demográficos y sociales que provocan un aumento de la población en situación de dependencia. Por una parte hay que tener en cuenta que la población de más de 65 años se ha duplicado en los últimos 30 años, pasando de 3,3 millones de personas en 1970 (un 9,7% de la población total) a más de 6,6 millones en 2000 (16,6%).

Por otro lado, tiene lugar el fenómeno demográfico denominado "envejecimiento del envejecimiento", entendido como el aumento relativo de la población anciana, que se ha duplicado en tan solo veinte años <sup>(7) (8)</sup>.

A continuación se expone tres pirámides poblacionales de España. En ellas se proyecta la evolución de la población, observando que en el año 2049 los rangos de edad desde 76 hasta aproximadamente 86 años serán los más numerosos. Evidenciando el envejecimiento de la población del SXXI.

**Gráfica 1: El Envejecimiento de la población Española durante el s XXI.**



Fuente: Libro Blanco. Envejecimiento activo. Gobierno de España: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. IMSERSO.2011.

Este envejecimiento de la población puede explicarse por tres factores <sup>(8)</sup>:

- El primero es la caída de la fecundidad, también conocido como envejecimiento por la base se atiende a la forma de la pirámide poblacional, o envejecimiento maltusiano.
- El segundo factor es la emigración predominante en la población en edad de trabajar, provocando un déficit en el número de adultos y por lo tanto en la natalidad. Es el envejecimiento por la cintura de la pirámide poblacional.
- El último factor es el aumento de la esperanza de vida o envejecimiento por la cúspide de la pirámide poblacional.

Los ciudadanos, personas con dependencia, familiares y cuidadores, necesitan un conjunto de servicios y ayudas sociales para poder enfrentarse a esta nueva situación. El Gobierno español crea esta ley para poder cubrir todos esos nuevos requerimientos <sup>(7)</sup>.

A todo esto hay que añadir que el sistema de atención sanitaria español se centra en la enfermedad en sus fases agudas, lo que supone la delegación de los cuidados de las personas dependientes, con enfermedades crónicas o con discapacidades hacia el sistema informal y a otros <sup>(9)</sup>.

## JUSTIFICACIÓN

Dado los antecedentes y los fundamentos del capítulo anterior, resulta imprescindible mantener actualizados tanto, los conocimientos, como el propio tema del cuidador, a nivel de la enfermería profesional y poner de manifiesto la necesaria y específica atención en cuidados que requiere esa figura cuidadora informal de personas dependientes.

## OBJETIVOS

Describir el perfil y las características de la salud del cuidador informal en España.

Desarrollar un plan de cuidados estandarizado como herramienta para la atención a cuidadores informales.

## METODOLOGÍA

Para llevar a cabo esta revisión, se establecieron varias fases.

En primer lugar se acotaron los conceptos generales del trabajo para poder encontrar los correspondientes términos MeSH y DeCS. Se comenzó la búsqueda con el MeSH "caregivers" y el DeCS "cuidadores". A medida que el trabajo iba avanzando se han realizado nuevas búsquedas bibliográficas esta vez con el término MeSh "health profile", cuyo correspondiente DeCS fue "perfil de salud"

En la base de datos Cuiden Plus, se acotó la búsqueda a los últimos 10 años, con 499 artículos de los que 5 se han incluido para esta revisión bibliográfica.

Además se acudió al catálogo de la Biblioteca de la Universidad de Cantabria para la revisión de libros y revistas que no se encontraron en formato electrónico. En esta biblioteca también se ha consultado el repositorio UCrea donde se encontraron trabajos publicados por alumnos.

Otra de las bases de datos empleada ha sido IBECs, el término DeCS utilizado fue "Cuidadores", encontrando 723 artículos de los que se han seleccionado 5 artículos.

Después de la primera búsqueda y según las necesidades y correcciones, se realizaron búsquedas en otras bases de datos (Cochrane, Cuiden, IBECs, IME, Google Académico) para obtener más información, incluyendo alguno de los artículos en la bibliografía.

Los artículos seleccionados e incluidos en la bibliografía siguen diferentes corrientes metodológicas. En este trabajo se pueden encontrar:

- Artículos con metodología cuantitativa: Son estudios a una muestra de población determinada y su posterior interpretación de los resultados.
- Artículos con metodología cualitativa: Se basan en la realización de entrevistas y su interpretación.

En general los artículos son descriptivos (documentan un fenómeno a estudio), explicativos (explican las causas del fenómeno y cómo interactúan) y predictivos (comentan cómo se prevé que será la evolución del fenómeno).

## RESULTADOS

Los resultados se han planteado estableciendo el análisis cuantitativo de los datos y simultáneamente se ha realizado una interpretación cualitativa de la información obtenida en los artículos.

El trabajo se dividió en tres capítulos, que dan respuesta a los objetivos.

En el capítulo **número uno** se realizará una descripción del perfil del cuidador informal.

Se puede definir el término cuidador como la persona que se hace cargo de la atención del familiar dependiente, llevando a cabo las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del mismo. Por tanto asume la responsabilidad de su cuidado<sup>(9)</sup>.

Ante el aumento de personas mayores en la sociedad los servicios sociales de la mayoría de los países del mundo se han visto desbordados, suponiendo un reto para todos. El número de pacientes con problemas crónicos y en situación de dependencia ha aumentado considerablemente, siendo las familias quienes se hacen cargo del cuidado de los mismos. El incremento de este tipo de enfermos, no incumbe solo el aumento de cuidados, si no la complejidad de los mismos<sup>(10)</sup>.

Así, la labor de los cuidadores informales ayuda a que los enfermos mantengan su entorno social, disminuyendo el número de ingresos en instituciones y la utilización de los medios formales<sup>(11)</sup>.

Otra definición encontrada añade que el cuidador informal lleva a cabo las actividades instrumentales de la vida diaria del paciente sin recibir retribución económica por ello<sup>(11)</sup>.

La colaboración por parte de los servicios formales, es decir los profesionales, es muy pequeña. En varios artículos se compara con un iceberg, es decir, los servicios formales abarcarían una parte muy pequeña del cuidado, la punta del iceberg, mientras que las familias realizarían la parte oculta, invisible y mayoritaria de los mismos, la zona más grande del hielo y que además está bajo el agua, sin que nadie la vea<sup>(9)(10)</sup>.

Tras la revisión de varios estudios se puede describir un perfil común para los cuidadores informales. Son principalmente mujeres, mayores de 50 años con lazos de consanguinidad con la persona dependiente, casadas, hijas, cuya profesión es ama de casa o tienen trabajos con ingresos limitados y con bajo nivel de escolaridad. Existen diferencias de sexo a la hora del tipo de cuidados prestados y el tiempo dedicado a ello. Las mujeres asumen los cuidados más complejos, atención personal, instrumental, de acompañamiento o de supervisión, apoyo emocional o social, entre otros. En cuanto al tiempo dedicado el 67% de las mujeres dedicaban más de 40 horas semanales a cuidar, frente a sólo el 18% de los hombres que dedican 40 horas semanales<sup>(10)(12)</sup>.

También se debe hacer mención al perfil de la persona cuidada, obteniéndose que en su mayoría sean mujeres, con una edad media de 83 años<sup>(13)</sup>.

Respecto a la relación de parentesco hay que detenerse, ya que el perfil de la persona cuidadora cambia, en algunos estudios explorados, según el sexo de la persona dependiente. Si el paciente es hombre, es cuidado por su esposa o por su hija. En cambio si el paciente es mujer las hijas adelantan en número a los maridos a la hora de cuidar. El resultado de los estudios incluidos nos indica que más del 50% de los cuidadores son hijas de la persona dependiente<sup>(13)</sup>.

En el capítulo **número dos** se analizarán las características

de la salud del cuidador informal en España, sus emociones y la sobrecarga que padecen.

Los cuidados que necesita una persona en situación de dependencia requieren conocimientos y habilidades en muchas ocasiones complejos, durante un elevado periodo de tiempo y con un gran consumo de recursos. Todo esto lleva a una disminución en la calidad de vida, tanto de forma subjetiva como objetiva, de los cuidadores, que dejan a un lado su estado de salud para atender a la persona dependiente a su cargo<sup>(14)(15)</sup>.

Los cuidadores informales padecen repercusiones físicas como por ejemplo dolores de espalda, problemas osteo-articulares, cefaleas, cansancio/fatiga o alteraciones en el patrón del sueño. A esto se debe añadir otro factor de riesgo, el propio proceso de envejecimiento de los cuidadores debido a que su edad media es de más de 50 años<sup>(16)</sup>.

Con respecto a las repercusiones psicológicas se definen apatía, nerviosismo, irritabilidad, sentimientos de culpa, de tristeza, ansiedad, estrés, depresión, desesperación, abatimiento, labilidad emocional, inseguridad y temor ante todas las actividades, más bien complejas que conlleva el cuidado, en este sentido se puede mencionar la administración de alimentación a través de una sonda nasogástrica o el manejo de la medicación y otros. Además tienen sentimientos de preocupación por la salud de su familiar o la suya propia, por conflictos familiares o falta de tiempo entre otras<sup>(16)</sup>.

Un apunte importante es que la precaria situación de salud de los cuidadores influye de forma directa en los cuidados prestados y por lo tanto en la salud de las personas dependientes<sup>(9)</sup>.

En cuanto al impacto en el ámbito social y laboral se puede afirmar que la sobrecarga del cuidador se ve disminuida si se tiene un trabajo extra doméstico, evitando también el aislamiento social. Debido a la cantidad de tiempo empleado en cuidar y su dificultad a la hora de compaginarlo con el trabajo extra doméstico, se puede llegar al abandono temporal o permanente del trabajo, o viéndolo desde otra perspectiva, un cuidador informal tiene gran dificultad para acceder a un empleo<sup>(9)</sup>.

Los cuidadores identifican múltiples factores socio-sanitarios que producen repercusiones negativas físicas y psíquicas afectando a su propia seguridad, a la del paciente y a su estado de bienestar. Son destacables<sup>(17)</sup>:

- La falta de un profesional sanitario de referencia cuando se encuentran en el domicilio a quien puedan dirigirse para solicitar información.
- Asesoramiento para aclarar dudas.
- El retraso para conseguir apoyos sociales.
- La escasa vigilancia por parte de profesionales de la salud sobre la adecuada realización de técnicas y cuidados del paciente en el domicilio.
- El agotamiento de los apoyos familiares en los casos de cuidados prolongados durante mucho tiempo.

En cuanto al concepto de sobrecarga del cuidador, su definición o acotación tiene varias direcciones, pero actualmente la más aceptada es la que hace Zarit, describiéndolo como el grado en el que los cuidadores perciben su salud y su vida, tanto social como personal. Se distingue entre sobrecarga subjetiva, respuesta emocional del cuidador a cuidar, relacionado con las dificultades y las recompensas, y la objetiva, que está relacionado con las actividades observables y la carga física, es decir, variables del paciente y las características de su cuidado<sup>(18)</sup>.

En el capítulo **número tres**, se desarrolla un Plan de Cuidados Estandarizado para prestar cuidados profesionales a los cui-

dadores de manera rigurosa con el fin evitar la desprotección a la que se refiere la literatura consultada: la falta de un profesional sanitario de referencia, necesidad de aclarar dudas, escasa vigilancia por parte de los profesionales, etc.

En términos de taxonomía enfermera los principales diagnósticos son <sup>(19, 20, 21, 22)</sup>:

- Riesgo de cansancio del rol de cuidador.
- Cansancio del rol de cuidador.
- Afrontamiento inefectivo
- Ansiedad
- Baja autoestima situacional.
- Conocimientos deficientes.

**RIESGO DEL CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR (00062):** Nombra una situación en que el cuidador habitual de la familia tiene la sensación de que le resulta difícil seguir desempeñando ese papel.

Resultado NOC	Intervención NIC
Descanso (0003) Control del riesgo (1902) Ejecución del rol (1501)	Apoyo al cuidador principal (7040) Asistencia en el mantenimiento del hogar (7180) Grupo de apoyo (5430)

**CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR (00061):** Nombra una situación en que el cuidador habitual de la familia tiene dificultad para seguir asumiendo ese papel.

Resultado NOC	Intervención NIC
Alteración del estilo de vida del cuidador principal (2203) Bienestar del cuidador principal (2508) Relación entre el cuidador principal y el paciente (2204)	Apoyo al cuidador (7040) Potenciación del roles (5370)

**AFRONTAMIENTO INEFECTIVO (00069):** Nombra una situación en que la persona no es capaz de valorar acertadamente los agentes estresantes a los que se enfrenta, elegir las respuestas prácticas o utilizar los recursos de los que dispone.

Resultado NOC	Intervención NIC
Afrontamiento de los problemas (1302) Niveles de estrés (1212)	Aumentar el afrontamiento (5230) Aumentar los sistemas de apoyo (5440)

**ANSIEDAD (00146):** Nombra una situación en que la persona experimenta una señal de alerta, un sentimiento de aprensión o de vaga amenaza, relacionada con la anticipación de un peligro, que por norma general se desconoce y que se acompaña de una respuesta del sistema nervioso autónomo que le permite tomar medidas necesarias para afrontar la amenaza.

Resultado NOC	Intervención NIC
Afrontamiento de problemas (1302) Autocontrol de la ansiedad (1402)	Disminución de la ansiedad (5820)

**BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL (00120):** Nombra una situación en que la persona, ante una situación específica responde con una autoevaluación negativa.

Resultado NOC	Intervención NIC
Modificación psicosocial: cambio de vida (1305) Autoestima (1205)	Potenciación de autoestima (5400)

**CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (00126) (especificar):** Nombra una situación en que la persona carece de información cognitiva suficiente o fidedigna sobre un tema específico relacionado con salud.

Resultado NOC	Intervención NIC
Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803) Conocimiento: procedimientos terapéuticos (1814) Conocimiento: recursos sanitarios (1806) Conocimiento régimen terapéutico (1813)	Educación sanitaria (5510) Enseñanza: Procedimiento/tratamiento (5618) Enseñanza: proceso de la enfermedad (5602)

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Desde el inicio de los tiempos ha existido una figura en el entorno familiar que se hacía cargo de los cuidados de los enfermos, generalmente una mujer. Tras la evolución histórica, aparece el sistema formal, que presta cuidados basados en unos conocimientos científicos y de forma remunerada. En la actualidad el sistema formal coexiste con un sistema informal, ambos con los mismos objetivos, contribuir para mejorar o minimizar un problema de salud de una persona dependiente o enferma. Sin embargo, las personas del sistema informal con importante carga de trabajo, sin remunerar y sin preparación, parecen ser aquellos no tenidos en cuenta por el propio sistema.

Los cuidadores informales, la mayoría de los casos mujeres con relación de parentesco cercano a la persona dependiente, se ven muchas veces implicadas en un proceso complejo y totalmente nuevo para ellas de un día para otro. La sobrecarga que padecen es notable y tiene consecuencias directas sobre su salud física, psíquica o social, e incluso para su economía. A todo esto se debe añadir el factor tiempo, puesto que los cuidadores informales realizan su tarea por un largo período de tiempo. Todo esto, va desgastando al cuidador, pasando a ser él mismo el objeto de cuidado y el gran olvidado en el sistema formal. Además, y tras la revisión de bibliografía, se ha podido observar que este colectivo está formado en su mayoría por mujeres, de

ahí que se pueda plantear dirigirse a los cuidadores informales como cuidadoras, en femenino.

El reconocimiento de esta figura por parte del sistema formal es una meta a alcanzar, cuanto antes mejor, ya que la labor que realiza es importantísima.

Respecto a la enfermería profesional dispone de un importante instrumento para dar respuesta a los problemas del cuidador informal, el Proceso de Atención de Enfermería, a través de sus diagnósticos y respectivas intervenciones, tal como se propone en esta monografía.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Ortego Maté MC. La Familia en: Ortego Maté MC. Ciencias Psicosociales Aplicadas: Santander; 2009. Pág 163-177.
- (2) Mezquita Pipó C, Siles González J. El cuidado en el Paleolítico. El rol social de la mujer en los cuidados de supervivencia. Visión desde la narrativa de J.M. Auel. *Temperamentvm. Cul Cuid* [Serie en Internet] [Fecha de acceso:30/10/2013]; 2011; 13. Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/temperamentvm/tn13/DanalInfo=www.index-f.com+t7577.php>
- (3) Murdock GP. *Social Structure*. Nueva York: MacMillan; 1949.
- (4) García Martín-Caro C, Martínez Martín ML. Historia de la Enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero. Madrid: Harcourt; 2001. Pág.15-21.
- (5) Del Campo S, Rodríguez-Bioso MM. La gran transformación de la familia española durante la segunda mitad del siglo XX. *Rev Esp Inv Sociol* [Serie en Internet] [Fecha de acceso:30/10/2013]; 2002; 100: 103-165. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=642624>
- (6) Félix Alemán A, Aguilar Hernández R.M<sup>a</sup>, Martínez Aguilar M<sup>a</sup> de la L, Avila Alpírez H, Vázquez Galindo L, Gutiérrez Sánchez G. Bienestar del cuidador/a familiar adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género. *Cul Cuid* (Edición digital) [serie en Internet] [fecha de acceso: 30/10/2013]; 2012; 16, (33):81-88. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.33.011>
- (7) Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Ley 39/2006 de 14 de diciembre. *Boletín Oficial del Estado*, nº299 (15-12-2006).
- (8) Reques Velasco P. El análisis demográfico del envejecimiento: conceptos, técnicas y métodos. Santander: Servicio de publicaciones de la Universidad de Cantabria; 2006. Pág 55-76.
- (9) García-Calvente MM, Mateo Rodríguez I, Maroto Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit* [revista en la Internet] [Consultado 21-02-2014]; 2004; 18(2). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000500011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500011&lng=es).
- (10) García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren A. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit* [Consultado el 4/03/2014]; 2004; 18(Supl 1). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/gsv18s1/03sistema.pdf>
- (11) López Gil MJ, Orueta Sánchez R, Gómez-Caro S, Sánchez Oropeza A, Carmona de la Morena J, Alonso Moreno FJ. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Rev Clin Med Fam* [Consultado el 22/03/2014]; 2009; 2 (7): 332-334. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2009000200004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004)
- (12) Martínez MA. Las familias ya no podemos más. Riesgo de exclusión social de las familias que cuidan de enfermos crónicos graves. *Revista del Ministerio de trabajo y asuntos sociales* [Consultado el 21-02-2014]; 2002; 35: 140-160. Disponible en: [http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub\\_electronicas/destacadas/revista/numeros/35/Rev35.pdf](http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/35/Rev35.pdf)
- (13) López López B, Casado Mejía R, Brea Ruíz M, Ruíz Arias E. Características de la provisión de cuidados a las personas dependientes. *Nure Inv* [Revista en Internet] [Consultado 4-02-2014]; 2011 Ene-Feb; 9 (56): [aprox. 12 p.]. Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE56\\_original\\_provisdep.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE56_original_provisdep.pdf)
- (14) Villarejo Aguilar L, Zamora Peña MA, Casado Ponce G. Sobrecarga y dolor percibido en cuidadoras de ancianos dependientes. *Enferm Global -Esp-* [Serie en internet] [Consultado 10-02-2014]; 2012; 11 (3): 159-165. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.11.3.155111>
- (15) Guerra Martín MD, Zambrano Domínguez EM. Relación entre los problemas de salud de los mayores dependientes y la formación de los cuidadores informales. *Enferm Global -Esp-* [Serie en Internet] [Consultado 10-02-2014]; 2013; 12 (32). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412013000400012&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412013000400012&script=sci_arttext)
- (16) Gómez Sánchez A. Intervenciones de enfermería en el cuidador informal del adulto dependiente. *Nuber Científ*. 2014; 2(11):21-26
- (17) Bermejo Caja C, Martínez Marcos M. Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. *Nure Inv* [Consultado el 31/03/2014]; Diciembre 04-Enero 05; 11. Disponible en: [https://vpnuc.unican.es/FICHEROS\\_USUARIO/Proyectos\\_Imagenes/DanalInfo=www.fuden.es+PROYECTO11.pdf](https://vpnuc.unican.es/FICHEROS_USUARIO/Proyectos_Imagenes/DanalInfo=www.fuden.es+PROYECTO11.pdf)
- (18) Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P, et al. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol*. 1996;6:338-46.
- (19) Peinado Gorlat P, Gorlat Sánchez B, Quero Rufián A, Mejías Martín Y, Bordajandi Quirante L, González Guerrero L. ¿Qué altera el bienestar de los cuidadores de pacientes dependientes? *Rev Paraninfo Digital* [Consultado el 31/03/2014]; 2011; 14. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n14/111d.php>
- (20) Bulechek GM, Butcher HK, McCloskeyDochterman J, Editores. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 5ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
- (21) Moorhead S, Johnson M, Maas M. L, Swanson E, Editores. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 4ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
- (22) Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskeyDochterman J, Maas M, Moorhead S, Swanson E. *Interrelaciones Nanda, Noc y Nic: Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*. 2ª Ed. Madrid: Elsevier; 2007.



FUNDACIÓN de  
la ENFERMERÍA  
de CANTABRIA

MONOGRAFÍA

**Nuberos Científica**

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

# Monografía del Consentimiento informado

**Autor:**

**David Ramos Sáiz**

*Graduado en Enfermería. Unidad de Medicina  
Interna de la Residencia Cantabria. Cantabria.  
España.*

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

Recibido: 10 de noviembre de 2014

Aceptado: 14 de marzo de 2015

La presente Monografía es el resultado del trabajo de Fin de Grado tutorizado por la profesora Susana Gómez-Ullate Rasines de la Escuela Unversitaria de Enfermería de Cantabria. Adaptado a las normas de publicación de Nuberos científica.

## RESUMEN

El consentimiento informado (CI) es algo más que un simple documento a firmar; llega a ser la culminación de la decisión autónoma del paciente. Ésta va a ser tomada de una forma libre y sin coacción, dejando atrás esa actitud paternalista en el binomio paciente-profesional sanitario.

Todos estos cambios se encuentran íntimamente relacionados con la evolución a lo largo de la historia del trato del profesional sanitario hacia el usuario, pasando de esa actitud paternalista, comentada anteriormente, a una horizontal. Todo ello deriva una situación en la que, es el paciente quién va a tener la última palabra a la hora de decidir sobre qué hacer durante todo su proceso salud-enfermedad.

También es importante recalcar que el proceso legislativo, en materia sanitaria, se ha ido modificando en función de todos los cambios anteriores.

Con esta monografía se pretende dar a conocer cuál es el significado auténtico del CI, cómo se debe realizar y cuál es el papel que desempeña la enfermería. En la revisión bibliográfica nos hemos encontrado que no se realiza de forma adecuada y cuáles son los problemas principales.

Por todo ello, es necesario sensibilizar tanto a los profesionales sanitarios como a la población de su utilidad.

### Palabras clave:

- Consentimiento informado
- Responsabilidad legal
- Derechos del paciente
- Atención de Enfermería

## ABSTRACT

Informed consent (IC) is much more than just a document to be signed. It becomes fulfillment of the patient's autonomy in decision-making. This is going to be taken in a free and un-coerced manner, leaving behind this paternalistic attitude towards patient-healthcare professional binomial.

All these changes are deeply related to the evolution through history of the behaviour of health professional to the user. The role was moved from the paternalistic model of health to the interpretive model. It follows therefore that patient is who is going to have the final decision about what to do throughout the health / disease process.

It is also important to emphasize that legislative process in the field of health care provision has been modified according to all previous changes.

This monograph claim to highlight what is the real meaning of IC, how it is carried out and what is the role played by nursing. In the literature review, we found that it was not sufficiently well conducted and which are the main problems.

Therefore, it is necessary to make both health providers and population aware of its usefulness.

### Keywords:

- Informed consent
- Liability legal
- Patient rights
- Nursing Care

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

El trato que los profesionales sanitarios dan a los pacientes es una variable dinámica que evoluciona a lo largo del tiempo, pasando de ser un mero objeto de curación y estudio, a ser a un ente con vida propia que quiere y debe participar en su propio proceso curativo, es en este proceso donde nace el CI.

El CI no es un simple protocolo a cumplimentar, se trata de un derecho esencial del usuario, que a su vez se convierte en una responsabilidad para el personal médico, que ha de informar pertinentemente la intervención a realizar, sus alternativas y riesgos.

Por lo tanto, gracias a este derecho, es el paciente quién tiene la potestad para elegir libremente, sobre su proceso sanitario, pudiendo decidir sobre las técnicas que quiere que se le practiquen o no a lo largo de dicho proceso, implicando no sólo a los facultativos, sino también a todos los profesionales que engloban el sistema sanitario, teniendo que obtener su consentimiento para la realización de cualquier procedimiento por muy banal que nos parezca.

A lo largo de esta monografía se va a tratar de esbozar el concepto de CI. Para ello nos vamos a basar en la visión que la

bioética nos proporciona, siendo un punto de apoyo en el tema a tratar, realizando un acercamiento a la ley que lo acoge.

## OBJETIVOS

Objetivo general:

- Evaluar el CI en el ámbito sanitario

Objetivos específicos:

- Definir el concepto del CI y sus características.
- Definir el marco legislativo en el que se ampara el CI.
- Contextualizar el CI dentro del campo bioético.
- Definir el papel de la enfermería en la obtención del CI.
- Describir el cambio de actitud de profesionales sanitarios y pacientes ante la nueva legislación 41/2002.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Para llevar a cabo la revisión se realizó una búsqueda bibliográfica comprendida entre los meses de Abril y Junio del 2011. La información fue encontrada a través de las bases de datos Pubmed, Cuiden, Dialnet y por medio de la herramienta Google

Académico. Se utilizaron como palabras claves de búsqueda, "profesionales sanitarios", "responsabilidad legal", "consentimiento informado", "derechos del paciente", "atención de enfermería" y se limitó el idioma al español e inglés. Posteriormente se procedió a la revisión de los artículos obtenidos, utilizando 26 publicaciones para el trabajo de Fin de Grado y 21 para el actual artículo.

Fueron descartados todos los artículos con más de 10 años de antigüedad a excepción de los apartados descritos como antecedentes históricos y CI versus profesionales sanitarios, que no se acoto su búsqueda en años por ser de relevancia bibliográfica.

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

### 1. Antecedentes legislativos del CI.

Antes del ámbito judicial, eran los códigos deontológicos de los profesionales sanitarios y su juramento hipocrático, los que regían la actitud a tomar con el paciente, siendo sus cuidados algo sólo exigible en la conciencia del profesional<sup>(1,2)</sup>. Tras esto se fue desarrollando una legislación civil y penal, para dar cobertura a los pacientes en su situación de vulnerabilidad<sup>(1,2,3)</sup>.

Pero no es hasta la Constitución española (1978), en sus artículos 10, 43 y 49, donde se recoge expresamente la regulación del derecho a la protección de la salud y a la dignidad y al libre desarrollo de la personalidad. Quedando plasmados los derechos relativos a la información clínica y la autonomía individual de los pacientes, desarrollándose posteriormente en la Ley 14/1986 de 25 abril<sup>(4,5)</sup>. Esta ley, destaca por un lado la voluntad de humanización de los servicios sanitarios, manteniendo el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual, y por el otro, que la organización sanitaria debe permitir garantizar la salud como hecho inalienable de la población.<sup>(4,5,6)</sup>

La ley 14/1986 General de Sanidad se hizo insuficiente y fue necesario desarrollar una nueva legislación, Ley 41/2002, que recoge de un modo ya patente el derecho de todo paciente a otorgar el CI<sup>(7,8)</sup>.

Siendo el cambio de la relación paciente-profesional, uno de los motores de toda esta transformación<sup>(1,2,3,9)</sup>.

### 2. El consentimiento informado

#### 2.1 Definición y conceptos

El consentimiento informado (CI) se puede definir como el acto mediante el cual, el profesional sanitario expone al paciente, familia o representante legal en una relación horizontal y no paternalista, toda la información referente a la naturaleza de su enfermedad (proceso, alternativas y consecuencias), en un lenguaje claro, cotidiano que el interlocutor pueda llegar a comprenderlo<sup>(2,3,10,11)</sup>.

Este derecho parte de la idea de que ningún profesional de la salud, puede cubrir las necesidades de un individuo sin consultar con él, es decir, sin su aprobación. Esto supone un reto, para todos estos profesionales que durante años han impuesto una actitud paternalista y autoritaria dando paso ahora a un modo de control de todos los procesos por parte de los usuarios. Los requisitos de la información que debe recibir cada paciente deben cumplir los criterios de calidad (comprensión), competencia (validez) y autenticidad (relación)<sup>(10)</sup>.

#### 2.2 El CI en el marco de la Ley 41/2002 y el uso correcto

Como ya se ha comentado, el consentimiento CI queda recogido, en los artículos 8, 9 y 10, de la Ley de autonomía del paciente, dónde se pueden encontrar los siguientes epígrafes:

Todo paciente debe dar su consentimiento libre y voluntario, tras ser informado de una forma correcta, es decir, adaptada a las necesidades, interés, peculiaridades y deseos de cada enfermo, y siendo el facultativo responsable quién decide el ritmo, cantidad y forma de ofrecerla intentando no sobrecargar al paciente. Toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad a no ser informada, haciendo constar por escrito dicha renuncia, esto no exime de otorgar su consentimiento previo a los procedimientos que se realicen. También la ley limita esta voluntad; por el interés de la salud del propio usuario, de terceros, de la colectividad y por las exigencias del caso.

Este consentimiento será verbal, por regla general, a excepción de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores, y en general, en aquellas aplicaciones de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, que será por escrito, pudiendo revocar su decisión en cualquier momento. Este documento debe de tener información sobre el procedimiento a realizar (beneficios, riesgos y alternativas, sí las hubiese), expresado de una forma, clara, sencilla y sin tecnicismos, para no producir sesgos en el entendimiento por parte del firmante, y también deberá incluir los datos del paciente, médico responsable, ambas firmas, fecha y lugar de la firma para considerarse válido.

También hace referencia a los proyectos docentes o de investigación, dónde el usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de usar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéutico, para tal fin, sin comportar riesgo adicional al paciente.

Los facultativos podrán llevar a cabo una intervención sin necesidad de contar con el consentimiento en dos casos. El primero cuando exista riesgo para la salud pública, aquí una vez tomadas las medidas oportunas se comunicará a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas. En el segundo cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica para el enfermo y no se puede conseguir su consentimiento, si fuese posible, se debería consultar a sus familiares, a las personas vinculadas a él o representante legal.

El CI se podrá conceder por representación cuando el usuario no sea capaz de tomar decisiones, siendo a criterio del médico responsable, cuando el paciente se encuentre incapacitado legalmente, cuando el usuario sea menor de edad y no sea capaz intelectualmente ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, , teniendo que escuchar la opinión del menor, si éste tuviera doce años cumplidos; en cambio si tuviera dieciséis años o se encontrase emancipado, no sería necesario el consentimiento por representación, aunque sí se informaría a la familia del riesgo. El papel de representante del paciente en los supuestos presentados lo ejercerá su representante legal, si no lo tuviera, los casos en que se necesitase el paciente ser representado, el consentimiento podrá ser otorgado por las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho<sup>(7,11)</sup>.

Por último decir que todo profesional sanitario que interviene en la actividad asistencial se encuentra obligado a informar y a respetar las decisiones tomadas por el paciente, dejándoles previamente un tiempo de reflexión para esa decisión <sup>(7,11,12,13,14)</sup>.

### 2.3 El CI bajo el marco enfermero

La enfermería tiene un papel importante en este tema, tanto en su labor interdependiente como independiente.

Como profesional sanitario, se debe velar por el cumplimiento del CI, siendo en ocasiones colaborador del facultativo responsable. La enfermería al tener un contacto más directo con el paciente, llega a conocer su forma de ser, su ambiente, sus conocimientos, sus dudas, etc., por lo tanto posee datos que pueden ser necesarios para ayudar al médico a la hora de dar la información, para que ésta sea la más adecuada para la posterior comprensión del enfermo.

Hay que considerar que aunque la información referente a la enfermedad, intervención o pruebas diagnósticas compete al facultativo responsable, en ocasiones la enfermería debe ayudar a esclarecer las dudas necesarias, para que el CI se obtenga de forma adecuada, siempre que sus competencias se lo permitan. De esta manera el usuario va a tomar sus propias decisiones de una forma libre, y sin miedos.

Por otro lado la enfermería en su labor independiente, debe proporcionar toda la información necesaria al paciente, para que éste pueda aceptar nuestros cuidados de una forma libre y no impuesta. Este consentimiento siempre será oral, a lo largo de nuestra relación durante su proceso <sup>(12,15)</sup>.

### 2.4 El CI bajo el punto de vista bioético

La bioética es una disciplina médica que analiza las dimensiones morales, estando diseñada para ofrecer un método que permita hacer presentes y analizar los aspectos éticos de un caso clínico <sup>(16)</sup>.

La bioética consta de tres pasos: exposición del caso clínico, comentario y consejo moral. El primero se ajusta a las normas de la historia clínica; en cuanto al comentario, se habla de los criterios médicos, preferencias del paciente y factores socioeconómicos; y por último el consejo moral, comenta la importancia de los hechos, las opiniones y las circunstancias a la luz de las categorías éticas <sup>(16)</sup>.

El CI se basa en el respeto a la persona (principio Kantiano), es decir, pertenece a una concepción moral en la que se dice que la dignidad del ser humano reside en su autonomía moral, y por tanto en su libertad, (principio de autonomía) <sup>(3)</sup>. El principio de autonomía, que se basa en la etimología griega, es la facultad para gobernarse y debe ser interpretado como un derecho moral y legal, teniendo en cuenta la capacidad del ser humano para pensar, sentir y emitir (ser racional) <sup>(10)</sup>.

Por tanto, el CI no es sólo una cuestión potestativa, sino un derecho del enfermo, y por tanto una obligación ético-jurídica central en las profesiones sanitarias y un parámetro fundamental de medida de la calidad asistencial <sup>(17)</sup>.

Se puede considerar que el núcleo del binomio paciente-profesional sanitario, implica un cambio moral en la concepción del usuario por parte del extremo contrario, el profesional. Este cambio ha pasado de elegir lo más beneficioso para el paciente, por parte del profesional, a que éste último ayude a descubrir y decidir lo que sea más beneficioso para sí mismo, existiendo dos límites iniciales a la decisión del usuario, lo que se

considera dañino o maleficente al resto de la sociedad (pudiéndolo nombrar lo médicamente contraindicado) o injusto (denominándolo lo económicamente no equitativo), acciones que un profesional no puede realizar aunque sea a petición autónoma del usuario. Este binomio en la sanidad, no es un mero acto, sino es un proceso, dicho de otro modo, el CI podemos entenderlo como la historia de una relación, la cual se narra en la historia clínica, está historia es dinámica, es decir, es cambiante a lo largo del problema a tratar, por eso, este consentimiento puede ser revocado por parte del paciente, a medida que esta dinámica va cambiando su estado de salud o consideraciones al respecto <sup>(17)</sup>.

Siempre ha existido controversia sobre la extensión de la información, desde el punto de vista legal, no existe claridad con respecto a esta materia, se habla del criterio de riesgo típico, es decir, se debe informar de los riesgos muy frecuentes y de los muy graves, aunque desde un punto de vista ético se entiende el CI como un proceso abierto. Parece lógico que la información a proporcionar, tiene que ser la que el usuario subjetivamente necesite para tomar una decisión. Una vez tomada (aceptar o rechazar la opción propuesta) comenzará un nuevo proceso de toma de decisiones. Ciertamente es que el rechazo por parte del usuario de la opción propuesta, es mal tolerada por los profesionales, aunque debe ser respetada y no debe nunca conllevar al abandono del paciente <sup>(17)</sup>.

Es necesario pensar que, si no hemos desarrollado nuestra capacidad para emitir un juicio racional, entonces careceremos de autonomía. Las decisiones y acciones autónomas pueden estar restringidas por factores internos (lesiones y disfunciones cerebrales) y factores externos (la persona tiene capacidad de autogobierno, pero no la puede emplear en una acción autónoma). En estos casos el derecho de la autonomía pasaría a un sustituto moralmente válido (la mayoría de las veces representado por un familiar) <sup>(10)</sup>.

### 3. CI versus profesionales sanitarios

Los profesionales sanitarios poseen una serie de creencias falsas sobre el CI, entre los que destacan el pensar que no es más que un mero invento del sistema jurídico para entorpecer su trabajo, el buscar solamente la firma del paciente / representante legal para autorizar el procedimiento, otra tendencia es creer que sí hacemos bien nuestro trabajo no deberíamos solicitar el CI a nuestro paciente, derivar únicamente la responsabilidad del procedimiento al profesional que firma el CI, considerar la poca necesidad que tienen los clientes de recabar información por no quererla o no necesitarla, o el presuponer que no pueden negarse o cambiar de alternativa ante cualquier tratamiento o procedimiento, también es frecuente por parte de la enfermería no solicitar el consentimiento a sus pacientes por creer que solamente le atañe al personal facultativo y pensar que esto tiene un coste "0" por parte de las gerencias <sup>(18)</sup>.

Es importante que los profesionales sanitarios puedan reconocer todas estas creencias, y obviarlas, para que el sistema sanitario cumpla con sus obligaciones éticas y jurídicas, y dar una buena calidad asistencial, basada en los derechos del usuario <sup>(18)</sup>.

Al analizar tres estudios de investigación, publicados, en los años 1999, 2001 y 2007, sobre la cumplimentación por parte facultativa del CI, se observa que aunque ha mejorado la información con respecto a todo lo relacionado con el proceso salud-enfermedad, desde la implantación de la Ley 41/2002, los usuarios reclaman el poder realizar más preguntas, para no terminar con

dudas sobre todo lo relacionado con su proceso. En cuanto a las técnicas a realizar en su mayoría se explican, aún más, si entran dentro de los supuestos, que según la Ley, deben ser firmados por el usuario. Otro hecho importante a recalcar, es que a pesar de la puesta en marcha de la Ley el paciente en la mayoría de los casos no participa en la toma de decisiones, siendo un mero espectador de los sucesos acontecidos, en su mayoría por desconocimiento de su derecho, y por la tradicional relación médico-paciente<sup>(19,20,21)</sup>.

## DISCUSIÓN

La bibliografía revisada afirma que el CI es más que un documento a firmar. Se trata de informar al paciente sobre el procedimiento/intervención a realizar, de una forma sencilla y clara, en un ambiente tranquilo, para que el usuario pueda comprenderlo. Siendo también necesario explicar los efectos secundarios y alternativas. Todo ello no es una mera información, sino que sirve como base para que el paciente pueda decidir de una forma autónoma y libre, entre las opciones ofertadas o rechazarlas.

En estudios publicados se puede observar que en muchas ocasiones, el profesional sanitario no realiza, o realiza de una forma inapropiada la transmisión de esta información, buscando solamente la firma del CI, esto, deja al paciente en una situación de desamparo, no entendiéndolo nada de lo que le pasa o le van a realizar, llegando incluso a la desconfianza del trato sanitario.

## CONCLUSIONES

En la actualidad, no deberíamos permitir que el cumplimiento de la Ley y de la fórmula del CI, se fundamente exclusivamente en una autorización por escrito del paciente, sino que debe garantizarse una información suficiente y adecuada a éste, que posibilite su consecuente consentimiento. Por ello, se hace necesario conocer el significado que otorga el profesional sanitario al CI, para así poder corregir los pensamientos o actitudes erróneas mediante la formación de estos. Esta formación ha de estar basada en la claridad del proceso del CI, desmitificando los errores que existen acerca del mismo, y que se llevan a cabo en la práctica.

También sería necesario explicar a los ciudadanos, este derecho en campañas publicitarias, ya que en su mayoría o lo desconocen o no lo ponen en práctica.

Si llegamos a alcanzar lo anteriormente expuesto, podríamos hablar de un sistema de calidad asistencial eficiente y eficaz, dejando que los usuarios puedan elegir dentro de un abanico de posibilidades (siempre que la situación lo permita), sabiendo que lo que eligen, es gracias a dos vertientes. La primera corresponde a la información percibida de su enfermedad y las explicaciones correspondientes a las alternativas existentes por encontrarse informados correctamente de todo lo relacionado con su proceso, teniendo una mayor confianza al profesional sanitario. Y la segunda a la libertad, que le corresponde como ser autónomo, a su decisión.

También cabe decir, que los trabajadores de la salud debemos corregir ciertos factores que solamente nosotros podemos modificar, un gran ejemplo de ello, se encuentra en el escaso

tiempo que un facultativo emplea en informar al paciente / familia, bien por falta de tiempo o de interés. Favorecer el ambiente, a la hora de ofrecer un tratamiento o procedimiento, es primordial, debiéndose realizar de una forma tranquila, calmada y sin ruidos. No cabe duda expresar que, en este apartado, hay que dejar al usuario un tiempo prudencial para concretar una decisión y poder aclararle las dudas que le surjan. Es en éste momento donde la enfermera/o tiene un papel primordial, basado en el diálogo con el facultativo responsable del paciente para llevar a cabo una actuación coordinada, con el fin de resolver las inquietudes del paciente que le permitan tomar una decisión libre sobre las actuaciones a realizar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. An. Sist. Sanit. Navarra. 2006 [acceso 3 de Junio 2011]; 29(3): 7-17. Disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/2307/1706>
2. Tena Tamayo C, Ruelas Barajas E, Sánchez González JM, Rivera Cisneros AE, Moctezuma Barragán G, Manuell Lee GR, Ramírez Ramírez A, et al. Derechos de los pacientes en México. Rev Med IMSS. 2002 [acceso 23 de Abril 2011]; 40(6): 523-529. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2002/im026k.pdf>
3. Galán Cortés JC. La responsabilidad médica y el consentimiento informado. Rev. Med. Uruguay. 1999 [acceso 20 de Junio de 2011]; 15: 5-12. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/1999v1/art2>
4. Constitución Española. 29 de Diciembre 1978. Boletín Oficial del Estado, nº 311, (29313-29424).
5. Ley General de Sanidad. Ley 14/1986, 29 de Abril. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (15207-15224).
6. Sánchez-Caro J. La ley sobre autonomía del paciente y su repercusión en las comunidades autónomas. Rev. Adm. Sanit. 2003 [acceso 15 de Junio 2011]; 1(2): 189-202. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261/la-ley-autonomia-paciente-su-repercusion-las-13048764-politica-sanitaria-2003>
7. Ley de Autonomía del Paciente. Ley 41/2002, 15 de Noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (40126-40132).
8. Rodríguez Alonso M. Las Bibliotecas del paciente ante la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía de paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. AABADOM. 2003 [acceso 17 de Agosto 2011]; 2: 11-24. Disponible en: [http://aabadom.files.wordpress.com/2009/10/76\\_0.pdf](http://aabadom.files.wordpress.com/2009/10/76_0.pdf)
9. Aparicio Zea N. Derecho de los Pacientes [monografía en Internet]. Perú: Monografias.com; 2010 [acceso 23 de Abril 2011]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos82/derecho-pacientes/derecho-pacientes2.shtml>
10. Islas-Saucillo M, Muñoz Cuevas H. El consentimiento informado. Aspectos bioéticos. Rev. Med. Hospital General de México S.S. 2000 [acceso 8 de Julio 2011]; 4 (63): 267-273. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2000/hg004h.pdf>
11. García Ortega C, Cózar Murillo V, Almenara Barrios J. La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la Ley 41/2002. Rev. Esp. Salud Pública. 2004 [acceso 15 de Abril 2011]; 78(4): 469-479. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1135-57272004000400005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1135-57272004000400005&script=sci_arttext)
12. Comité de Bioética de Cataluña. Guía sobre el consentimiento informado. 2002 [acceso 9 de Julio 2011]; 1-52. Disponible en: [http://www.nidoapp.com/files/ci\\_cataalunia.pdf](http://www.nidoapp.com/files/ci_cataalunia.pdf)
13. Gladys Bórquez E, Gina Raineri B, Mireya Bravo L. La evaluación

- de la capacidad de la persona: en la práctica actual y en el contexto del consentimiento informado. *Rev. Med. Chile.* 2004 [acceso 22 de Julio 2011]; 132 (10): 1243-1248. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872004001000013](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004001000013)
14. Idoate VM. La comprensibilidad del consentimiento informado. *Anales del sistema sanitario de Navarra.* 2000 [acceso 19 de Julio 2011]; 23 (1): 109-113. Disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewArticle/6820>
15. Busquets M. El consentimiento informado: una visión enfermera. *Bioética y Debate.* 1998 [acceso 15 de Julio 2011]; 4 (14): 11-15. Disponible en: [http://www.raco.cat/index.php/BioeticaDebat\\_es/article/viewFile/260219/347398](http://www.raco.cat/index.php/BioeticaDebat_es/article/viewFile/260219/347398)
16. Gracia Guillén D. *Fundamentos de Bioética.* 1ª ed. Madrid: EUDEMA Universidad. 1989.
17. Altisent Trota R, Delgado Marroquín MT, Jolín Garijo L, Espíldora MN, Martín Ruiz Moral R, Simón Lorda P, et al. Sobre bioética y medicina de familia (IV). *Revista Atención Primaria.* 2000 [acceso 17 de Marzo 2011]; 25(6): 438-440. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656700785374?via=sd>
18. Simón Lorda P. Diez mitos entorno al consentimiento informado. *Ant. Sist. Sanit. Navar.* 2006 [acceso 17 de Junio 2011]; 29(3): 29-40. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272006000600004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600004)
19. Guix Oliver J, Balaña Fort L, Carbonell Riera J, Simón Pérez R, Surroca Maciá R, Nualart Berbel L. Cumplimiento y percepción del consentimiento informado en un sector de Cataluña. *Rev. Esp. Salud Pública.* 1999 [acceso 26 Agosto 2011]; 73(6): 669-675. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57271999000600002&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57271999000600002&script=sci_arttext)
20. Herrero A, Reyes A, Gómez S, Donat E. Valoración del consentimiento informado por médicos y pacientes. *Revista de Calidad Asistencial.* 2001 [acceso 22 Agosto 2011]; 16(8): 706-713. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X01774520>
21. Simón P, Barrio IM, Sánchez CM, Tamayo MI, Molina A, Suess A, Jiménez JM. Satisfacción de los pacientes con el proceso de información y toma de decisiones durante la hospitalización. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2007 [acceso 18 de Agosto 2011]; 30(2): 191-198. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272007000300003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000300003)



FUNDACIÓN de  
la ENFERMERÍA  
de CANTABRIA

MONOGRAFÍA

**Nuberos Científica**

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

# Origen y evolución de la matronería

**Autoras:**

**Eva Díez Paz**

*Matrona. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. España.*

**Ana Casteleiro Vallina**

*Matrona. OSI Bilbao-Basurto. Hospital Universitario Basurto. Bilbao. Vizcaya. España.*

*Dirección para correspondencia:  
[ediez\\_paz@hotmail.com](mailto:ediez_paz@hotmail.com)*

Recibido: 18 de noviembre de 2014  
Aceptado: 25 de mayo de 2015

## RESUMEN

La matrona es un profesional con competencias que legal y jurídicamente les son reconocidas y que puede realizar de manera independiente, no sólo está preparada para poner un monitor o tomar la tensión en la mujer embarazada, sino que su trabajo va más allá participando en todas las etapas de la vida de la mujer, así como de la familia.

Por autonomía entendemos no “*depende de*” nadie para realizar ciertos actos así como asumir la responsabilidad de los mismos.

En la monografía se describirá brevemente la historia de la profesión así como la formación, o falta de ella, la práctica y la reglamentación que ha habido a lo largo de los tiempos para poder entender mejor la realidad actual.

### Palabras clave:

- Autonomía Profesional
- Parteras
- Historia de la Enfermería

## ABSTRACT

The midwife is a professional who has acquired competencies in the practice of midwifery which are legally recognized. They can work independently, moreover not only they are trained to monitor or check the blood pressure of pregnant woman, but also their work entails much more. They take part in all stages of life of woman as well as her family.

We mean by “autonomy” to freedom of not rely on others to perform certain acts, likewise to take the responsibility of them.

In this monograph will be describe briefly the history of midwifery as well as education or lack of it, the training and the regulation there has been throughout the ages in order to better understand current reality.

### Keywords:

- Professional Autonomy
- Nurse Midwives
- History of Nursing

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

La partera ha existido siempre, aunque con diferentes nombres según la época. Deriva su nombre de *Osbtetrix*, calificativo que se utilizaba para nombrar a las parteras en la antigua Roma. Esta palabra deriva del término *obstare* que se traduce como “*estar al lado*” o “*delante de*”, dándose finalmente a la palabra *obstetrix* el significado de “*mujer que está al lado de la parturienta y le ayuda*”. Los términos que actualmente más se utilizan son “*Comadrona*” y “*Matrona*”<sup>1</sup>.

Para entender quién es una matrona podemos usar la siguiente definición adoptada por la Reunión del Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, 19 julio de 2005, Brisbane (Australia), que reemplaza a la “*Definición de ICM de la Matrona*” de 1972 y las enmiendas de 1990 realizadas por la Confederación Internacional de Matronas<sup>2</sup>:

*“Una matrona es una persona que, habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de partería, debidamente reconocido por el Estado, ha terminado con éxito el ciclo de estudios prescritos en partería y ha obtenido las calificaciones necesarias que le permitan inscribirse en los centros oficiales y/o ejercer legalmente la práctica de la partería.*

*La matrona está reconocida como un profesional responsable y que rinde cuentas y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio, dirigir los nacimientos en la propia responsabilidad de la matrona, y proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción del nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia.*

*La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva y el cuidado de los niños. Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud”.*

A través de la definición entendemos que la matrona es un profesional que no sólo está para poner un monitor o tomar la tensión en la mujer embarazada, sino que puede trabajar profesionalmente de forma autónoma en todas las etapas de la vida de la mujer y de la familia.

La palabra autonomía proviene de las palabras griegas “*autos*” que significa “*uno mismo*” y “*nemein o nomos*” que significa “*ejercer dominio*” y es el origen de autogobierno<sup>3</sup>. Se puede definir como “*Considerar el juicio independiente para obtener un resultado deseado*”<sup>4</sup> y “*Habilidad para desempeñar funciones de forma independiente, sin tener supervisión cercana*”<sup>5</sup>.

## OBJETIVO

El objetivo principal es describir la evolución histórica de la matronería, así como la formación, la práctica y la reglamentación que ha habido a lo largo de los tiempos.

## METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos y se consultaron publicaciones relacionadas con el tema en webs oficiales como International Midwives o el Boletín Oficial del Estado. Como palabras clave se utilizaron los términos MeSH “*Professional Autonomy*”, “*History of Nursing*” y “*Nurse Midwifery*”.

ves". No se descartó ningún artículo por el tipo de publicación pero sí se excluyeron aquellos sujetos a pago. Los criterios de exclusión establecidos fueron artículos escritos en un idioma diferente al inglés o español y artículos de foro de opinión.

## EVOLUCIÓN HISTÓRICA

### 1. Contexto Histórico

Uno de los primeros libros en los que aparece reflejada la presencia de una matrona es en la Biblia, concretamente en el Antiguo Testamento. Esta primera comadrona fue Débora. Además, se menciona que las comadronas hebreas fueron mujeres que disfrutaban de una consideración distinguida y de gran prestigio social. También se describe el "parto complicado de Raquel", esposa de Jacob, siendo la primera muerte materna que se registra en la historia<sup>6</sup>.

En 1600 aC, también en la Biblia, se refleja que las comadronas debían ser mujeres en edad reproductiva, se habla del empleo de la silla de partos y se comenta como dos parteras hebreas fueron requeridas por José para que atendiesen a María en el momento del nacimiento, describiéndose un parto vaginal<sup>6</sup>.

A través de sus papiros, Egipto da muestras de la importancia de la obstetricia. El primero de ellos fue el Papiro de Ebers (1900 aC) que trata tanto de ginecología como de obstetricia y en él se describe, entre otros, la aceleración del parto cuando hay problemas y el pronóstico del recién nacido en función del llanto. El segundo fue el Papiro de Westcar (1700aC) que describe como se calcula la fecha probable de parto e instrumentos utilizados para favorecer el mismo, como los fórceps. Los principios básicos de la atención al parto derivan del cuerpo de conocimiento egipcio, sobre todo de Hipócrates y Aristóteles, aunque al carecer de observación directa del parto, sus teorías contenían errores<sup>6,7</sup>.

En Grecia, las parteras alcanzaron un elevado reconocimiento social y fueron muy respetadas por su pueblo debido a sus conocimientos sobre la mujer y la reproducción. Además de asistir al parto, realizaban el control del embarazo y promovían hábitos de vida saludables, prescribían afrodisíacos y anticonceptivos, inducían abortos, decidían sobre el futuro de los Recién Nacidos e incluso arreglaban casamientos. En esta época se distinguían dos tipos de matronas, las hábiles encargadas de los partos difíciles y las que asistían los partos normales. Sócrates, un filósofo ateniense, hijo de la una comadrona, utilizó el "arte de los partos"; la mayéutica, para "alumbrar" nuevos conocimientos<sup>1</sup>.

En el siglo III aC, pasaron a ser los hombres los encargados de asistir los partos lo que supuso una pérdida en el estatus profesional de las parteras dando lugar al comienzo del fin del monopolio de las comadronas<sup>6</sup>. Hubo alguna matrona, como Agnodiké, que se reveló ante tal hecho y siguió realizando partos disfrazándose de hombre, pero los médicos la denunciaron al ver sus ganancias reducidas. Agnodiké ganó el juicio, y desde entonces se decretó en Atenas que debía haber tres mujeres que asistieran el parto<sup>1</sup>.

En Roma era el senado quien dictaminaba quienes debían de ser parteras, "*parteras aprobadas en su oficio*", donde además de la ley de la costumbre que asociaba el arte de atender partos a las mujeres, estas debían tener una formación específica<sup>7</sup>.

El primer libro de texto escrito para comadronas del que se tiene constancia "*De Morbis Mulierum*" fue redactado por Sorano de Éfeso en el siglo II dC. En él se ponía énfasis en la importan-

cia de saber leer y escribir para la comadrona, indicaba cuáles eran sus funciones, debía de haber sido madre y no ser demasiado joven. Aparecían además las cualidades que él consideraba importantes para ser una buena matrona, estas eran: buena memoria, paciente, moral para inspirar confianza, constitución fuerte y mente sana; debe transmitir confianza y seguridad en situaciones de peligro así como conocer diferentes ramas de la medicina. En el mismo libro se daban instrucciones sobre el cuidado normal del niño<sup>7,8</sup>.

Poco se escribió entre los siglos V y XV sobre las matronas en Europa. Por las escasas referencias existentes, se sabe que la comadrona ocupaba una posición humilde y que predominaban las que carecían de conocimientos científicos y habilidad. No obstante, también existían parteras con elevadas nociones que asistían a la alta nobleza<sup>9</sup>.

Una de las comadronas más importantes del periodo medieval fue Trótula, considerada una matrona magistral y mujer sabia "*Matrona magistral et mulier sapiens*". Escribió una obra titulada "*De Millierum Passionibus Arte Ante, in et Postpartum*", basada en los escritos de Sorano y en la que se trataban diversos temas como la protección del periné, nutrición en el embarazo o métodos para expulsar a los fetos muertos<sup>10</sup>.

En esta época, además, se originó una fuerte asociación entre brujería y asistencia al parto y a la embarazada y puesto que la Iglesia la perseguía, empezó a hostigar a las parteras a las que diferenciaba entre brujas blancas, *comadronas sabias* que practicaban sin maldad, y brujas negras o *comadronas malvadas* que practicaban el mal<sup>11</sup>.

A finales de la Edad Media ya se reconocían a las parteras cuatro funciones bien diferenciadas<sup>1,7,10</sup>:

1. Función Religiosa: es una de las funciones actualmente olvidada. Las matronas eran las encargadas de realizar el bautismo de urgencia en aquellos casos en los que se preveía la muerte del recién nacido tras un parto difícil.
2. Función asistencial a la gestante en el parto, al recién nacido y a la puerpera: función que en la actualidad continúa. Podían asimismo ser solicitadas para prácticas abortivas. Las matronas también eran las encargadas de realizar las cesáreas para la extracción fetal, práctica que pasaría a manos de los médicos cirujanos a partir del siglo XVI; es a partir de entonces cuando la matrona pasa a realizar los partos de bajo riesgo sin complicaciones, siendo atendidos el resto de partos por cirujanos.
3. Función educativa: la partera debía tener conocimiento de remedios medicinales para tratar alteraciones ginecológicas, de remedios para abortar, así como consejos para conseguir un embarazo. Estos conocimientos generalmente se transmitían de generación en generación a través de la práctica diaria.
4. Función jurídico-legal: actuaban como perito ante el juez en casos de infidelidad en el matrimonio y servían de testigos en los partos, lo cual tomaba una gran relevancia en los temas relacionados con las herencias.

Las bases de la obstetricia como ciencia comienzan a instaurarse durante el siglo XVI debido al estudio de la anatomía y la fisiología humana. Desde Sorano de Éfeso la innovación había sido bastante escasa en este campo<sup>1,12</sup>.

Las comadronas de los siglos XVI y XVII fueron mujeres expertas tanto en la atención al parto como en la salud de mujeres y niños y continuaban cumpliendo las funciones legales y

religiosas que les eran reconocidas y que les daban cierto poder social, aunque su formación continuaba siendo deficitaria<sup>1,12</sup>.

Louise Bourgeois fue una de las matronas más reconocidas de la historia. Nacida en 1563 y de origen francés, su actitud y conocimientos la llevaron a ser conocida como “*la más diestra de las Comadronas de su época*” y fue nombrada partera de la corte de Enrique IV<sup>1,12</sup>.

El aumento del prestigio de la obstetricia en el siglo XVIII se deberá a la difusión del fórceps, hecho que favorecerá el reconocimiento de los hombres en detrimento de las parteras, y a las investigaciones realizadas sobre la fisiología del parto o las distocias<sup>1,12</sup>.

Durante el siglo XIX la matronería sufrirá un proceso lento hasta convertirse en la Especialidad de Obstetricia y Ginecología. La matrona más notable de esta época es Madame La Chapelle, directora de la Maternidad de París, y su reconocimiento se debe a la introducción de una nueva maniobra en el uso del fórceps que lleva su nombre<sup>1,12</sup>.

En el siglo XX se asume que tanto la formación como la investigación son imprescindibles para conseguir un nivel profesional óptimo y se produce un reconocimiento legislativo lo que logrará la profesionalización de las comadronas<sup>12</sup>.

## 2. España

En España, el conocimiento sobre la historia de la matronería se amplía a partir de la Edad Media debido al aumento de referencias literarias e iconográficas que se conservan de esta época, es por ello que repasemos la historia de nuestro país a partir del periodo medieval.

El siglo XV supone la vuelta al reconocimiento y prestigio de las matronas, algunas fueron llamadas para asistir el parto de diferentes reinas, entre ellas, María de Oto quién atendió el parto de María de Castilla y “*la Herradera*”, matrona sevillana, que asistió el parto de Isabel la Católica<sup>1,10</sup>. En esta época, la profesión era reconocida a través de la legislación<sup>10,11</sup>:

- En 1434 en las Cortes de Zamora y en 1448 las Ordenanzas de Madrigal, permitían el libre ejercicio del oficio a las comadronas si estas demostraban conocimientos y probaban que tenían experiencia.
- En 1477 las leyes del Real Tribunal del Protomedicato establecen las condiciones del ejercicio sanitario para los diferentes profesionales, quedando fuera de esta regulación las matronas, ya que no se consideraba a la obstetricia un tema de especial relevancia.
- En 1498 los Reyes Católicos promulgaron una *Pragmática* sobre el oficio de la partería, que a pesar de ser reconocida legalmente, la profesión continuaba siendo un oficio mal remunerado.

En el siglo XVI, Felipe II prohibió examinar a las comadronas, lo que supuso otro varapalo a la profesión y la situó en posición de desprestigio y subordinación, aunque continuaron ejerciendo libremente hasta 1750. Además, aparecieron multitud de libros en los que se aportaban conocimientos sobre el embarazo, parto y puerperio, los cuidados del recién nacido y las funciones y tareas de la matrona; todos ellos escritos por hombres<sup>1</sup>.

En el siglo XVII aparecen conflictos entre las matronas y los cirujanos por las incursiones de estos en el oficio de la partería sin que ello supusiera una mejora en la atención a la embarazada. Por ello, diferentes matronas solicitaron autorización para ejercer la profesión libremente<sup>1</sup>.

El siglo XVIII supuso el fin de la exclusividad de las comadronas en la asistencia a partos de bajo riesgo convirtiéndose la profesión en un acto quirúrgico, y se modificó la postura del parto para favorecer la comodidad del asistente. A pesar de que las mujeres seguían sintiéndose más cómodas con la presencia de comadronas, al pasar a ser atendidos los partos en la alta sociedad por varones con diferentes instrumentos, se generalizó la creencia de que sería más seguro parir con un cirujano que con una matrona por ello la matrona quedó relegada a la población con escasos recursos económicos<sup>1,7,10</sup>.

A partir de entonces se redujeron las competencias de las comadronas para encomendárselas a los cirujanos varones. Se publicó el libro “*La Cartilla nueva, útil y necesaria para instruirse las Matronas, que vulgarmente se llaman Comadres, en el arte de partear*” de Antonio Medina. Este es el libro que las matronas de la época debían aprender para superar el examen que por Ley debían realizar ante el Real Tribunal del Protomedicato a mediados del siglo XVIII<sup>1,7,10</sup>.

En el siglo XIX la situación académico - legal de la partera se regula a través de sucesivas leyes<sup>1,7,10,11</sup>:

- Real Orden de 25 de octubre de 1845, por la que se convalidan los títulos de Matrona expedidos por el Protomedicato de Navarra antes de 1844.
- En 1857 se dicta la “Ley General de Instrucción Pública”, propuesta por el Ministro Claudio Moyano, siendo sin duda, la más importante de la época pues creará el Título de Matrona, estableciéndose las condiciones necesarias para su obtención en el artículo 41.
- Real Orden de 21 de noviembre de 1861. Aparece un reglamento provisional para las enseñanzas de las parteras en el que se establece una duración mínima de 4 semestres.
- 16 de noviembre de 1888, Reglamento que sustituye al anterior y en el que aparecen las condiciones para poder presentarse al examen de matrona: haber cumplido 20 años, ser viuda o casada con permiso del esposo, tener justificación de buena vida y costumbres alabadas por el párroco y haber cursado la primera enseñanza elemental completa.

La aparición de anuncios en los periódicos locales de la primera matrona de la Casa de Socorro de Granada, evidencia la mala situación por la que atraviesan las parteras en esta época. Esta matrona, muy valorada debido a sus conocimientos, gran trayectoria y prestigio profesional, pasa de estar avalada por el médico a ser la ayudante del mismo<sup>1</sup>.

En el siglo XX se reorganizan los estudios de Matrona en dos cursos académicos. Aparece la primera Escuela de Matronas “*La Casa de Salud de Santa Cristina de Madrid*” que forma matronas desde 1924, siendo en 1931 adscrita a la Facultad de Medicina de Madrid como Escuela Oficial de Matronas. En mayo de 1929 se celebra el I Congreso Nacional de Matronas en Madrid y en septiembre del mismo año se celebra el I Congreso Internacional en Barcelona<sup>11</sup>.

A partir de 1930 se hace obligatoria la colegiación de las comadronas, década en la que se establecieron los Estatutos de los Colegios Oficiales de Matronas; lo que consigue aumentar el respeto de los médicos por las parteras<sup>1,7</sup>.

En 1953, a través de un Decreto del Ministerio de Educación Nacional, se unifican las profesiones de practicante, enfermera y matrona en un único título, ATS (Ayudante técnico sanitario) y una orden del 25 de enero del 1954 provocará la disolución de los Colegios de Matronas<sup>1,7</sup>.

En 1957 se creó la Especialidad de Asistencia Obstétrica (matrona) para ATS; se requería estar en posesión del título de ATS, tener menos de 45 años y ser mujer. Las enseñanzas de matrona eran en régimen de internado y la formación teórico-práctica de un año de duración. Se estableció además una formación compuesta por 40 temas<sup>1,7</sup>.

En 1973, el Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo recoge a las comadronas como auxiliares o ayudantes del médico y por tanto deben seguir las instrucciones de este<sup>1,7</sup>.

En 1977 se produce la integración de los ATS en la universidad pasando a ser Diplomados Universitarios de Enfermería (DUE), se empiezan a diferenciar así la profesión médica y enfermera, la nueva legislación permite a las enfermeras trabajar como docentes en las universidades. En 1980 se suprime la limitación por género a los estudios de matrona y se deroga el internado. En 1986 se cierran las escuelas de matrona por no adaptarse a la normativa europea<sup>1,7</sup>.

En 1987, el Real Decreto 992, regula las Especialidades de Enfermería en España y se crea la especialidad de Enfermería Obstétrico-ginecológica o Matrona, además se especifica que los programas deben ajustarse a la normativa europea quedando derogado el plan anterior. Esta regulación tuvo como consecuencia el cierre de los centros formativos hasta que en 1992 se aprueba el nuevo programa de formación y es en 1994 cuando inicia la formación la primera promoción de especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica por el sistema EIR, vigente en la actualidad<sup>1,7</sup>.

Con el nuevo plan de formación se pretende alcanzar nuevos retos, pues evoluciona de la sola atención en el momento del nacimiento a la prestación de cuidados especializados tanto en la salud sexual como reproductiva, incluyendo aspectos preventivos y educativos.

En la actualidad, el Real Decreto 55/2005, de 21 de enero, establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado. Tras el Real Decreto 450/2005 aparecen nuevas especialidades de enfermería, siendo un total de 7 y tras la Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica<sup>13-15</sup>.

## DISCUSIÓN

La historia de la matronería ha estado marcada por la evolución de las distintas sociedades; el carácter patriarcal de éstas ha desatado el declive de la partería, profesión que tradicionalmente ha sido realizada por y para mujeres. La circunstancia de la inaccesibilidad de estas a la educación, derecho del que no gozaban, fue aprovechada por los cirujanos para escribir libros sobre el embarazo y el parto e impartir enseñanza, pasando a ser la máxima autoridad en un terreno que les había sido vedado durante siglos.

Las matronas han pasado por periodos de gran reconocimiento y autonomía profesional pero la normativa creada en cada época, que depende de otros profesionales de la salud, ha llevado a situar en un estatus de inferioridad a la matrona respecto del médico, siendo sometidas al control y jerarquía de éste, como bien refleja el ejemplo de la primera matrona de la Casa de Socorro de Granada o, más actualmente, el Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo de 1973 que recoge en su artí-

culo 67 que las matronas deben ejercer la función de auxiliar del médico cumplimentando las instrucciones que reciba del mismo (orden actualmente derogada).

## CONCLUSIONES

Es importante destacar el papel que las matronas tienen en el proceso de la maternidad, de igual manera en la atención integral en la vida sexual y reproductiva de la mujer desde la adolescencia hasta la menopausia. Son profesionales perfectamente cualificados y preparados para acompañar en los diversos procesos a la mujer y la familia y alertar cuando alguna situación se desvía de la normalidad.

En la actualidad, a pesar de que la matrona es un profesional reconocido internacionalmente, en España el desarrollo de las competencias de la profesión no solo difiere en cada comunidad autónoma sino que también es diferente en cada institución sanitaria, lo que limita el avance de la profesión.

## BIBLIOGRAFÍA

- Macías Seda J, Gómez Salgado J. Fundamentos de la Enfermería Obstétrico- Ginecológica. Madrid: Fuden; 2007.
- International Midwives [Internet] Países Bajos: International Confederation of Midwives. 2005 [citado 10 Abr 2014]. Disponible en: <http://www.internationalmidwives.org/global/esp%C3%B1ol/definici%C3%B3n-internacional-de-matrona-de-la-icm.html>
- Mazo Álvarez HM. La autonomía: principio ético contemporáneo. Revista Colombiana de Ciencias Sociales. 2012;3(1):115-132.
- Keenan J. A concept analysis of Autonomy. J Adv Nurs. 1999;29(3):556-62.
- Blanchfield KC, Biordi DL. Power in Practice: a study of Nursing Authority and Autonomy. Nurs Adm Q. 1996;20(3):42-9.
- García Martínez MJ, García Martínez AC. Fechas claves para la historia de las matronas en España. Revista de historia de la enfermería. 1999;(5):243-260.
- Cruz Hermida J. Las matronas en la historia desde la mitología a nuestros días. Madrid: Plaza; 2007.
- Valle Racero JI. El saber y la práctica de las matronas: desde los primeros manuales hasta 1957. Matronas prof 2002;3(9):28-35.
- García Martínez AC, García Martínez MJ, Valle Racero JI. La imagen de la matrona en la Baja Edad Media. Revista Híades de historia de la enfermería. 1997;(5):61-84.
- Towel J, Bramall J. Comadronas en la historia y en la sociedad. Barcelona: Masson; 1997.
- Cabré M, Ortiz T. Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX. Barcelona: Icaria; 2001.
- Conde Fernández, F. Parteras, comadres, matronas. Evolución de la profesión desde el saber popular al conocimiento científico. Lanzarote: Discursos Académicos; 2011.
- Real Decreto 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado. Boletín Oficial del Estado, 25 de enero de 2005, núm 21, p 2842 - 2846.
- Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Boletín Oficial del Estado, 6 de mayo de 2005, núm 108, p 15480-15486.
- Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Boletín Oficial del Estado, 28 de mayo de 2009, núm 129, p 44697-44729.

# Plan de cuidados estandarizado durante el puerperio inmediato del parto normal

**Autoras:**

**Izaskun Laurrieta-Saiz**

Residentes de 2º año de la Especialidad  
Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona).  
Área de partos, Residencia Cantabria.  
Cantabria. España.

**Alicia Alonso-Salcines**

Residentes de 2º año de la Especialidad  
Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona).  
Área de partos, Residencia Cantabria.  
Cantabria. España.

**Ana Rosa Alconero-Camarero**

Profesora Titular de Enfermería Universidad de  
Cantabria. Cantabria. España.

**María Teresa Gil-Urquiza**

Supervisora Área de partos, Residencia Can-  
tabria. Directora del Área Docente. Matrona.  
Cantabria. España.

**Oihane Terán-Muñoz**

Residentes de 2º año de la Especialidad  
Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona).  
Área de partos, Residencia Cantabria.  
Cantabria. España.

**Marta López-Mirones**

Residentes de 2º año de la Especialidad  
Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona).  
Área de partos, Residencia Cantabria.  
Cantabria. España.

Se trata del último Plan de Cuidados Estandarizado de los tres publicados en las últimas revistas y correspondientes a las tres fases del "parto normal". En este caso el correspondiente al puerperio inmediato.

Dirección para correspondencia:  
izasls@hotmail.com

Recibido: 4 de marzo de 2015  
Aceptado: 25 de mayo de 2015

**RESUMEN**

El puerperio inmediato se define como la etapa comprendida desde el final del alumbramiento hasta el momento en el cual las puérperas reciben el alta hospitalaria en un parto normal.

Para la elaboración de este plan de cuidados estándar presentamos los siguientes objetivos: (1) Identificar las necesidades físicas, psicológicas y sociales de la mujer en el proceso del puerperio inmediato (2) Establecer los planes más adecuados para resolver las necesidades identificadas en las mujeres durante este periodo.

La valoración se ha realizado de manera focalizada siguiendo una perspectiva bifocal de los cuidados; identificamos complicaciones potenciales o problemas interdependientes y diagnósticos de Enfermería según la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association. Para los diagnósticos se identifican los criterios de resultados Nursing Outcomes Classification, e intervenciones Nursing Interventions Classification.

En España las publicaciones sobre planes de cuidados relacionados con el proceso del nacimiento elaborados por matronas son escasos, de ahí la importancia socio sanitaria que adquiere la presentación de este plan de cuidados estandarizado.

**Palabras clave:**

- Plan de cuidados estandarizado
- Diagnósticos de enfermería
- Puerperio
- Matrona

**ABSTRACT**

The immediate postpartum period is defined as the stage ranging from birth until the end of which time postpartum women are discharged in the case of a normal delivery. For the preparation of this plan standard care present the following objectives: (1) Identify the physical, psychological and social needs of women in the process of immediate postpartum period (2) Establish the most appropriate plans to meet the needs identified in women during this period.

The assessment was conducted in a targeted manner following a bifocal perspective of care; identify potential complications or interdependent problems and nursing diagnoses according to the taxonomy North American Nursing Diagnosis Association. For diagnostic criteria results Nursing Outcomes Classification, Nursing Interventions Classification and interventions are identified.

In Spain the studies published literature on plans related to the birth process developed by midwives care are scarce, hence the importance healthcare partner that acquires the presentation of this standardized care plan.

**Keywords:**

- Patient care planning
- Nursing diagnosis
- Postpartum period
- Midwife.

**INTRODUCCIÓN**

El puerperio es el periodo comprendido desde el final del alumbramiento hasta la recuperación progresiva, anatómica y funcional, de las modificaciones gravídicas. Es un proceso involutivo donde las zonas y órganos corporales que han sufrido cambios durante la gestación, sufren una regresión hasta su estado pregrávidico, excepto la glándula mamaria que mantiene su desarrollo hasta el final de la lactancia materna<sup>1,2</sup>. La finalización de este periodo es imprecisa, aunque se estiman unos 45 a 60 días<sup>1</sup>, determinado por el retorno menstrual, e íntimamente relacionado con la lactancia materna<sup>3</sup>.

Desde un punto de vista clínico, se pueden establecer tres etapas. La primera, el puerperio inmediato que comprende las primeras 24 horas, de las cuales las dos primeras horas representan un periodo crítico de vigilancia, por el mayor riesgo de hemorragia; la segunda, puerperio mediato, clínico o precoz, abarca desde las 24 horas hasta el décimo día posparto, y es considerado el periodo involutivo más importante; y la tercera fase o puerperio tardío comprendida entre el 11 y el 42 día posparto (6 semanas)<sup>2,3</sup>.

No hay un consenso entre países en relación a la duración de la estancia hospitalaria. Se observa cómo ha disminuido rápidamente en las últimas décadas. La duración de la hospitalización postnatal para un parto vaginal sin complicaciones en Australia,

Canadá, Reino Unido, Estados Unidos y Suecia oscila entre dos y tres días, o menos. En algunas zonas de Estados Unidos, a mediados de los años noventa las estancias hospitalarias de 12 a 24 horas se han convertido en la práctica estándar después de un parto vaginal sin complicaciones<sup>4</sup>. Mientras que, en España, en 1997, el promedio de esta estancia hospitalaria era de 4 días<sup>5</sup>, actualmente no supera las 48 horas después de un parto normal.

La Academia Americana de Pediatría denomina alta hospitalaria temprana la que acontece antes de las 48 horas postparto<sup>6</sup>. En la práctica, las definiciones del término "alta precoz" varían entre los países en función del modelo estándar de atención que han proporcionado en el pasado<sup>4</sup>. Boulvain (2004)<sup>7</sup> definió el alta precoz como el periodo en el cual la mujer recibe el alta entre las 12 y 72 horas posparto, mientras que Smith-Hanrahan y Deblois<sup>8</sup> consideran un alta precoz cuando se produce antes de 60 horas después del parto.

La revisión sistemática de Brown<sup>4</sup> describe los efectos beneficiosos que proporciona el alta precoz en las primeras 24 horas, continuada con el seguimiento de la matrona, bien en su centro de salud y/o con atención domiciliaria. Sin embargo, las limitaciones metodológicas, la heterogeneidad en las definiciones y el escaso número de participantes de los estudios incluidos hacen que los hallazgos no fueran concluyentes. El alta hospitalaria precoz comparada con el tratamiento habitual en madres con embarazos y partos normales sin complicaciones que finalizan

con el nacimiento de hijos/as sanos/as, se relacionó con un aumento no significativo del riesgo de reingreso. El grupo de madres que recibió el alta precoz comparado con las que recibieron el cuidado habitual tuvieron menor probabilidad de presentar depresión, de no amamantar y de comunicar problemas relacionados con la alimentación del hijo/a, aunque estas diferencias no fueron significativas.

La Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal (GAPN)<sup>9</sup> y la Guía de Práctica Clínica de Atención al Embarazo y Puerperio (GAEP)<sup>10</sup> sugieren ofrecer el alta hospitalaria antes de las 48 horas a aquellas mujeres cuyos hijos/as hayan nacido a término y sin complicaciones, siempre que se pueda garantizar un adecuado seguimiento.

El control del puerperio hospitalario realizado por matronas ha sido analizado en diversos estudios. En una revisión sistemática de la Cochrane, Hatem (2008)<sup>11</sup> comparó los resultados obtenidos tras la implantación de un modelo de cuidados liderados por matronas, en comparación con un modelo liderado por obstetras o médicos de familia. Los resultados de esta revisión confirmaron que la atención liderada por matronas proporcionaba beneficios para la madre y el recién nacido (RN), como ingresos hospitalario más cortos y aumento de las tasas de inicio de la lactancia materna; sin observarse un mayor incremento de eventos adversos puerperales. En resumen, desde el punto de vista de la gestión de los recursos sanitarios y teniendo en cuenta que uno de los objetivos es normalizar y humanizar la atención al nacimiento, se recomienda que los servicios prestados durante el puerperio hospitalario sean liderados por una matrona, identificando aquellos casos que se desvíen de la normalidad, derivándolos al médico especialista<sup>11</sup>.

En España la GAPN y la GAEP dicen que *“Se recomienda que durante el puerperio hospitalario la atención y cuidados a las madres y sus bebés sean coordinados y prestados por una matrona, identificando a aquellos casos que puedan requerir cuidados adicionales o atención especializada”*<sup>9,10</sup>.

Los estudios publicados sobre planes de cuidados (PC) elaborados por matronas son escasos<sup>12,13</sup>, de ahí la importancia socio sanitaria que adquiere la presentación de este PC estandarizado. Sin embargo, algunos hospitales de la red sanitaria española los han incorporado en la práctica clínica<sup>14,15</sup>.

El plan de cuidados estandarizado (PCE) que se presenta aborda las primeras 48 horas tras el parto, momento en el que habitualmente las púerperas reciben el alta hospitalaria después de un parto normal. La valoración se ha realizado de manera focalizada siguiendo una perspectiva bifocal de los cuidados; por una parte, identificamos complicaciones potenciales (CP) o problemas interdependientes y, por otra diagnósticos de Enfermería (DdE) según la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)<sup>16</sup>. Para los DdE se identifican los criterios de resultados NOC (Nursing Outcomes Classification), e intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification)<sup>17</sup>.

## OBJETIVOS

- (1) Identificar las necesidades físicas, psicológicas y sociales de la mujer en el proceso del puerperio inmediato.
- (2) Establecer los planes más adecuados para resolver las necesidades identificadas en las mujeres durante este periodo.

## VALORACIÓN FOCALIZADA

La valoración de la púerpera se realiza mediante la historia clínica, la entrevista y la exploración física durante su estancia en la planta de puerperio<sup>3, 16</sup>, teniendo en cuenta los siguientes puntos:

### Estado General.

Valoración física y psíquica del estado general de la púerpera, incluyendo los cambios anímicos para detectar precozmente estados depresivos.

### Constantes vitales.

Se valoran cada 12 horas, tensión arterial, frecuencia cardiaca y temperatura corporal, salvo situaciones específicas que requieran controles más exhaustivos (cefaleas, anemia, mareos, astenia, hipertensión arterial, etc). Importante controlar la aparición de fiebre postparto (temperatura superior a 38 °C después de las primeras 24 horas tras el parto), identificando una posible infección puerperal, ya sea de tracto urinario, uterina, herida quirúrgica, etc<sup>9</sup>.

### Dolor.

Se valoran las características del dolor que presentan las púerperas y la intensidad según la Escala Visual de Analgesia (EVA).

### Micción.

Tanto el proceso del parto como el uso de la analgesia epidural, si es utilizada, modifica el patrón de eliminación urinaria. Sin olvidar que tras el nacimiento, la sobrecarga hídrica corporal adquirida en el embarazo ha de eliminarse, y la vía urinaria es la principal. Se valorará la diuresis a las 6-8 horas postparto. Si tras este periodo no se produce el vaciado espontáneo, se animará a la púerpera a realizar una micción espontánea, tomar un baño de agua caliente o el uso de analgesia oral para disminuir el dolor y así conseguir relajarse. Si con estas medidas no consigue la micción, se realizará un sondaje vesical para evitar la retención urinaria.

### Evacuación intestinal.

El vaciado intestinal se valora en las primeras 24 horas. Los cambios hormonales y la readaptación abdominal que tienen lugar en el postparto, enlentecen el tránsito intestinal. En situaciones específicas (desgarros, episiotomías o hemorroides), se puede añadir el factor “dolor y miedo” aumentando las posibilidades de que se produzca un pseudoestreñimiento. Ofrecer a estas mujeres que refuercen su alimentación con fibras naturales e ingesta de líquidos, sería una de las recomendaciones con una fuerte evidencia. Y si a pesar de estas medidas no consigue la evacuación intestinal, se dará la opción de laxante estimulante u osmótico<sup>9</sup>.

### Exploración uterina.

Durante el puerperio inmediato, el útero se sitúa a la altura del ombligo y disminuye su tamaño a razón de un través de dedo por día, debido a los procesos de contractilidad e involución uterina. Si este proceso involutivo no se produce durante los tiempos establecidos, se sospechará de la presencia de alguna complicación potencial<sup>17</sup> (atonía uterina, retención de membranas o retención urinaria).

**Loquios.**

Secreción postparto que se origina en la cavidad uterina, compuesta por decidua necrótica, sangre, restos de tejido de granulación y exudado. El aspecto de los loquios será hemático, disminuyendo progresivamente (cantidad medida: menor que una regla), sin la presencia de coágulos o mal olor.

En cuanto a la duración de los loquios la lactancia o el estrógeno/progesterona de los anticonceptivos no parecen afectar, aunque las mujeres con predisposición a la hemorragia si suelen tener una duración mayor<sup>11</sup>.

**Periné.**

Si se ha realizado una episiotomía o se ha producido un desgarro durante el parto se revisará el proceso de cicatrización, valorando la aparición de dehiscencia de la zona de la sutura, edema, hematoma, dolor o signos de infección<sup>9</sup>.

**Mamas.**

Se evalúan en ambas mamas la turgencia, presencia de grietas o signos inflamatorios y las características del pezón.

**Observación de la lactancia materna.**

Se valora la postura corporal de la madre y del RN, colocación de la boca, tiempo de amamantamiento, y el vínculo establecido, así como otros aspectos relacionados.

**Aspectos emocionales.**

Promover el apoyo necesario para que la púérpera adquiera un sentimiento de confianza y competencia respecto a la maternidad. Se debe fomentar el vínculo madre-hijo/a, favorecer la cohabitación, el contacto piel con piel, el colecho con el RN y fomentar la implicación paterna en los cuidados del recién nacido.

**COMPLICACIONES POTENCIALES**

Las CP en el puerperio pueden ser principales (tabla 1) y secundarias (tabla 2), es por ello que la matrona tiene que identificar los signos y síntomas que impliquen alteraciones en la salud de la mujer, aplicar el tratamiento derivado de la prescripción médica y actuar si procede ante cualquier complicación.

**Tabla 1. Complicaciones potenciales principales e intervenciones NIC.**

Hemorragia secundaria a atonía uterina, retención de membranas, desgarros vaginales, episiotomía. NIC: Disminución de la hemorragia: útero posparto (4026)
Trombosis venosa profunda/ superficial secundaria a la hipercoagulabilidad fisiológica del propio proceso homeostático. NIC: Manejo de la terapia trombolítica (4270)
Retención urinaria secundaria a analgesia epidural. NIC: Cuidados de la retención urinaria (0620)
Dolor agudo (entuetos) secundario al proceso involutivo del útero por la liberación de oxitocina. NIC: Manejo del dolor (1400)
Infección puerperal secundaria a retención de membranas. NIC: Control de infecciones (6540)
Complicaciones de la mama secundarias a la lactancia materna. NIC: Asesoramiento en la lactancia (5244)

**Tabla 2. Complicaciones potenciales secundarias e intervenciones NIC.**

Caídas secundarias a analgesia epidural, debilidad músculo esqueléticas (provocadas por posturas en el proceso del parto). NIC: Prevención de caídas (6490)
Estreñimiento secundario a hemorroides, desgarros, episiotomía. NIC: Manejo del estreñimiento/Impactación fecal (0450)
Hematoma perineal secundario a la presencia de un vaso sangrante no suturado durante el proceso de reparación perianal. NIC: Cuidados perineales (1750)

Las intervenciones de enfermería relacionadas con la prescripción médica comienzan con las pruebas diagnósticas, tales como la extracción sanguínea para el análisis de la concentración de hemoglobina y hematocrito. Esta prueba está indicada, si durante el proceso del parto la púérpera ha presentado una hemorragia o algún signo de riesgo relacionado. Con respecto al tratamiento, se prescribe: ingesta oral de hierro o endovenoso. Sin embargo, según las recomendaciones de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio del Sistema Na-

cional de Salud (SNS), y otras publicaciones<sup>11</sup>, los controles rutinarios realizados de recuento de leucocitos y hemoglobina tras un parto normal, no han demostrado que aporten mayor valor para determinar el posible riesgo de complicaciones. Además afirman que sólo estaría indicada su solicitud en caso de que se observasen signos de hemorragia, anemia o infección<sup>9,11</sup>.

Si la mujer refiere dolor o fatiga, síntomas más frecuentes que se observan en el puerperio<sup>9</sup>, puede solicitar la administración de analgésicos que no estén contraindicados en caso de

Izaskun Laurrieta-Saiz, Alicia Alonso-Salcines, Ana Rosa Alconero-Camarero, María Teresa Gil-Urquiza, Oihane Terán-Muñoz y Marta López-Mirones

lactancia materna (paracetamol o AINES). Ibuprofeno® de 600 mg, eficaz en reducir el dolor causado por la involución uterina, siendo igual o más efectivos que los opioides<sup>11</sup>, mientras que el paracetamol en dosis no superiores a 4000 mg/día, es más utilizado para aliviar el dolor perineal tras el parto<sup>9</sup>. Al cabo de la primera semana, en general, el dolor se resuelve espontáneamente<sup>11</sup>.

La cabergolina, es un agonista de los receptores de la dopamina e inhibidor de la secreción de prolactina, provoca una disminución de los niveles plasmáticos basales e interrupción de la liberación de prolactina asociada a la succión del recién nacido.

Igualmente, se administrará la vacuna de la Rubeola, en púerperas seronegativas durante el embarazo.

La administración de Gammaglobulina Anti D, en el caso en el que la mujer sea Rh(D) negativo, el neonato Rh(D) positivo

y el test de Coombs directo e indirecto sea negativo, se debe administrar a la madre un dosis estándar(300 µg) de inmunoglobulina anti-D por vía intramuscular, en las primeras 72 horas siguientes al nacimiento<sup>11,18</sup>.

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

En este PCE se formulan los siguientes diagnósticos de enfermería (DdE)<sup>16,17</sup>: “Disposición para mejorar el proceso de maternidad”, “Ansiedad”, “Baja autoestima situacional” y “Disposición para mejorar la lactancia materna” (tablas 3, 4 y 5 ). Es importante tener en cuenta a la familia e incluirla en el PCE ya que está implicada en el puerperio inmediato.

**Tabla 3. DdE, resultados NOC e intervenciones NIC.**

(00208) DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL PROCESO DE MATERNIDAD: patrón de reparación, mantenimiento y refuerzo de un embarazo, alumbramiento y cuidado del recién nacido saludable.
NOC
<p>CONDUCTA DE LA SALUD MATERNA EN EL POSPARTO (1624)</p> <p>(162401) Se adapta al papel materno. (162402) Establece un vínculo con el lactante.  (162403) Examina el fondo uterino. (162404) Controla los cambios de los loquios.  (162405) Mantiene los cuidados del perineo. (162409) Controla los signos y síntomas de infección.  (162411) Controla el dolorimiento del pezón. (162416) Obtiene asistencia sanitaria cuando se producen señales de alerta.  (162417) Utiliza estrategias de control efectivo del dolor.  (162418) Utiliza técnicas de control del estrés.  (162420) Controla el estado de comodidad.  (162421) Mantiene una ingesta adecuada de nutrientes.  (162422) Mantiene una ingesta adecuada de líquidos.  (162432) Utiliza el apoyo familiar.</p> <p>*Puntuación global: (1) Nunca demostrado (2) Raramente demostrado (3) A veces demostrado (4) Frecuentemente demostrado (5) Siempre demostrado.</p> <p>RESULTADO: CONOCIMIENTO: SALUD MATERNA EN EL PUERPERIO (1818)</p> <p>(181801) Sensaciones físicas normales después del parto.  (181803) Flujo vaginal normal.  (181804) Cambios mamarios.  (181805) Patrones de involución uterina.  (181807) Higiene perineal.  (181808) Cuidados de la episiotomía.  (181828) Cuándo obtener ayuda de un profesional sanitario.</p> <p>*Puntuación global: (1) Ningún conocimiento (2) Conocimiento escaso (3) Conocimiento moderado (4) Conocimiento sustancial (5) Conocimiento extenso.</p> <p>ESTADO MATERNO: PUERPERIO (2511)</p> <p>(251101) Equilibrio emocional. (251103) Presión arterial.  (251104) Frecuencia cardíaca. (251105) Circulación periférica.  (251106) Altura del fondo uterino. (251107) Características de los loquios.  (251110) Curación perineal.  (251112) Temperatura corporal.  (251114) Eliminación urinaria.  (251115) Evacuación intestinal.  (251125) Dolor incisional.  (251126) Fatiga.</p> <p>*Puntuación global: (1) Ningún conocimiento (2) Conocimiento escaso (3) Conocimiento moderado (4) Conocimiento sustancial (5) Conocimiento extenso.</p>

NIC CUIDADOS POSPARTO (6930) DISMINUCIÓN DE LA HEMORRAGIA: ÚTERO POSPARTO (4026)
La puntuación diana de resultados dependerá del indicador o indicadores prescritos por la matrona.
Tabla 4. DdE, resultados NOC e intervenciones NIC.
(00146) ANSIEDAD: Sensación vaga e intraquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta automática (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.
Factores relacionados: - Cambio en: el entorno, el estado de salud, la función del rol, el estatus del rol. - Asociación familiar. - Crisis situacionales.
NOC
RESULTADO: AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS (1302) (130205) Verbaliza aceptación de la situación. (130208) Se adapta a los cambios en desarrollo. (130214) Verbaliza la necesidad de asistencia. (130223) Obtiene ayuda de un profesional sanitario.  RESULTADO: MODIFICACIÓN PSICOSOCIAL: CAMBIO DE VIDA (1305) (130501) Establecimiento de objetivos realistas. (130513) Expresiones de apoyo social adecuado.
NIC AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO (5230)
La puntuación diana de resultados dependerá del indicador o indicadores prescritos por la matrona.
Tabla 5. DdE, resultados NOC e intervenciones NIC.
(00106) DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA LACTANCIA MATERNA: La diada madre-hijo presenta un patrón de competencia y satisfacción que es suficiente para mantener el proceso de lactancia materna y puede ser reforzado.
NOC
RESULTADO. ESTABLECIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA: MADRE (1001) (100101) Comodidad de la posición durante la alimentación. (100102) Sostiene el pecho manteniéndolo en forma de "C". (100107) Interrupción de la succión antes de retirar al lactante del pecho. (100109) Evitar utilizar una tetina con el lactante. (100113) Reconoce rápidamente los signos de hambre.  * Puntuación global: (1) Inadecuado (2) Ligeramente adecuado (3) Moderadamente adecuado (4) Sustancialmente adecuado (5) Completamente adecuado.  RESULTADO. ESTABLECIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA: LACTANTE (1000) (100001) Alineación y unión adecuadas. (100004) Succión y colocación de la lengua correctamente. (100007) Mínimo de ocho tomas al día. (100009) Heces sueltas, amarillentas y grumosas por día según la edad. (100010) Aumento de peso adecuado para su edad.  * Puntuación global: (1) Inadecuado (2) Ligeramente adecuado (3) Moderadamente adecuado (4) Sustancialmente adecuado (5) Completamente adecuado.
NIC ASESORAMIENTO EN LA LACTANCIA (5244) AYUDA EN LA LACTANCIA MATERNA (1054)
La puntuación diana de resultados dependerá del indicador o indicadores prescritos por la matrona.

Otro de los diagnósticos posibles que puede incluirse en este periodo puerperal es el "afrontamiento familiar comprome-

tido", sin embargo, debido a las limitaciones de las normas de publicación no puede ser incluido.

## IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Los PCE son herramientas de trabajo eficientes en la profesión, permiten unificar terminología, mejoran la intercomunicación entre las usuarias y los profesionales, y favorecen líneas de investigación y actuación en el área independiente de las enfermeras especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica. Todo ello, conduce a una mejora en la calidad y desarrollo en la práctica clínica específica, así como en la práctica general de la atención sanitaria.

Es fundamental, proporcionar un acompañamiento continuo de la matrona durante esta fase, para detectar precozmente posibles complicaciones en el puerperio inmediato, el establecimiento de un vínculo apropiado entre la madre y su hijo/a, y mejorar la satisfacción de la mujer y su acompañante.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cassella CA, Gómez VG, Maidana Roa DJ. Puerperio normal. Rev. posgrado Cátedra 2000; [citado 8 Dic 2014]; 100:2-6: [aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista100/puerperio\\_normal.htm](http://med.unne.edu.ar/revista/revista100/puerperio_normal.htm).
2. Socarras- Ibáñez N, Perez- Medina M, Leonard- Castillo A. Enfermería Ginecoobstétrica. La Habana: ECM; 2009.
3. Hernández -Alcántara A. Puerperio y lactancia. En: Usandizaga Beguiristáin JA, Fuente Pérez P. Obstetricia y Ginecología. 4º ed. Madrid: Marbán Liros S.L.; 2011.p. 259-269.
4. Brown S, Small R, Faber B, Krastev A, Davis P. Alta hospitalaria postnatal temprana para madres sanas y recién nacidos a término (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
5. INE. Instituto Nacional de Estadística. Madrid 1997; [2000; citado 9 de dic 2014]. Disponible: [www.ine.es/prensa/np160.doc](http://www.ine.es/prensa/np160.doc)
6. Committee on fetus and newborn: Estancia en el hospital de los recién nacidos a término sanos. *Pediatrics* (ed. español). 1995;40:264-266.
7. Boulvain M, Perneger TV, Othenin-Girard V, Petrou S, Berner M, Irion O. Home-based versus hospital-based postnatal care: a randomised trial. *BJOG*. 2004;111:807-13
8. Smith-Hanrahan C, Deblois D. Postpartum early discharge: impact on maternal fatigue and functional ability. *Clin Nurs Res*. 1995;4:50-66.
9. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPrac-ClinPartoCompleta.pdf>
10. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10.
11. Hatem M, Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;8:CD004667.
12. López-Mirones M, González-Maestro M, Alconero-Camarero AR, Gil-Urquiza MT, García-González C, Alonso-Salcines A. Plan de cuidados estandarizado durante la fase de dilatación del parto normal. *Nuber Científ*. 2014;2:48-57.
13. García-González C, Terán-Muñoz O, Alconero-Camarero AR, Gil-Urquiza MT, González-Maestro M, Laurrieta-Sáiz I. Plan de cuidados estandarizado durante el periodo expulsivo y de alumbramiento en el parto normal. *Nuber Científ*. 2015;2:56-64.
14. Generalitat Valenciana Conselleria de Sanitat [Internet]. Valencia. Plan de cuidados en el parto vaginal. [actualizado 2015; citado 20 dic 2014] Disponible en: [http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18126/Plan+de+cuidados+en+el+parto+vaginal2\\_2010.pdf](http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18126/Plan+de+cuidados+en+el+parto+vaginal2_2010.pdf).
15. Complejo hospitalario de Toledo [Internet]. Castilla La Mancha. Planes de cuidados estandarizados (GACELA) Puerperio (NIC). [actualizado 2010; citado 20 dic 2014]. Disponible en: [http://www.cht.es/cht/cm/cht/tkContent?pgseed=1355000622133&idContent=7732&locale=es\\_ES&textOnly=false](http://www.cht.es/cht/cm/cht/tkContent?pgseed=1355000622133&idContent=7732&locale=es_ES&textOnly=false)
16. Heather Herman T. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2012-2014. NANDA International. Madrid: Elsevier;2013.
17. Johnson M, Bulechek GM, Butcher H, Maas ML, McCloskey Dochterman J, Moorhead S, et al. Interrelaciones NANDA, NIC y NOC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2a ed. Madrid: Masson Elsevier;2007.
18. Berens P, Lockwood C J, Barss VA. Overview of postpartum care. *Walthman (MA)*; 2011 [cited 2015 Feb 20]. Available in: [www.uptodate.com/](http://www.uptodate.com/)



Sra Directora:

He leído el editorial del último número de la Revista Nuberos Científica, firmada por su Directora, Asesora de Investigación y Vicepresidenta del Colegio. Tengo una mezcla de estupor e indignación, lo que me lleva a escribir estas líneas.

En su escrito, la Directora de la revista hace una reflexión sobre la calidad de la investigación en Enfermería y en un párrafo que comienza: " En mi opinión...", nos viene a decir que para investigar hacen falta una serie de cualidades – hasta aquí todo de acuerdo-, " de las que en general nuestro colectivo carece", pasando a enumerarlas, yo aquí no lo voy a hacer. Deduzco que por su trayectoria como investigadora y Asesora de Investigación de nuestro Colegio que su opinión que deja reflejada en esta editorial está sustentada por estudios recientes, los cuales solicito si es tan amables de facilitarnos a los que estamos preocupados como usted por nuestra profesión y podamos compartir su punto de vista.

La investigación es hacer ciencia como muy bien sabe y defiende, y aunque usted tiene libertad para expresar su opinión en una editorial y emitir sus opiniones siempre es coherente basarlas en datos exactos, fidedignos y publicados en medios de prestigio. Como estoy en total desacuerdo con su opinión, pasaré a exponer de manera empírica mis argumentos:

En Cantabria desde hace tres años, más de 300 Diplomados hemos realizado el curso de Adaptación al Grado en la Universidad de Cantabria (UC) y otros en otras del resto del Estado, cada uno hemos tenido que realizar un Trabajo Fin de Grado y en el caso de Cantabria defenderlo ante un tribunal. La UC lleva organizando un Máster de Investigación de Cuidados desde hace 2 años y otro de Gestión Integral e Investigación en Heridas Crónicas desde hace 4 años, unos 150 trabajos, además de los que cada profesional ha realizado fuera de éste ámbito.

El premio Sor Clara lleva celebradas 11 trabajos se han presentado en estos 11 años? La Revista que usted dirige, lleva publicados 13 números y ha publicado 85 trabajos. Pero tampoco me olvido de del Taller de Investigación que usted dirige desde hace años, cada grupo de alumnos ha de realizar un trabajo.

Tenemos ya Enfermeras Doctoras y doctorandas, los cursos y talleres del Colegio están siempre repletos. La profesión enfermera es una de las que más formación postgrado realiza en nuestro país y en la mayoría de los casos fuera de su horario de trabajo.

Permítame preguntarle ¿está usted segura de que esa falta de cualidades es el problema de la investigación en Enfermería?. En mi humilde entender, el problema de la actividad investigadora de nuestra profesión reside en el lastre por la falta de formación recibida durante nuestros estudios, además de la poca antigüedad que existe en esta disciplina, llevamos pocos años investigando en comparativa con otras profesiones que llevan siglos haciéndolo. A mí me sorprendería justo lo contrario.

¿No le parece que es más importante emitir un mensaje positivo a nuestras compañeras/os de profesión, explicando que en menos de 30 años hemos pasado de ATS a DUES, Grados, Máster oficial y Doctorado?

¿No sería mas justo alentar y alentarnos a seguir en la brecha apuntado los tantos logrados en vez de ir minando nuestro avance con nuestros – a su parecer-defectos?

Después de todo lo argumentado yo creo que sí tenemos esas cualidades que usted dice que nuestra profesión carece.

Atentamente

**Pedro Cabeza Díaz: Colegiado A2389**

Miembro del Grupo de Educación e Investigación de la Federation of Occupational Health Nurses within European Union (FOHNEU)

## “Cuidado de enfermería. Reflexiones entre dos orillas”

Vera Regina Waldow (Coord.)  
Cuadernos Index/6, Granada. España.  
Primera edición, 2014  
ISBN: 978-84-941986-8-7

***Tal como muestra la frase empleada para la difusión de este texto por la Fundación Index, “Dos orillas de un mismo mar desde donde reflexionar sobre las fronteras del conocimiento sobre el cuidado humano”.***

Se trata de un texto con un conjunto de ocho capítulos –sobre el cuidado– escritos por enfermeras de reconocido prestigio de España y de Sudamérica. Ocho capítulos divulgativos que, a la vez, animan a la reflexión y al debate.

Vera Regina Waldow, que además de coordinadora del texto firma el primer capítulo (“El cuidado integral del ser humano”), presenta, desde el plano filosófico, la consideración sobre el cuidado. Argumenta que es un fenómeno que debe darse con uno mismo y con el otro. Por lo tanto, tiene dimensiones fenomenológicas y holísticas. Tras el desarrollo de su capítulo, Waldow finaliza transmitiendo e implicando estos conceptos a la enfermera como cuidadora profesional.

Fabiola Hueso Navarro escribe sobre los factores que han condicionado el desarrollo de la enfermería en España, y sobre el cuidado como esencia de su identidad. Tras un recorrido histórico, expone que la escasa valoración del cuidado, haciéndolo invisible (hecho potenciado por la fascinación de la tecnología y la medicalización de la salud), desvían el verdadero sentido de la profesión. Las consecuencias, manifiesta la autora, que se entorpece el desarrollo de una profesión autónoma como la Enfermería.

Concha Germán Bes y cols. presentan “La relación entre globalización y salud y el reto de cuidar”. Además de referirse a que la globalización no es un fenómeno nuevo, recordando las conquistas de América por europeos (con la consiguiente transmisión a los indígenas de enfermedades propias de este continente), concluyen que la globalización tiene consecuencias en la salud, tanto para los países empobrecidos como para los desarrollados. Los autores plantean, como reto, diversas razones por las que el cuidado no tiene valor de mercado; entre ellas, su invisibilidad, aunque puntualiza que, quizá, seamos las mismas enfermeras quienes lo invisibilicemos.

De nuevo, Vera Regina Waldow escribe sobre la paradoja del cuidado enfermero. Contraponiendo la figura de la enfermera caracterizada como “dependiente” (con modelo biomédi-

co, sumisa a la autoridad y con normas sujetas a prescripciones y ordenes médicas), con la enfermería investigadora y reflexiva, con su propia metodología de cuidados, con su pensamiento crítico, con sus prácticas basadas en evidencias, poniendo especial énfasis sobre el cuidado y promoviendo su autonomía profesional.

Dos estudiantes en diplomatura en técnico de Enfermería, Cássia Regina Deorristt y Patricia Andrades de Oliveira, aluden a la humanización en el cuidado y su difícil conceptualización, considerando que se trata de un proceso para promover que la persona vulnerable afronte de forma positiva los desafíos vividos en su condición de enfermo hospitalizado; impregnado, además, por los cuatro principios éticos: la autonomía, la benevolencia, la no maleficencia y la justicia.

Vera Regina Waldow escribe en el sexto capítulo sobre el trabajo colaborativo en salud como responsabilidad de la enfermera en la perspectiva del cuidado. Para explicarlo, expone que el paciente constituye el enfoque del cuidado, que todas las acciones y actividades se deben desarrollar centrándose en él y su familia. Además, coloca la enfermera en el epicentro de esas actividades. En su opinión, la enfermera coordina las actividades terapéuticas para que sean ejecutadas por el equipo de enfermería. Ella es la “orquestadora” de todo el proceso de trabajo que se está planificando para el paciente en la institución. La enfermera es el profesional más preparado, aunque debe contar con la colaboración de todos los implicados, y con todos ellos deberá compartir siempre la responsabilidad.

El séptimo capítulo presenta un tema relativamente novedoso en el campo del cuidado: “El cuidado mediado por la música”. Escrito por Eliseth Rivero Leao, quien, tras un recorrido por los filósofos clásicos, llega a la enfermería moderna y a la utilización de la música como un medio más para el cuidado de la salud. Hace referencia a la importante producción científica sobre el tema en bases de datos de prestigio. Concluye que se trata de un enfoque incipiente en nuestro terreno.

Por último, el volumen termina con un capítulo referido a un tema candente y de actualidad: “Género e inmigración en el cuidado familiar a mayores dependientes”, escrito por Rosa Casado-Mejía. Tras el aporte de diversos datos estadísticos, la autora explica las características del género femenino inmigrante implicado en el cuidado a personas dependientes de la población española. Una de las grandes singularidades de este colectivo es el amor a sus hijos como motor impulsor de sus actos, lo que les ayuda a sobrellevar las adversidades del nuevo proceso de inserción social.

En definitiva, este “Cuidado de enfermería. Reflexiones entre dos orillas” es un libro cuyos textos merece la pena revisar, al menos por capítulos. Además, contiene una vasta bibliografía para su consulta y está a disposición de los usuarios en la biblioteca del Colegio de Enfermería de Cantabria.

**Pilar Elena Sinobas.** Enfermera. Directora del Aula de Investigación en Cuidados del Colegio de Enfermería de Cantabria.



# Agenda =

## AGENDA DE CONGRESOS – JORNADAS

### 40º CONGRESO NACIONAL DE LA SEDEN

Valencia, del 6 a 8 de Octubre de 2015

Organizado por la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

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

### XXXIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

Gijón, del 14 al 16 de Octubre de 2015

Organizado por la Sociedad Española de Calidad Asistencial

Información: [http://congreso.calidadasistencial.es/secapasqal2015/presentacion\\_es\\_66.php](http://congreso.calidadasistencial.es/secapasqal2015/presentacion_es_66.php)

### CONGRESO NACIONAL DE ASEEDAR-TD

“DESPERTAMOS ILUSIONES HACIÉNDONOS VISIBLES”

Palma de Mallorca, del 14 al 16 de Octubre de 2015

Organizado por la Asociación Española de Enfermería de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor

Más Información:

<http://www.congresoaseedar-td2015mallorca.com/modules.php?name=webstructure&idwebstructure=1>

### VIII JORNADAS NACIONALES DE LA ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

“YO CUIDO, TU CUIDAS, NOSOTROS CUIDAMOS”

Cáceres, 15 y 16 de Octubre de 2015

Organizado por la Asociación de Enfermería Comunitaria

Más información: <http://www.enfermeriacomunitaria.org/web/index.php/jornadas2015-inicio>

### 20º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA HEMATOLÓGICA

Valencia, del 22 al 24 de Octubre de 2015

Organizado por la Asociación Nacional de Enfermería Hematológica

Más información: <http://www.aneh.es>

### XI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA

Zaragoza, del 28 al 30 de Octubre de 2015

Organizado por la Asociación Española de Enfermería Quirúrgica

Más información: <http://www.11enfermeriaquirurgica.com>

### XIX ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS

Cuenca, del 17 al 20 de Noviembre de 2015

Organizado por Investen-isciii

Más información: <https://encuentros.isciii.es/cuenca2015/>

### FORO I+E 2015 II FORO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN Y EDUCACIÓN SUPERIOR EN ENFERMERÍA II CONGRESO VIRTUAL DE INVESTIGACIÓN Y EDUCACIÓN SUPERIOR EN ENFERMERÍA

### II ENCUENTRO DE INVESTIGACIÓN DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA Y DISCIPLINAS AFINES

Granada (España), 12-13 de noviembre de 2015

Fundación Index.

## CURSOS DE VERANO DE LA UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

### URGENCIAS PEDIÁTRICAS PREHOSPITALARIAS. ACTUALIZACIÓN Y MANEJO

Laredo, del 29 de junio al 1 de Julio de 2015

Duración 12 horas lectivas

Número de plazas: 40 plazas

Más información: [http://web.unican.es/cursosdeverano/Cursos/Paginas/Detalle-curso.aspx?p\\_id=2268](http://web.unican.es/cursosdeverano/Cursos/Paginas/Detalle-curso.aspx?p_id=2268)

### ABORDAJE INTEGRAL Y ÚLTIMOS AVANCES EN DEMENCIAS Y ENFERMEDAD DE PARKINSON

Laredo, 6 y 7 de Julio de 2015

Duración: 14 horas lectivas

Número de plazas: 40 plazas

Más información: [http://web.unican.es/cursosdeverano/Cursos/Paginas/Detalle-curso.aspx?p\\_id=2294](http://web.unican.es/cursosdeverano/Cursos/Paginas/Detalle-curso.aspx?p_id=2294)

### PRÁCTICA CLÍNICA EN ENFERMERÍA A PERSONAS CON ALTERACIONES CARDIOVASCULARES (IX EDICIÓN)

Laredo, del 13 al 15 de julio de 2015

Duración: 20 horas lectivas

Número de plazas: 40 plazas

Más información: [http://web.unican.es/cursosdeverano/Cursos/Paginas/Detalle-curso.aspx?p\\_id=2265](http://web.unican.es/cursosdeverano/Cursos/Paginas/Detalle-curso.aspx?p_id=2265)

### TRABAJO EN EQUIPO: CÓMO MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES SIN MORIR EN EL INTENTO

Laredo, 20 y 21 de Julio de 2015

Duración: 12 horas lectivas

Número de plazas: 40 plazas

Más información: [http://web.unican.es/cursosdeverano/Cursos/Paginas/Detalle-curso.aspx?p\\_id=2329](http://web.unican.es/cursosdeverano/Cursos/Paginas/Detalle-curso.aspx?p_id=2329)

### INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD. DESDE LA REFLEXIÓN A LA ACCIÓN

Laredo, 27 al 29 de agosto

Duración 20h.

Plazas limitadas

[http://web.unican.es/cursosdeverano/Sedes/Paginas/Detalle-curso.aspx?p\\_id=2292](http://web.unican.es/cursosdeverano/Sedes/Paginas/Detalle-curso.aspx?p_id=2292)



## Normas de publicación de manuscritos

**NUBEROS CIENTÍFICA** es una publicación de carácter científico de la Fundación de la Enfermería de Cantabria, cuyos principales objetivos son promover la investigación científica enfermera y difundir la producción científica entre los profesionales de Enfermería de Cantabria y de otras Autonomías.

En ella tienen cabida todos los temas relacionados con aspectos clínico-asistenciales, de metodología científica de trabajo (NANDA, NIC, NOC), de calidad de cuidados, de aspectos sociosanitarios o comunitarios, de salud laboral, de salud medioambiental, de gestión, de docencia y de formación. Todo ello con la perspectiva de la **enfermería basada en la evidencia científica**.

Las normas para la publicación de trabajos, estudios o proyectos están basadas, fundamentalmente, en las Normas de Vancouver para la uniformidad de manuscritos presentados a Revistas Biomédicas y se describen a continuación:

1. Normas generales de publicación.
  - Trabajos o estudios científico técnicos.
  - Trabajos o estudios de investigación de carácter cualitativo.
2. Ilustraciones.
  - Tablas y gráficos.
  - Fotografías.
3. Referencias bibliográficas.
4. Normas éticas.
5. Relación de documentos que deben contener los trabajos para enviar a NUBEROS CIENTÍFICA.

### 1. NORMAS GENERALES DE PUBLICACIÓN

Los manuscritos de los trabajos se podrán enviar a la dirección electrónica del Colegio de Enfermería de Cantabria, en cuya web se encuentra la información relativa al envío.

Se enviará con una carta de presentación solicitando la publicación, donde constará, expresamente, si el trabajo ha sido o no presentado o publicado en otro evento o revista científica. Además, si existe o no conflicto de intereses.

Es conveniente conservar copia del trabajo.

Los trabajos deberán realizarse y presentarse en procesador de textos programa Word y en Excel o Power Point para gráficos.

La extensión máxima será de 4.000 palabras (caracteres con espacios) y al escribir el trabajo en Word se tendrá en cuenta que:

- Tipo de letra será Time New Roman, cuerpo 12, espaciado e interlineado normales.
- Evitar 'negritas', subrayados o mayúsculas para resaltar.
- Deberán evitarse las abreviaturas o siglas y, cuando sean necesarias, se explicará (la primera vez) entre paréntesis su significado. Se exceptúan las unidades de medida del Sistema de Medidas Internacional.
- Utilizar entrecomillados "..." para citas textuales.
- Utilizar entrecomillados "...'" para referencias, títulos o nombres técnicos.
- Utilizar cursiva cuando se utilicen palabras en otro idioma o en latín.
- Las páginas irán numeradas consecutivamente en el ángulo superior derecho.
- En la **primera página** se incluirá, por orden:
  - Título del artículo, que deberá ser conciso y lo suficientemente informativo.
  - Nombre y dos apellidos de los autores (máximo seis).
  - Lugar de trabajo, departamento e institución.
  - Identificación de autor responsable para la correspondencia del manuscrito y su dirección electrónica.
  - Apoyos recibidos (si existieran) para la realización del estudio o trabajo.

Todas las personas que figuran como autores (profesionales de Enfermería) deberán estar cualificadas para ello, en caso contrario y con su permiso, podrán figurar en la sección de agradecimientos.

Nuberos Científica declina cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos que se publiquen en al Revista.

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

- Justificación.
- Metodología.
- Conclusiones importantes.
- Propósito del estudio (objetivo).
- Resultados relevantes.
- Aportación del trabajo a la comunidad científica o a la sociedad.

Al final del resumen se incluirán las palabras clave (de 3 a 10 palabras o frases cortas), que permitirán indexar el artículo en las bases de datos. Serán en lenguaje MeSH y DeSH.

En las **siguientes páginas** se incluirá el texto del trabajo o estudio, dividiendo claramente los apartados del mismo.

Los **trabajos o estudios científico-técnicos** deben seguir (de manera general) las fases de la metodología científica:

1. Título
2. Introducción-Justificación.
3. Objetivos: general y específicos.
4. Metodología (material y métodos).
5. Resultados.
6. Discusión-Conclusiones. Aportación del trabajo a la comunidad científica o a la sociedad.
7. Bibliografía.
8. Anexos.

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

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

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

1. Título.
2. Introducción, antecedentes y estado actual del tema. Marco teórico.
3. Hipótesis. Objetivos.
4. Metodología.
5. Aspectos éticos.
6. Utilidad de los resultados, en relación a la comunidad científica y a la sociedad.
7. Plan de trabajo.
8. Experiencia del equipo investigador.
9. Medios disponibles y necesarios.
10. Bibliografía.
11. Relación de anexos.

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

1. Resumen. Abstract
2. Palabras clave
3. Introducción-Justificación. Análisis de la situación y/o estado actual del tema. Marco teórico.
4. Objetivo.
5. Metodología búsquedas bibliográficas
6. Análisis de resultados.
7. Discusión
8. Conclusiones
9. Agradecimientos
10. Bibliografía

Las **cartas al director** serán dirigidas a la Sra. Directora y el texto tendrá una extensión de 700 palabras, una sola tabla, figura o gráfico y un máximo de 5 referencias bibliográficas.

### 2. ILUSTRACIONES

**Ilustraciones, tablas, gráficos, fotografías o dibujos:**

Se incluirán en el texto del manuscrito en el lugar donde correspondan. Serán sencillas, con título breve y las abreviaturas se explicarán al pie. Es conveniente que sean de formato similar. Deben estar correctamente referenciadas en el texto. Serán de alta resolución (300 ppp).

### 3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Deben presentarse correlativamente según el orden de aparición en el texto (se utilizarán números con la opción *superíndice*).

Se recomienda un máximo de 30 referencias, que deben basarse en las normas del National Library of Medicine [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

### 4. NORMAS ÉTICAS

- Se indicará, expresamente y cuando se trate de experimentación humana, si los procedimientos empleados han respetado los criterios éticos de los comités responsables.
- Del mismo modo, si se trata de experimentación animal.
- No se identificará a los pacientes o enfermos ni con nombres o ni con iniciales.
- Las fotografías, si existieran, no identificarán a las personas.
- Se solicitará a personas e instituciones su consentimiento para realizar el trabajo.
- Se adjuntará (en anexos) fotocopias de los permisos o autorizaciones, así como el dictamen del Comité de Bioética o de Ensayos Clínicos de la Comunidad Autónoma.

### 5. RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE DEBEN CONTENER LOS MANUSCRITOS:

Los trabajos deben enviarse a: [colegio@enfermeriacantabria.com](mailto:colegio@enfermeriacantabria.com)

- Carta de presentación.
- Certificado de autoría.
- Texto del manuscrito, incluyendo las ilustraciones o fotografías.
- Archivos con imágenes o ilustraciones (archivos con formato .jpg, .tif, .eps,...)