



Enfermería Cuidándote

Publicación Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Málaga

Sumario

SEPTIEMBRE 2018

- 2 Editorial:
- 3 Artículo: **Lactancia Materna Ineficaz: intervención comunitaria desde la Matrona en Málaga. Caso clínico.**
- 11 Artículo: **Prevalencia del dolor crónico en pacientes con deterioro cognitivo. Protocolo de investigación**
- 21 Artículo: **La parentalidad positiva como herramienta para empoderar a los progenitores. Revisión narrativa.**
- 27 Entrevista: **El Colegio premia los mejores expedientes del grado de Enfermería 2018.**
- 29 Reportaje: **Encuentro Internacional entorno al racionamiento de los Cuidados de Enfermería.**

EDITA

Ilustre Colegio Enfermería Málaga
C/Juan Herrera 38 29009 Málaga
952 395 320
www.colegioenfermeriamalaga.com
info@colegioenfermeriamalaga.com

DIRECCIÓN

Comité editorial de la Revista
Cuidándote.

MAQUETACIÓN

Victoria Contreras Blancas



UNA PRÁCTICA ENFERMERA DIGNA Y EN CUALQUIER LUGAR

Juan Antonio Astorga

Presidente Colegio Enfermería Málaga

Desde hace prácticamente 12 años se vienen produciendo los efectos de una crisis, que desde entonces se anunciaban extensos y profundos. Los jóvenes son los más perjudicados. Se han ido endureciendo las condiciones de acceso a la carrera e incrementando las oportunidades de más desarrollo académico, y sin embargo son casi imposibles los contratos de trabajo y los escasos, son de poca duración.

Si el deseo de trabajar- con todo lo que conlleva por ser esencial para tener un medio de vida y de desarrollo profesional- no se ve cumplido en tu propio país porque no hay contratos o éstos son irrisorios, la salida “forzada” se fue convirtiendo en la más habitual. Ahora, sea por el efecto Brexit o por un leve incremento de la contratación, más bien los dos juntos, apreciamos retorno, aún condicionado a que mejoren las condiciones aquí.

En todo este tiempo, incluso antes, los enfermeros que han trabajado aquí han sufrido los recortes (trabajar por dos) la disponibilidad (tres días aquí, dos allá y después no sé dónde, eso sí con el teléfono abierto y cerca) y en situaciones de interinidades largas el pensamiento: qué será de mi futuro después de tanto tiempo en el que he aguantado tanto.

Pensemos también en una enfermera/o en una residencia geriátrica, o en un centro hospitalario privado, en los que en general tiene más carga, responsabilidad e incertidumbre, a cambio de una nómina más exigua.

Siendo la profesión única, dentro de nuestro colectivo se han ido conformando situaciones muy desiguales por la situación laboral, conciliación familiar, que directamente condicionan proyectos de desarrollo profesional. Cualquier enfermero en cualquier lugar merece tener condiciones dignas, y también que la brecha entre su responsabilidad y su reconocimiento (no solo el económico) se cierre.

Como Colegio profesional debemos estar comprometidos a ello, tanto desde los servicios que ya ofrecemos como desde la sensibilización y alianzas para conseguirlo, porque todos necesitamos trabajar también para desarrollarnos y desarrollarnos para aportar a la población lo mejor de nosotros mismos en nuestra práctica enfermera



LACTANCIA MATERNA INEFICAZ: INTERVENCIÓN COMUNITARIA DESDE LA MATRONA EN MÁLAGA. CASO CLÍNICO. // INEFFECTIVE BREASTFEEDING: COMMUNITY INTERVENTION FROM THE MIDWIFE IN MÁLAGA. CASE REPORT

AUTORES

Desiree Diaz Jiménez, Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Adscrita al Colegio de Enfermería de Málaga.

Laura del Pozo Fuentes, Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Adscrita al Colegio de Enfermería de Málaga.

Isabel María Acedo García, Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Adscrita al Colegio de Enfermería de Málaga.

Correo Electrónico: diazjimenezdesiree@hotmail.com

Palabras clave: Lactancia materna exclusiva, promoción de la salud, educación prenatal, educación posnatal.

Keywords: exclusive breastfeeding, health promotion, prenatal education, postnatal education.

Resumen

La Organización Mundial de la Salud reconoce y recomienda los beneficios de la lactancia materna exclusiva, aunque actualmente existe un descenso de su prevalencia. Se presenta un caso clínico de una puérpera que tras su quinto día postparto acude al Centro de Salud por referir lactancia materna ineficaz debido a grietas e ingurgitación mamaria. La matrona que atendió a la mujer desde su llegada establece un adecuado plan de cuidados y se desarrolla una valoración completa, a partir de la recogida de datos, donde se identifican los problemas que serán la base de nuestro plan de cuidados y una valoración mediante el modelo de Virginia Henderson.

Para una adecuada instauración y mantenimiento de la lactancia materna, son necesarias las intervenciones prenatales y posnatales de información correcta acompañada de apoyo emocional a las puérperas que desean lactar, siendo la matrona, el profesional más indicado para la promoción, la protección y el soporte de la misma.

Abstract

The World Health Organization recognizes and recommends the benefits of exclusive breastfeeding, although there is currently a decline in its prevalence. We present a clinical case of a puerpera who, after her fifth postpartum day, goes to the Health Center for referring to ineffective breastfeeding due to cracks and breast engorgement. The midwife who attended the woman since her arrival establishes an adequate care plan and develops a complete assessment, based on the data collection, where the problems that will be the basis of our care plan and an assessment through the model of Virginia Henderson. For an adequate establishment and maintenance of breastfeeding, prenatal and postnatal interventions of correct information are necessary, accompanied by emotional support to the puerperal women who want to breastfeed, being the midwife, the most suitable professional for the promotion, protection and support of breastfeeding.



Introducción

La lactancia materna es el acto instintivo y fisiológico, por el cuál la madre alimenta con leche producida por sus mamas a su recién nacido. Este alimento contribuye a la reducción de la morbimortalidad infantil, ayuda a establecer un vínculo entre el binomio madre e hijo y mejora la salud materna.¹

La evidencia científica demuestra los múltiples beneficios de la lactancia materna exclusiva. Así pues, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses como alimento inmejorable para el lactante. Dicha alimentación implica indudables ventajas para el recién nacido tanto a nivel inmunitario, psicológico y nutritivo ya que presenta los componentes esenciales y necesarios para el crecimiento, desarrollo y maduración del niño durante este periodo y posteriormente, junto con otros alimentos, hasta los dos años de vida.²

Así pues, recientes estudios científicos indican un incremento en los índices de lactancia materna exclusiva, aunque numerosas adversidades tales como grietas, dolor mamario, mastitis, insuficiencia de leches, bebé insaciable o problemas de succión entre otras, pueden ser causa de abandono.³

Buena parte de estos problemas, ocurren al inicio de la lactancia materna y son debidos a una mala posición, mal agarre del pecho o la combinación de ambos, y gran parte de ellos, pueden prevenirse promoviendo información por parte de los profesionales de salud. Una lactancia materna eficaz necesita de un óptimo aprendizaje, ya que el lactante debe aprender a succionar correctamente y la madre las pautas de posicionamiento correcto.⁴ Al comienzo de la lactancia materna, suelen surgir inquietudes que hacen dudar a la madre de su capacidad para lactar e interfieren y provocan la aparición de dificultades en la práctica. Se ha demostrado, mediante evidencia científica, que la mayoría de dudas y problemas que surgen en los primeros días de la lactancia materna, son de sencilla prevención y solución con un adecuado asesoramiento.

En este aspecto, las matronas asumen un rol crucial a la hora de lograr una lactancia exitosa, pues el apoyo emocional y la educación ofrecida durante este periodo, pueden ayudar a las púerperas a conseguir una lactancia materna exclusiva.⁵ Para ello, las intervenciones deben ir encaminadas a la preparación psicológica de la madre con el objetivo de influir de manera positiva en la unión madre-lactante en el proceso de amamantamiento tanto preparto como postparto.⁵ Se debe asesorar y educar sobre ventajas y posibles dificultades de la lactancia, corregir conceptos erróneos, técnicas de amamantamiento y cuidado de las mamas.⁶

A través de este caso clínico se pretende promover la Lactancia Materna mediante la elaboración de un plan de cuidado. En él, se destacan las intervenciones y actitudes llevadas a cabo por la matrona en una púerpera con inquietudes en lactancia materna en los primeros días postparto. Queremos sensibilizar a los lectores sobre la problemática situación a la que se enfrentan cada día millones de púerperas que desean amamantar a sus lactantes, y su sencilla solución a través de una intervención comunitaria, para así comprender que esta práctica supone una de las formas más sencillas en la resolución de un problema de salud.

Desarrollo

Sra A.P, 31 años, caucásica y primigesta, acude a la consulta de la matrona del Centro de Salud de la Cala de Mijas al quinto día postparto por referir heridas en el pezón derecho, no sangrantes. Refiere que el recién nacido se agarra bien el pecho, pero le duele ambos pezones cuando este succiona.

Durante la consulta, presenta nerviosismo y expresa gran preocupación por si el recién nacido se alimenta correctamente con lactancia materna sin necesidad de lactancia artificial. Formula dudas sobre frecuencia, tiempo y necesidades nutricionales del bebé.

Para establecer un adecuado plan de cuidados, se desarrolló una valoración completa, a partir de la recogida de datos y valoración de las necesidades básicas según Virginia Henderson.

Antecedentes Obstétricos: Embarazo de bajo Riesgo. Parto eutócico, desgarro de I grado. Nace varón de 3305 kg, Apgar 9/10. Inicia lactancia materna en la segunda hora de vida tras el nacimiento. No ha realizado cursos



preparto ofertado en el Centro de Salud.

Puerperio inmediato y mediato: Durante su estancia hospitalaria practica alojamiento conjunto con el recién nacido. Presenta problemas para el inicio y mantenimiento de lactancia materna eficaz. Refiere haber tenido ayuda de los profesionales de la planta en lo referente a la lactancia solo en dos ocasiones. En el hospital se le ofrecen en diversas ocasiones lactancia artificial al recién nacido en los periodos nocturnos durante su ingreso.

Exploración en Consulta: Presencia de grietas en pezón derecho. Congestión en ambos senos siendo más incidente en mama derecha. Salida de secreción láctea en ambas mamas.

Valoración de enfermería: recogida de datos según el modelo de Virginia Henderson

1º Respirar normalmente. Manifestaciones (m) de independencia: No fuma. No alcohol. No tóxicos. No consumo abusivo de café. Respira sin dificultad; m. dependencia no se observan.

2º Comer y beber adecuadamente. M. de independencia: dieta variada, rica en fibra. Refiere tener más sed de lo habitual. Toma de líquido diarios 2 litros.; m. dependencia: no se observan; datos a considerar: Índice de Masa corporal: Rango Normal, 23.5

3º Eliminar por todas las vías corporales. M. de independencia: estreñimiento; m. dependencia: no se observan.

4º Moverse y mantener posturas adecuadas. M. de independencia: camina una hora tres veces por semana junto con su bebe. Realiza ejercicios de Kegel para recuperación de tono muscular en zona perineal. Manifiesta fatiga, durante las Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD). ; m. dependencia: no se observan.

5º Dormir y descansar. M. de independencia: no problemas para conciliar el sueño; m. dependencia: no se observan; datos a considerar: refiere cansancio por no dormir bien debido a la alta demanda de amamantar del recién nacido durante todo el día y noche. Hasta el momento no utiliza ayuda farmacológica para dormir.

6º Escoger la ropa adecuada. Vestirse y desvestirse. M. de independencia: viste adecuadamente con ropa holgada y de algodón; m. dependencia: no se observan; datos a considerar: ligera dificultad para atarse los zapatos.

7º Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adecuando la ropa y modificando el ambiente. M. de independencia: no se observan; m. dependencia: no se observan.

8º Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel. M. de independencia: adecuada hidratación de piel y mucosas. Presencia de lesiones tipo grieta en seno derecho causadas por el traumatismos que causan las encías del lactante durante la succión. Refiere dolor en las mismas solo cuando el recién nacido inicia el enganche. Aspecto endurecido e hinchado en ambas mamas.; m. dependencia: no se observan.

9º Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas. M. de independencia: no se observan; m. dependencia: no se observan.

10º Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones. M. de independencia: Expresa sus dudas y miedos.

Cuenta con el apoyo de su pareja y madre para el cuidado del recién nacido; m. de dependencia: no se observan.; datos a considerar: labilidad emocional e irritabilidad. Se muestra asustada, pues a pesar de tener apoyo, refiere sentirse sola en cuanto a la alimentación de su bebé con lactancia materna. Necesita ayuda para evitar el abandono de la lactancia y conseguir que sea exitosa.

11º Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias. M. de independencia: Se siente preocupada constantemente por el tema de la lactancia materna. Refiere un gran esfuerzo y dolor cada vez que alimenta al recién nacido; m. dependencia: no se observan.

12º Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal. M. de indepen-



dencia: Ella está de baja maternal en la actualidad y se encargan de las labores y cuidado de la casa, aunque refiere tener tiempo de ocio para leer y caminar; m. dependencia: no se observan.

13° Participar en actividades recreativas. M. independencia y de dependencia: no se observan.

14° Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles. M. de independencia: muestra interés por mantener alimentado a su bebe con lactancia materna, por ello ha visitado a la matrona del centro de salud en busca de ayuda.; m. de dependencia: Manifiesta sus dudas y preocupaciones en lo referente con la alimentación del recién nacido.

Tabla I. Diagnósticos NANDA7 con los correspondientes NIC8, NOC9 y actividades realizadas.



Diagnóstico Enfermero

00104 Lactancia materna ineficaz relacionado con (r/c) dolor en la mama derecha secundario a grietas en el pezón e ingurgitación mamaria en ambos senos manifestado por (m/p) insatisfacción y dificultad con el proceso de amamantamiento experimentado por la madre y el lactante.

RESULTADO NOC

1002 Mantenimiento de la lactancia materna

Escala desde NUNCA demostrado (1) hasta SIEMPRE demostrado (5)

EVALUACIÓN

Indicador	Valor		Evaluación/Seguimiento
	Inicia	final	
100201 Crecimiento del lactante dentro del rango normal	3	5	Desde el momento de la llegada a la consulta hasta finalización del proceso de ayuda.
100215 Expresión familiar de satisfacción con el proceso de lactancia materna	3	5	Desde el momento de la llegada a la consulta hasta finalización del proceso de ayuda.

INTERVENCIÓN NIC

5610 1054 Ayuda en la lactancia materna

-Observar la capacidad del bebé para coger correctamente el pezón (habilidades de agarre).

-Enseñar a la madre a observar como mama el bebé.

-Animar a la madre a que no limite el tiempo de mamar del bebé.

-Enseñar a la madre la posición correcta que debe adoptar.

5244 Asesoramiento en la lactancia materna

-Evaluar la forma de succión/deglución del recién nacido.

-Enseñar a la madre el crecimiento del bebé para identificar los patrones normales de los bebés alimentados con lactancia materna.

-Evaluar lo adecuado de vaciar el pecho con la alimentación.

1400 Manejo del dolor

-Realizar una valoración exhaustiva del dolor (localización, características, aparición/duración, frecuencia y factores desencadenantes).

-Explorar con la madre los factores que alivian/empeoran el dolor.



00106 Disposición para mejorar la lactancia materna: proceso de puerperio con evolución normal en presencia de dolor e ingurgitación en ambos senos manifestado por (m/p) deseo de lactancia materna exclusiva junto con verbalización de necesidad de ayuda para un enganche correcto del recién nacido y aumento de peso óptimo del mismo.

RESULTADO NOC				INTERVENCIÓN NIC
1624. Conducta de la Salud Maternal en el Postparto.				5820 Disminución de la ansiedad. -Explicar los cuidados que va a recibir durante las consultas de la matrona y el taller de lactancia materna, además las posibles sensaciones que pueda experimentar. -Llevar el recién nacido con la gestante para promover la seguridad y reducir el miedo. -Crear un ambiente de confianza. -Facilitar un apego progenitor-lactante óptimo.
Escala desde NUNCA demostrado (1) hasta SIEMPRE demostrado (5)				
	EVALUACIÓN			6710 Fomentar el apego. -Colocar al recién nacido cerca de la madre y así facilitar el contacto ocular mientras esta en la consulta. -Dar al padre la oportunidad de ver, coger y explorar al bebé mientras la matrona explora las mamas de la púérpera. -Facilitar el inicio de la LM con ayuda de la matrona e instruir para un agarre y succión correctos.
Indicador	Valor Inicial	Valor final	Evaluación/Seguimiento	
162402 Establece un vínculo con el lactante	3	5	Desde el nacimiento del bebé y durante todo el proceso de hospitalización y puerperio tardío.	
162432 Utiliza el apoyo familiar.	2	5	Desde su llegada a planta y durante toda la etapa del puerperio.	



Plan de cuidados

En la siguiente tabla (tabla I) se recoge la planificación de los cuidados, seguimiento y evaluación tras su ejecución. Estos son elaborados siguiendo la taxonomía estandarizada enfermera (NANDA, NIC, NOC).

Tras la identificación, se procede a priorizar aquellos problemas que suponen la alteración del bienestar. Se actúa principalmente sobre la lactancia materna ineficaz y la instauración de una lactancia materna exclusiva.

Todas las intervenciones expuestas suponen la participación activa de la puérpera. La matrona durante todo el caso clínico tiene función informativa y educadora desde el inicio del proceso hasta el final. Para ello crea un ambiente de confianza, ayuda a la puérpera y facilita el contacto madre-hijo, valorando constantemente el estado óptimo del recién nacido. Así pues, durante todo el proceso, valida el estado de bienestar del recién nacido, aspectos funcionales y su integración con el medio.

En cuanto a la madre, la matrona evalúa su capacidad física y disposición psicológica para alimentar a su recién nacido, habilidad para lactar y el autocuidado. A su vez, actúa sobre el manejo del dolor, asesorando y apoyando a la puérpera. Para ello, llevara a cabo procedimientos que se adecuan a su alivio y toma medidas estándares para evitar complicaciones potenciales que puedan producirse como una mastitis o el abandono de la lactancia. Para finalizar, valora las destrezas maternas en el manejo del recién nacido y el reconocimiento de signos que le ayuden a determinar si la alimentación se está llevando a cabo adecuadamente. El objetivo principal en cada consulta es mejorar la técnica de amamantamiento, asepsia, vaciamiento de los senos y aumento óptimo ponderal del recién nacido.

El seguimiento fue semanal en Atención Primaria por la matrona de referencia durante 6 semanas, alternando con la asistencia a los Talleres de Lactancia que tienen lugar en el Centro de Salud.

Resultados

Gracias al plan de cuidados señalado junto con la motivación y activa participación de la puérpera, se consigue alcanzar una lactancia materna exitosa y la mejora del vínculo afectivo madre-hijo.

La continuidad de los cuidados y el seguimiento de las recomendaciones por parte de la mujer permitieron el alivio del dolor sin recurrir a tratamiento analgésico, la cura de las grietas y finalmente, la regulación de la ingurgitación mamaria.

La información y enseñanza en conocimientos de lactancia, la mejora en la técnica de amamantamientos acompañado de una ganancia de peso óptima en el recién nacido, consiguen relajar a la mujer de manera progresiva sobre sus preocupaciones iniciales.

Conclusiones

Alimentar con lactancia materna exclusiva es, frente a otras alternativas, la que ofrece al lactante un óptimo inicio en la vida, una mayor inmunidad y desarrollo psicofísico más adecuado¹⁰. Esta afirmación tiene una base científica, evidencia y fuerza de recomendación muy elevada. Sin embargo en la actualidad se siguen dando casos de abandonos precoces o bajas tasas de inicio en lactancia materna¹¹.

Las matronas, como promotoras de salud, podemos y debemos trabajar activamente en intervenciones de



apoyo en la lactancia materna tanto en la iniciación de la misma (como factor crítico para el mantenimiento de la misma junto con la promoción del apego) como en su continuidad en el puerperio precoz para prevenir los posibles problemas que puedan surgir (mediante el contacto directo, por ejemplo en las visitas de atención primaria).

En este sentido, el objetivo principal para todo profesional sanitario debe ser contribuir a lanzar un mensaje único que mejore las tasas de alimentación con lactancia materna exclusiva y la recuperación de la misma como norma de alimentación para los recién nacido.

Bibliografía

1. UNICEF. Nueva York, 1 de agosto de 2008, Comunicado de prensa: Apoyar a las madres a lactar mejorará las posibilidades de supervivencia de los niños y niñas. Disponible en: URL: http://www.unicef.org/spanish/media/media_44930.html
2. García Casanova MC, García Casanova S, Pi Juan M, Ruiz Mariscal E, Parellada Esquiús N. Lactancia materna: ¿puede el personal sanitario influir positivamente en su duración?. *Atención primaria* 2005; 35 (6): 295-300.
3. Chávez Merlos A, Sánchez GR, Ortiz OH, Peña Ortega B, Arocha Reyes B. Causas de abandono de la lactancia materna. *Rev. Fac. Med. UNAM* 2002; 45 (2): 53-55.
4. Rozas García MR. Problemas tempranos en las mamas durante la lactancia. Medidas de prevención y tratamiento. *Matronas Profesión* [revista en internet]. 2006. [acceso 9 de diciembre de 2014]; 7(4): 25-27. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronasprofesion/sumarios/i/7003/173/problemas-tempranos-en-las-mamas-durante-lalactancia-medidas-de-prevencion-y-tratamiento>.
5. De la Flor Picado S, Hernández López AB. Plan de cuidados de enfermería estandarizado en lactancia materna. *Nure Investigación* [revista en internet]. 2013 enero – febrero. [acceso 5 de enero de 2015]; 10(62). Disponible en: http://www.funden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/NURE62_prot_ocolo_lactancia.pdf.
6. Ingram L, MacArthur C, Khan K, Deeks JJ, Jolly K. Effect of antenatal peer support on breastfeeding initiation: a systematic review. *Centre de revisiones y difusión de la Universidad de York. NHS (instituto nacional de investigación en salud)*. 2014.
7. Herdman TH, editor. *NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación* Madrid: Elsevier; 2015
8. Orhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2013.
9. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Wagner CM, editores. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2013.
10. Coutinho SB, Cabral de Lira PI, de Carvalho Lima M, Ashworth A. Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *Lancet*. 2005; 366(9491): 1094-100.
11. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. [Internet]. 2016 [cited Sep 9, 2016]; 387:475-90. Available from: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)01024-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)01024-7.pdf). doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7).



PREVALENCIA DEL DOLOR CRÓNICO EN PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO: PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.

AUTORES

(1) Alberto Ramírez Sánchez, (2) Carolina Palomino Llamas (3) Raquel Rodríguez Civantos

(1) Enfermero Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Málaga

(2) Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Málaga

(3) Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Málaga

Correo Electrónico: alberto.ramirez.sanchez21@gmail.com

RESUMEN

Objetivo principal: determinar la prevalencia de dolor crónico según la escala PAINAD en pacientes con deterioro cognitivo que se encuentran ingresados en residencias geriátricas supervisadas por la unidad de residencias distrito Málaga-Guadalhorce.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Sujetos del estudio: pacientes con deterioro cognitivo que se encuentran ingresados en residencias geriátricas supervisadas por la Unidad de Residencias Distrito Málaga-Guadalhorce.

Instrumentalización: a los participantes en el estudio, elegidos de manera aleatoria, se les administrará la escala PAINAD por el personal cualificado de la unidad de residencia, el cual consta de 5 ítems a los que se le debe dar una puntuación entre 0-2, para posterior evaluación por los investigadores.

Determinación: accediendo a la Historia de Salud del usuario se va a tener acceso a los registros realizados por los profesionales de la Unidad de Residencias. A través de la escala PAINAD se va a conocer la prevalencia de dolor crónico en población geriátrica institucionalizada. Además, se van a analizar variables sociodemográficas y clínico-asistenciales.

Palabras clave: dolor, demencia, residencia, PAINAD, enfermería.

ABSTRACT

Main objective: determine the prevalence of chronic pain according to PAINAD scale in patients with cognitive impairment which are admitted in retirement homes supervised by the Nursing Home Unit, district Málaga-Guadalhorce.

Design: cross-sectional descriptive study.

Study subjects: patients with cognitive impairment which are admitted in retirement homes supervised by the Nursing Home Unit, district Málaga-Guadalhorce.

Instrumentalization: The PAINAD scale will be administered to the study participants, who are chosen in a random selection, by the qualified personnel of the Nursing Home Unit. The PAINAD scale consists of 5 items in which a score from 0 to 2 must be given to be evaluated later by the researchers.

Determination: by acceding to the user's clinical history, the access to the registers made by the professionals of the Nursing Home Unit will be possible. Through PAINAD scale the prevalence of chronic pain in the geriatric institutionalized population will be known. Besides that, socio-demographic and clinical-assistance variables will be analysed.

Key words: pain, dementia, nursing home, PAINAD, nursing.



MANUSCRITO INTRODUCCIÓN

En el año 2014 se estimó que la población mayor de 65 años representaba el 18,1% de la población (1). Esta cifra irá en aumento en los próximos años teniendo en cuenta el aumento de la esperanza de vida (2) y la pirámide de población, donde se observa que la franja de edad donde hay mayor población es de 30-50 años. De hecho, se augura que el grupo poblacional mayor de 65 años aumentará del 17,5% al 36,3% del total de la población para el año 2050 (1).

Al encontrarnos en una población que cada vez se encuentra más envejecida debido a cambios sociales, como por ejemplo la baja tasa de natalidad y el aumento de la esperanza de vida, cabría suponer que habría más personas mayores en residencias de ancianos. Esto podría estar relacionado, en parte, con la incorporación de la mujer al mercado laboral.

Según una encuesta del INE realizada en el año 2011, 270.286 personas se encontraban en una residencia para personas mayores en España, siendo el 96% de ellas mayores de 65 años. En Andalucía, 28.162 personas se encontraban en una residencia de mayores lo que supone el 2,20 % de los mayores de 65 años (3).

En las personas ancianas es habitual encontrarse diagnósticos de algún tipo de demencia ya que se trata de una enfermedad asociada al envejecimiento, afectando aproximadamente a 10 millones de personas en Europa (4) y 35 millones de personas en todo el mundo, con expectativas de aumentar a 115 millones en 2050 (5). La población española con demencia representa en España entre el 5% y el 14,9% en la población de más de 65 años y en el grupo de más de 70 años entre el 9% y el 17,2%. Si se calcula una prevalencia intermedia del 7%, puede concluirse que en España existen aproximadamente entre 500.000 y 750 000 personas con demencia (1). De este total de personas con demencia, se estima que un tercio viven en residencias de ancianos, y que aproximadamente tres cuartas partes de las que viven en residencias padecen algún tipo de demencia (6).

Las personas con demencia tienen dificultad para cuantificar el dolor debido principalmente a la pérdida de funciones cognitivas superiores (habilidades de comunicación, memoria e interpretación). Esto provoca una falta de detección y de tratamiento de este síntoma (1, 7).

En estadios iniciales de demencia se podrían utilizar con seguridad escalas visuales analógicas, pero en estadios intermedios y avanzados se requieren escalas que se basen en la observación conductual (8, 9).

Existen más de 30 escalas que valoran el dolor en personas con deterioro cognitivo, siendo la PAINAD una de las más validadas ya que presenta una correcta validez de constructo y buena fiabilidad interjueces (10, 11).

Esta escala PAINAD se ha desarrollado a partir de la “Escala de malestar para pacientes con demencia tipo Alzheimer”, la “Escala de cara, piernas, actividad, llanto y consolabilidad”, la “Lista de indicadores no verbales (CNPI)” y el “Cuestionario de dolor informado (PPQ)” (9). Se recomienda para evaluaciones diarias y no precisa que el observador conozca al paciente previamente (1).

Debido a esta dificultad para interpretar y cuantificar el dolor, éste se va a presentar en forma de trastornos conductuales (gemidos, suspiros, gritos, coprolalia, expresiones faciales), cuadro confusional (agitación/agresividad, resistencia a los cuidados), disminución de la movilidad (rigidez) y posturas antiálgicas (balanceado) (7) que no pueden pasar desapercibidos a los profesionales de la salud ni a los familiares/cuidadores (10). Las respuestas autonómicas del organismo ante el dolor dependen de la intensidad del estímulo doloroso y existe una relación positiva de la respuesta ante el dolor con el nivel de función cognitiva que se presenta (12), por lo tanto, hay ciertas respuestas en las personas con demencia que entrarían dentro de la normalidad en personas sin demencia, que se van a pasar desapercibidas.

Existen diversos estudios, tanto a nivel nacional como internacional, en los que se mide la prevalencia del dolor en pacientes con deterioro cognitivo. Esta prevalencia oscila entre 22-58% (1, 7, 9, 11, 13, 14). Presentando la



mayoría de ellos dolor de forma persistente durante 6 meses o más (4). Dentro de la población con demencia, hay más casos de dolor en pacientes institucionalizados que en aquellos que no requieren cuidados 24 horas (15).

Aunque estos estudios nos muestran una alta prevalencia de dolor crónico en este tipo de pacientes, el tratamiento no es el adecuado en la mayoría de los casos. Algunos de ellos estiman que solo entre el 10 y el 33 % recibe una analgesia adecuada, dándose sobre todo en patologías concomitantes intensamente dolorosas y en personas con deterioro cognitivo más leve. Ante una misma patología, la dosis de analgesia recibida a personas con demencia es menor que en aquellas sin demencia (8, 11).

Un estudio que aplicó un protocolo gradual y escalonado de tratamiento farmacológico a pacientes geriátricos con demencia durante 8 semanas evidenció una mejoría significativa en la intensidad de dolor. El tratamiento escalonado consistía en paracetamol, morfina oral de liberación prolongada, buprenorfina transdérmica y pregabalina para casos de dolor neuropático (4, 16).

Estos datos nos indican que el dolor crónico en este tipo de pacientes está infravalorado e infratratado, correlacionándose con el índice de Barthel, la escala de depresión de Cornell, la escala de valoración conductual NPI-NH, un mayor riesgo de caídas, trastornos del sueño y una menor interacción social (4, 7, 8, 13). Hay algunos estudios que sugieren que las enfermeras, auxiliares, cuidadores y familiares pueden reconocer la presencia de dolor pero no su intensidad, y que los cuidadores formales suelen infraestimar la presencia de dolor. Todo ello puede ocasionar una alteración en la calidad de vida del paciente y en la de sus familiares (6, 10, 11, 13).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (17).

Para mejorar la calidad de vida hace falta la detección y tratamiento adecuado de este síntoma. Para ello se considera que la fuente más fiable y válida es la comunicada por el propio paciente. Pero debido a la pérdida de las funciones cognitivas superiores, es necesario la utilización de una herramienta de valoración adaptada a esta situación (8).

Por todo ello, consideramos necesario evaluar la presencia de dolor crónico en los pacientes con deterioro cognitivo de forma estructurada y lo más válida y fiable posible. Con ello podremos realizar un correcto abordaje con respecto al tratamiento, mejorando así la calidad de vida de estas personas.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA:

Una vez decidido el tema del proyecto, se procedió a una exhaustiva búsqueda a través de las siguientes bases de datos y metabuscadores para conocer los antecedentes históricos del tema que dan soporte al trabajo: trip database, cochrane plus, cuiden, pubmed, scielo y google académico.

Siempre que ha sido posible, se han seleccionado términos del tesoro MeSH para las búsquedas en inglés o su traducción DeCS en el caso de búsquedas en castellano. En este caso se han utilizado los Mesh “Dementia”, “Pain” y “Nursing Homes”.

Como criterios de selección de los artículos se tuvieron en cuenta aquellos que podían dar respuesta a los objetivos que se describen en este proyecto y que tuvieran una calidad metodológica adecuada.

Para realizar la lectura crítica de los artículos seleccionados no se han utilizado ninguna herramienta metodológica como ayuda, si no que los propios autores de este manuscrito han sido los que han evaluado la evidencia encontrada, considerando su validez, relevancia y aplicabilidad de los resultados a nuestro medio como crite-



rios.

HIPÓTESIS

-Hipótesis operativa: existe una prevalencia de dolor crónico diagnosticada igual o mayor a 51,8% en población geriátrica con deterioro cognitivo institucionalizada en residencias dependientes de la Unidad de Residencias del Distrito Sanitario Málaga, valorándose el dolor mediante la escala PAINAD para el cual una puntuación entre 0-4 se considera dolor leve; una puntuación de 5-7 se considera dolor moderado y una puntuación de 8-10 se considera dolor intenso.

-Hipótesis alternativa: habrá una prevalencia de dolor crónico diagnosticada igual o mayor a 51,8% en población geriátrica con deterioro cognitivo institucionalizada en residencias dependientes de la Unidad de Residencias del Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce.

-Hipótesis nula: habrá una prevalencia de dolor crónico menor a 51,8% en población geriátrica con deterioro cognitivo institucionalizada en residencias dependientes de la Unidad de Residencias del Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce.

OBJETIVOS

- Objetivo principal: conocer la prevalencia de dolor crónico en pacientes con deterioro cognitivo institucionalizados y que están en seguimiento por la Unidad de Residencias de Málaga-Guadalhorce.

- Objetivos específicos:

- Medir el porcentaje de pacientes que tienen realizada y registrada en su historia la escala PAINAD.

- Describir el perfil sociodemográfico del grupo de estudio: sexo, edad, tipo de demencia.

- Conocer las puntuaciones en el Test de Barthel, Test de Pfeiffer, Test de caídas Downton.

- Determinar el tratamiento analgésico y/o neuroléptico prescrito.

- Estimar si hay correlación entre la presencia de dolor, la capacidad funcional y un mayor riesgo de caídas.

METODOLOGÍA

A) Diseño

Se trata de un estudio descriptivo y transversal o de prevalencia. Comenzaremos cogiendo una muestra que cumpla con los criterios de inclusión descritos a continuación.

El estudio se llevará a cabo en los centros residenciales pertenecientes a la Unidad de Residencias del Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce.

B) Sujetos de estudio

- Criterios de inclusión

Se incluirán pacientes institucionalizados con diagnóstico de demencia en DIRAYA, según criterios CIE-9.

- Criterios de exclusión

- Pacientes cuyo diagnóstico de demencia ha sido reciente (<3 meses).

- Antecedentes de patología mental grave del usuario con demencia.

C) Ámbito y Población de Estudio

Este estudio será realizado en todas las residencias geriátricas ubicadas en Málaga capital y Valle del Guadalhorce y que reciben periódicamente las visitas del equipo de enfermería de la Unidad de Residencias del Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. En total son 69 centros distribuidos por la ciudad de Málaga.

La población de estudio estará compuesta por los pacientes institucionalizados en dichas residencias geriátricas que cumplan los criterios de selección previamente establecidos.

D) Variables



Variables dependientes:

- Principal: Puntuaciones obtenidas en la escala PAINAD de cada uno de los sujetos (variable cualitativa ordinal). Esta escala se puede observar en el anexo I.
- Secundaria: Escala PAINAD realizada a los pacientes (si/no) (variable cualitativa dicotómica).

Las variables independientes están resumidas en la tabla nº 1.

E) Muestra

El cálculo del tamaño muestral se ha realizado aplicando la siguiente fórmula de estimación de una proporción:
 $n = Z_{\alpha/2} \cdot p \cdot (1-p) / d^2$

Donde “n” es el tamaño muestral que se quiere calcular; para “ Z_{α} ” se emplea el valor “1,96” correspondiente a un intervalo de confianza del 95%; para “p” utilizamos la prevalencia de pacientes institucionalizados con deterioro cognitivo y que presentan dolor, siendo el valor encontrado en la literatura del 51.8%; y para la precisión, “d” se ha decidido establecer un valor del 6% para obtener una muestra suficiente y representativa.

$$Z_{\alpha/2} = 1,962 = 3.84$$

p = 51.8% = 0,518: prevalencia de pacientes institucionalizados con deterioro cognitivo y dolor.

$$q = (1-p) = (1-0,51) = 0.49$$

$$d^2 = 6\% = 0.062 = 0.0036.$$

$$n = (3.84 \times 0,518 \times 0,49) / 0.0036 = 270,74 \text{ pacientes}$$

Según estos resultados, usaremos como tamaño de muestra 271 pacientes, aumentándolo un 10% para asumir las posibles pérdidas y disminuir así el sesgo de selección. Con lo cual nuestro tamaño de muestra serán 298 pacientes.

Podremos ajustar más el tamaño muestral aplicando la fórmula de ajuste a población finita. Ajuste a población finita:

$$n = 298 / 1 + (298/400) = 171 \text{ pacientes}$$

F) Técnica de Muestreo

En este caso vamos a utilizar una técnica de muestreo aleatorio sistemático. Para ello obtendremos una lista obtenida en la Unidad de Residencias del Distrito Málaga-Guadalhorce de todos los pacientes institucionalizados que presenten diagnóstico de demencia registrado en Diraya. De esta lista se elegirá un sujeto al azar y, a continuación, a intervalos constantes, se elegirán todos los demás hasta completar la muestra.

Usaremos la constante K, donde $K=N/n$. “N” es el tamaño de la población de estudio y “n” es el tamaño de la muestra.

En este caso consideraremos una población de un tamaño aproximado de 400 sujetos según las bases de datos de la unidad de residencias.

RECOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS

Recogida de datos

Contactaremos con el director de la Unidad de Gestión Clínica de la Unidad de Residencias del Distrito Málaga-Guadalhorce, y obtendremos los números de historia clínicas personales informatizadas de los pacientes que cumplen con los criterios de inclusión.

Posteriormente, accederemos a las historias clínicas informatizadas en Diraya y en la base de datos exclusiva de la Unidad de Residencias, e iremos registrando los datos de las distintas variables que vamos a medir y que hemos desarrollado en el apartado anterior. La recogida de datos la realizaremos desde los ordenadores de dicha unidad.

Análisis de datos



En una primera fase se realizará un análisis estadístico descriptivo transversal de cada una de las variables, calculando media y desviación típica para variables cuantitativas y frecuencia absoluta y relativa para variables cualitativas. Todo ello con un intervalo de confianza del 95%, para ambos tipos de variables.

En una segunda fase se realizará un análisis bivariante. Para comparar nuestras variables dependientes (cualitativas) con cada una de las variables independientes cualitativas utilizaremos una técnica estadística Chi Cuadrado. Y para comparar las variables dependientes con cada una de las variables independientes cuantitativas utilizaremos un ANOVA. Todo ello con un nivel de significación estadística de $p < 0.05$.

En una tercera fase para comprobar el posible efecto confusor de las variables independientes sobre las variables dependientes llevaremos a cabo un análisis multivariante con todas aquellas variables que hayan resultado estadísticamente significativas tras la realización del análisis bivariante mediante una regresión logística múltiple.

El análisis estadístico se llevará a cabo con el programa estadístico SPSS 15.0 para Windows.

DIFICULTADES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

A la hora de valorar las dificultades y limitaciones de este estudio podemos encontrar con un sesgo de selección por pérdidas, por lo que se ha incrementado el tamaño muestral en un 10% y se analizarán las características de los sujetos perdidos comparándolas con los que hayan podido realizar el estudio.

Nos encontramos también con un sesgo de Neyman, dadas las características de los sujetos de estudio podemos tener un sesgo de supervivencia, lo que nos llevaría a estimar la prevalencia de dolor en pacientes con menos gravedad, porque los de mayor gravedad podrían haber fallecido o estar ingresados en el hospital.

El sesgo del entrevistador es inevitable ya que los datos de la escala PAINAD que valoramos están recogidos previos a la realización de este proyecto por diferentes profesionales de la unidad de residencias, aunque la escala ha demostrado en su validación una importante fiabilidad y concordancia entre distintos entrevistadores. Finalmente trataremos de controlar el posible sesgo de confusión que surja mediante un análisis multivariante.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

A lo largo de todo el estudio se garantizará la confidencialidad de la información obtenida a través de las historias clínica, restringiendo los datos obtenidos, en exclusividad, a la investigación propuesta y aquellos datos que se extraigan de las historias clínicas estarán codificados para que su nombre no aparezca en ningún documento fuera del Centro de Salud. Se tendrá en cuenta el siguiente marco ético y legal:

- La utilización de los datos se hará cumpliendo lo establecido en las leyes vigentes en España de protección de datos (LOPD) Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica.
- Declaraciones sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de Helsinki (1964).
- Se asegurará que ningún individuo sufrirá daño físico y/o mental, existiendo la posibilidad de que el sujeto abandone el estudio cuando lo decida, acorde a lo expuesto en el Código de Núremberg (1947), así como en las Normas de Buena Práctica Clínica.

AUTORIZACIONES

Se solicitará la autorización, para acceder a los registros indicados, al Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce.



CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR SOBRE EL TEMA

El presente Protocolo de Investigación será llevado a cabo por tres residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria de Málaga, pertenecientes al Centro de Salud Delicias, Alhaurín el Grande y Miraflores.

Los 3 componentes del grupo han realizado talleres teóricos-prácticos de Metodología de Investigación impartidos en la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de distrito Málaga-Guadalupe a lo largo de estos dos años de formación como enfermeros especialistas en atención familiar y comunitaria.

De igual forma, durante este periodo formativo se ha contado con diferentes rotaciones afines al tema estudiado como puede ser la rotación por la Unidad de Residencias.

Así mismo el equipo profesional de investigadores que lleva a cabo este estudio cuenta con numerosas aportaciones científicas en diversos congresos internacionales en formato póster, publicaciones de diferentes artículos en revistas electrónicas y capítulos de libro.

Para la realización de este protocolo, hemos recibido el apoyo del director de la Unidad de Gestión Clínica de la Unidad de Residencias del Distrito Málaga-Guadalupe.

APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS PREVISIBLES

No hay muchos estudios sobre la prevalencia del dolor en pacientes con deterioro cognitivo a nivel nacional, de manera que, con los resultados que se obtengan de este trabajo pretendemos aportar mayor claridad ofreciendo datos sociodemográficos y clínicos.

Con los resultados obtenidos, conoceremos cuantos pacientes tienen dolor, constatando que la herramienta PAINAD es un test fiable y adecuado para detectar el dolor en personas con demencia, como así se recoge en la bibliografía y de esta manera, saber si los pacientes están recibiendo una atención de calidad y un abordaje adecuado del dolor.

El manejo eficaz del dolor podría disminuir el número de prescripciones innecesarias de fármacos psicotrópicos muy utilizados a menudo en esta población, al mismo tiempo que se mejoraría la calidad de vida del paciente al poder actuar y prevenir las consecuencias.

Además, no podemos olvidar que la población diana de nuestro estudio son pacientes, en general, frágiles que se caracterizan por un alto consumo de recursos derivados por su pluripatología y complejidad. Si podemos detectar el dolor y abordarlo, podremos disminuir costes y evitar futuros ingresos hospitalarios.

Otro de los objetivos de este estudio es estudiar si hay correlación entre la presencia de dolor y otras variables como son la capacidad funcional y el riesgo de caídas. Si se demostrase la correlación entre dolor y riesgo de caídas, el equipo investigador se plantearía la elaboración de un documento de recomendaciones dirigidas a prevenir las caídas en pacientes con dolor con el objetivo de prevenirlas y evitar costes asociados.

Por todo ello, pensamos que es un tema de interés, tanto para los profesionales como para los gestores, porque no podemos obviar que nos encontramos en un escenario con una población cada vez más envejecida, donde se incrementa la presencia de personas ingresadas en residencias que presentan algún tipo de deterioro cognitivo.

Por último, los resultados que obtengamos de nuestra investigación aportarán datos con alto impacto para la comunidad sanitaria que podríamos publicar tanto en congresos como en revistas científicas y también servirían como punto de partida para nuevas líneas de investigación.



ANEXOS

ANEXO 1

ESCALA PAINAD (Fuente: elaboración propia).

	0	1	2
Respiración (independiente de la verbalización-vocalización del dolor)	Normal	Respiración ocasionalmente dificultosa. Periodos cortos de hiperventilación	Respiración dificultosa y ruidosa. Largos periodos de hiperventilación. Respiración de <u>Cheyne-Stokes</u>
Vocalización	Normal	Gemidos o quejidos ocasionales. Habla con volumen bajo o con desaprobación	Llamadas agitadas y repetitivas. Gemidos y quejidos en volumen alto. Llanto
Expresión facial	Sonriente o inexpresivo	Triste. Atemorizado. Ceño fruncido	Muecas de disgusto y desaprobación
Lenguaje corporal	Relajado	Tenso. Camina de forma angustiada. No para quieto con las manos	Rígido. Puños cerrados. Rodillas flexionadas. Agarra o empuja. Agresividad física
<u>Consolabilidad</u>	No necesita que se le consuele	Se le distrae o se le tranquiliza hablándole o tocándole	Es imposible consolarle, distraerle o tranquilizarle

Puntuación:

- 0: sin dolor
- 1-3: dolor leve
- 4-6: dolor moderado
- 7-10: dolor intenso



TABLAS

Tabla nº 1. Variables Independientes

NOMBRE DE LA VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO DE LA VARIABLE
Edad	Fecha de nacimiento de cada sujeto en Diraya y se anotarán los años en números enteros	cuantitativa discreta
Sexo	Obtenida de Diraya (hombre/mujer)	cualitativa nominal dicotómica
Comorbilidades	Se recogerá las patologías concomitantes que estén reflejadas en Diraya	cualitativa nominal
Tipo de demencia	-Demencia tipo Alzheimer -Demencia de cuerpos de Lewis -Demencia vascular -Demencia lobular frontotemporal -Demencia sin especificar	cualitativa nominal
Funcionalidad	Se utilizará el índice de Barthel	cualitativa ordinal
Deterioro cognitivo	Se utilizará el Test de Pfeiffer	cualitativa ordinal
Tipo de residencia	-Centros residenciales que solo poseen auxiliares de enfermería como personal sanitario. -Centros residenciales que poseen auxiliares de enfermería y enfermeras como personal sanitario. -Centros residenciales que poseen auxiliares de enfermería, enfermeras y médicos como personal sanitario.	cualitativa nominal
Puntuaciones en el test de caídas de Downton	Obtenida de diraya. Se clasificarán de la siguiente manera: -Bajo riesgo de caídas: < 3 puntos -Alto riesgo de caídas: ≥ 3 puntos	cualitativa ordinal
Tratamiento	Se comprobará en la historia clínica de Diraya la medicación activa	cualitativa nominal



BIBLIOGRAFÍA

- (1). Montoro-Lorite M, Canalias-Reverter M. Dolor y demencia avanzada. Revisión bibliográfica. Gerokomos. 2015;26(4):142-147.
- (2). INEbase / Demografía y población / Cifras de población y censos demográficos / Censos de Población y Viviendas 2011 [Internet]. [citado 19 de diciembre de 2017]. Disponible en: http://www.ine.es/censos2011_datos/cen11_datos_inicio.htm
- (3). Instituto Nacional de Estadística. Censos de Población y Viviendas 2011 Población residente en establecimientos colectivos. En prensa 2013.
- (4). Sandvik RK, Selbaek G, Seifert R, Aarsland D, Ballard C, Corbett A, et al. Impact of a stepwise protocol for treating pain on pain intensity in nursing home patients with dementia: a cluster randomized trial. Eur J Pain. Noviembre de 2014;18(10):1490-500.
- (5). Husebo BS, Ballard C, Sandvik R, Nilsen OB, Aarsland D. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. BMJ. 17 de julio de 2011;343:d4065.
- (6). Rodríguez-Blázquez C, Martín-García S, Frades-Payo B, París MS, Martínez-López I, Forjaz MJ. Calidad de vida y estado de salud en personas mayores de 60 años con demencia institucionalizadas. Rev Esp Salud Pública. Febrero de 2015;89(1):51-60.
- (7). Sotto Mayor M, Pestana H, Reis G, Carneiro C, Valente M. Dolor y demencia en las personas que viven en una unidad de larga estancia. Gerokomos. Marzo de 2015;26(1):23-7.
- (8). Baños I Díez J. Medición del dolor y el sufrimiento en personas con déficit de comunicación: niños preverbales, ancianos con demencia y personas mentalmente discapacitadas. En: Bayés R, editor. Dolor y sufrimiento en la práctica clínica. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas; 2004. p. 39-50. Disponible en: http://www.iatros.es/wp-content/uploads/humanitas/materiales/Monografia_Humanitas_2.pdf
- (9). Soler AG, Iglesias IS, Bueno CB, Trueba JA, Prados ABN, Manchola EA, et al. Adaptación y validación de la versión española de la escala de evaluación de dolor en personas con demencia avanzada: PAINAD-Sp. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014;49(1):10-4.
- (10). Rica Escuin M, González Vaca J. Valoración del dolor en pacientes con demencia avanzada institucionalizados. Gerokomos. Marzo de 2014;25(1):3-8.
- (11). Alaba J, Arriola E, Navarro A, González MF, Buiza C, Hernández C, et al. Demencia y dolor. Rev Soc Esp Dolor. Junio de 2011;18(3):176-86.
- (12). Scherder EJ, Plooi B. Assessment and management of pain, with particular emphasis on central neuropathic pain, in moderate to severe dementia. Drugs Aging. Septiembre de 2012;29(9):701-706.
- (13). Alaba J, Arriola E. Prevalencia de dolor en pacientes geriátricos institucionalizados. Rev Soc Esp Dolor. Septiembre de 2009;16(6):344-51.
- (14). Malara A, De Biase GA, Bettarini F, Ceravolo F, Di Cello S, Garo M, et al. Pain Assessment in Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. J Alzheimers Dis. 2016;50(4):1217-25.
- (15). Corbett A, Husebo B, Malcangio M, Staniland A, Cohen-Mansfield J, Aarsland D, et al. Assessment and treatment of pain in people with dementia. Nat Rev Neurol. 10 de abril de 2012;8(5):264-74.
- (16). Husebo BS, Ballard C, Sandvik R, Nilsen OB, Aarsland D. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. BMJ. 17 de julio de 2011;343:d4065.
- (17). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. Noviembre de 1995;41(10):1403-9.



LA PARENTALIDAD POSITIVA COMO HERRAMIENTA PARA EMPODERAR A LOS PROGENITORES: REVISIÓN NARRATIVA

AUTORES

(1) **Alberto Ramírez Sánchez**, (2) **María José Sicilia Uribe**, (3) **Cristina Bandera García**

(1) Enfermero Interno Residente (EIR) de Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro Salud Delicias. Málaga

(2) EIR Enfermería familiar y comunitaria. C.S. Victoria. Málaga

(3) EIR Enfermería familiar y comunitaria. C.S. Ciudad Jardín. Málaga

Correo Electrónico: alberto.ramirez.sanchez21@gmail.com

RESUMEN

Introducción: en la sociedad actual, los padres no tienen fácil desarrollar su rol parental. Es necesario reflexionar sobre el papel de la familia y al mismo tiempo plantearse si desde las políticas públicas se debe de promover un mayor apoyo a las familias.

Objetivos: esta revisión de la literatura tiene por objeto definir que es la parentalidad positiva y revisar si actualmente existen programas de promoción sobre parentalidad en el Sistema Sanitario Andaluz.

Método: se llevó a cabo una revisión bibliográfica durante el primer semestre de 2018 donde se consultaron: GuíaSalud y en el buscador Gerión de la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Andaluz; utilizando los descriptores: “parentalidad positiva” y “sistema sanitario”.

Resultados: no se ha encontrado ninguna Guía de Práctica Clínica al respecto, pero sí numerosas fuentes primarias y programas de promoción de la parentalidad positiva. Su definición y el interés por la parentalidad positiva por parte de las instituciones han aumentado a partir de la recomendación que realizó el Consejo de Europa en 2006. En Andalucía destaca el programa: “Apego: Promoción de la Parentalidad Positiva en el Sistema Sanitario Público Andaluz”.

Conclusiones: existen diferentes programas y estrategias orientadas a la promoción de la parentalidad positiva desde el sector sanitario. Los profesionales sanitarios y enfermería en concreto, pueden contribuir a este empoderamiento de los progenitores y a satisfacer sus necesidades de apoyo en materia de parentalidad positiva.

Palabras clave: enfermería, familia, responsabilidad parental, crianza del niño, relaciones padres-hijo.

ABSTRACT

Introduction: in the current society, parents have not an easy way in developing their parental role. It is necessary to think about the role of the families and, at the same time, arise if it is necessary to promote a bigger support to the families from the government policies.

Objectives: this review of the literature has as objective to define what the parenting is and review if nowadays programmers of promotion about parenting exist in the Andalusia Health System.

Method: a bibliographic review was carried out during the first term of 2018 where the following sources were consulted: GuíaSalud and the searcher Gerión of the Virtual Library of the Andalusia Health System, using the



descriptors: “positive parenting” and “health system”.

Results: any practice guide related to this has been found, but a lot of primary sources and programmers of promotion of positive parenting. Its definition and interest in the positive parenting from the institutions have increased from the recommendation which was made by the council of Europe in 2006. In Andalusia has a main role the programmer: “Adherence. Promotion of the Positive Parenting in the Andalusia Health System”.

Conclusions: Different programmers and strategies oriented to the promotion of positive parenting exist from the Health area. Health professionals and nursing, concretely, can contribute to this empowering of the parents and to satisfy their necessities of supporting in the area of positive parenting.

Keywords: nursing, family, parenting, child rearing, parent-child relations.

MANUSCRITO

INTRODUCCIÓN

En la sociedad actual, las madres y padres no tienen fácil desarrollar su rol parental. Estudios recientes avalan que el cansancio emocional y físico que se deriva de la carga laboral hace que los padres sean menos propensos a mantener actitudes de diálogo y sensibilidad hacia las necesidades de los hijos (1).

Es necesario reflexionar sobre el papel de la familia en la sociedad actual y al mismo tiempo plantearse si desde el ámbito de las políticas públicas se debe de promover un mayor apoyo a las familias. Sabemos que un entorno estructurado, estimulante y capacitador favorecerá un desarrollo adecuado de los hijos.

Es fundamental entender que las familias son las protagonistas y que la intervención de los profesionales debe ser entendida como una oportunidad para potenciar las capacidades de los progenitores y no desde un punto de vista de crear una dependencia de la familia hacia el profesional.

El presente trabajo surge como una inquietud de los autores por revisar que se entiende por parentalidad positiva y conocer qué programas de promoción sobre parentalidad se están realizando en Andalucía.

OBJETIVOS

Esta revisión de la literatura tiene por objeto definir que es la parentalidad positiva y revisar si actualmente existen programas de promoción sobre parentalidad en el Sistema Sanitario Andaluz.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica durante el primer semestre de 2018, consultando en GuíaSalud y en el buscador Gerión de la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Andaluz. Para ello, se emplearon los descriptores “parentalidad positiva” y “sistema sanitario”. Se limitó la búsqueda a documentos con una fecha limitada desde el 2013 hasta la actualidad sin hacer restricción de idiomas.

- En Guía Salud con los descriptores utilizados no se encontró ningún resultado.

- En Gerión se encontró 33 resultados, de los cuáles se seleccionaron 8 documentos.

Para la selección de los artículos se tuvieron en cuenta aquellos que podían dar respuesta a los objetivos que se han descrito anteriormente en esta revisión bibliográfica y que tuvieran una calidad metodológica adecuada.

Para realizar la lectura crítica de los artículos seleccionados no se han utilizado ninguna herramienta metodológica como ayuda, si no que los propios autores de este manuscrito han sido los que han evaluado la evidencia encontrada, considerando su validez, relevancia y aplicabilidad de los resultados a nuestro medio como criterios. Se excluyeron aquellos artículos que no estudiaban la parentalidad en el ámbito de la salud.

RESULTADOS

La palabra parentalidad no está recogida en el diccionario de la Real Academia Española, pero cada vez es más frecuente encontrarla en la literatura.



No se ha encontrado ninguna Guía de Práctica Clínica al respecto, pero sí numerosas fuentes primarias y distintos programas y proyectos de promoción de la parentalidad positiva que se están realizando a nivel nacional y en Andalucía.

Antes de pasar a definir qué se entiende por “parentalidad positiva”, creemos conveniente resumir los principales argumentos por los cuales surge este concepto.

JUSTIFICACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA PARENTALIDAD POSITIVA

En la sociedad actual, las madres y padres no tienen fácil desarrollar su rol parental. Se trata de una tarea compleja y los cambios sociales y demográficos actuales no ayudan a ello: inestabilidad económica, incorporación de la mujer al mundo laboral, necesidad de redefinir los roles de género dentro de la familia para conciliar la vida familiar y laboral, existencia de una mayor diversificación de estructuras familiares diferentes, nuevos valores y comportamientos, diversidad de culturas, etc.

Tampoco podemos olvidar que las familias requieren de apoyos para llevar a cabo la tarea de crianza y socialización de sus hijos. Cada familia tendrá unas necesidades de apoyo diferentes, según las características de los padres, de las necesidades educativas de los hijos y del contexto psicosocial de la familia, caracterizado por tener más o menos factores de protección y de riesgo (2).

A nivel político e institucional se asume la responsabilidad de apoyar a las familias en la crianza de sus hijos, sobre todo, a partir de la Recomendación 19 del Consejo de Europa (3) sobre Políticas de Apoyo al Ejercicio Positivo de la Parentalidad. A partir de esta directriz, el apoyo a las familias ocupa un lugar destacado en las políticas sociales de la mayoría de los países.

DEFINICIÓN DE PARENTALIDAD POSITIVA

El Consejo de Europa, en su recomendación sobre políticas de apoyo al ejercicio positivo de la parentalidad, define la parentalidad positiva como “el comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del menor, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación que incluyen el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño” (3).

El ejercicio positivo de la parentalidad debe estar fundamentado en el afecto, el apoyo, la comunicación, la estimulación y la estructuración en rutinas, en el establecimiento de límites, normas y consecuencias, así como en el acompañamiento y la implicación en la vida cotidiana de los hijos e hijas (4).

El trabajo con las familias bajo el paraguas de la parentalidad positiva implica un cambio de paradigma ya que supone la superación de un modelo de intervención familiar basado en el déficit para encaminarnos hacia un enfoque de la intervención familiar basado en la prevención y en la promoción. De esta manera, se amplía el ámbito de actuación a todas las familias, no únicamente a las que presenta situaciones desventajas socio-económicas y se centra en las fortalezas de la familia, favoreciendo el desarrollo personal y social de los progenitores y potenciando sus fuentes y recursos de apoyo (4).

Para ganar salud, se requiere más inversión en educación que en coerción (5). La educación para la salud pretende capacitar a las personas, mientras que la coerción, presiona directamente con estímulos (prohibiciones, castigos) para lograr un comportamiento específico y no busca aportar capacitación ni desarrollo personal ni social.

Los programas psicoeducativos de formación y apoyo familiar son un vehículo idóneo para satisfacer las necesidades de apoyo en materia de parentalidad positiva (4).

La autoridad no se impone sino que hay que legitimarla con el afecto, el apoyo, el acompañamiento y el interés mostrado por el mundo de los hijos e hijas.

La parentalidad positiva plantea varias estrategias correctivas muy válidas, alternativas al castigo corporal y a los gritos e insultos, como saber explicar, negociar, retirar privilegios, solicitar la compensación de daños cau-



sados, modelar una conducta alternativa que sea positiva y también ignorar un comportamiento inadecuado para conseguir su extinción, entre otras posibilidades (6).

PROGRAMAS SOBRE PARENTALIDAD POSITIVA

Se considera que los programas de promoción de parentalidad positiva deben de contar con un análisis de las necesidades y fortalezas del colectivo para el que se planifica la intervención.

Se da importancia al mapeo de los activos de salud del contexto en que se vaya a desarrollar el programa, es decir, los recursos ya existentes, así como la capacidad, las habilidades, los conocimientos y las conexiones ya disponibles en la comunidad.

A nivel nacional se han realizado distintos programas bajo el enfoque de prevención y promoción de las capacidades parentales. Algunos estudios (2) se han centrado sobre todo en familias con un perfil sociodemográfico de mayor vulnerabilidad social, donde se ha demostrado como estos programas ayudan a fortalecer las competencias parentales.

A continuación se presentan algunas de las iniciativas más recientes en esta línea dirigidas a promover la parentalidad positiva desarrolladas en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

PROMOCION DE LA PARENTALIDAD POSITIVA EN ANDALUCIA

Uno de los primeros programas y del que se cuenta con datos de su evaluación, es el Programa de Formación y Apoyo Familiar Se trata de un programa de promoción de parentalidad positiva dirigido a familias en situación de riesgo usuarias de servicios sociales, con evidencias de eficacia y eficiencia (7). Este programa forma parte del Plan Municipal de Prevención y Atención a la Infancia y Adolescencia en Riesgo de Sevilla y se lleva a cabo desde 2005.

Andalucía ha sido puntera a nivel nacional a la hora de implementar iniciativas sobre parentalidad positiva. Ha sido pionera al incorporar la parentalidad positiva en programas que se aplican desde el ámbito sanitario y no se plantean como programas independientes, sino integradas dentro del Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía.

Los programas que se describen a continuación están en fase de implementación y no se disponen de momento de datos sobre el impacto de estos programas.

Apego: Promoción de la Parentalidad Positiva en el Sistema Sanitario Público Andaluz.

La Consejería de Salud de Andalucía en colaboración con el departamento de Psicología Evolutiva de la Universidad de Sevilla ha desarrollado el proyecto “Apego: Promoción de la Parentalidad Positiva en el Sistema Sanitario Público Andaluz”.

El proyecto “Apego” engloba todas aquellas propuestas dirigidas a favorecer, en el marco de la asistencia sanitaria, que padres y madres adquieran competencias y habilidades que les ayuden en la crianza y el apoyo a sus hijos e hijas (8).

“Ventana Abierta a la Familia” es otra estrategia del Sistema Sanitario Público de Andalucía que busca fomentar la salud infantil y apoyar a los padres y madres en la crianza de sus hijos e hijas y que refuerza, por tanto, esta orientación hacia la promoción de parentalidad positiva que es el proyecto “Apego”

Promoción de la parentalidad positiva en padres y madres de bebés prematuros

La prematuridad suele requerir una mayor complejidad y necesidad de cuidados específicos. El Servicio Andaluz de Salud (SAS) para promover un ejercicio positivo de la parentalidad en esta situación propone una serie de guías y material de apoyo para aumentar la autonomía y confianza de padres y madres para el afrontamiento saludable y satisfactorio del nacimiento y la crianza de su hijo o hija. Se ofrece materiales tanto para profesionales como para los padres, con la intención de abordar las principales vivencias y preocupaciones



que suelen tener los profesionales y los progenitores (9). Además ofrecen contenidos específicos, durante la hospitalización, tras el alta y en el hogar familiar. En la web del SAS se puede tener acceso gratuito a todo este material (10), donde se incluyen:

- Guía para madres y padres de bebés prematuros durante la hospitalización.
- Guía para madres y padres de bebés prematuros tras el alta hospitalaria
- Sesiones grupales dirigidas a madres y padres de bebés prematuros. Guía para profesionales
- Presentaciones en PowerPoint con temas específicos.

CONCLUSIONES

Con este trabajo se ha querido poner el acento en las dificultades que atraviesan los progenitores en la crianza de sus hijos pero sin querer contribuir a una posible patologización de la crianza. No se busca culpabilizar a los padres o colocarlo en una posición de incapacidad. Todo lo contrario, los padres son desde el punto de vista de salud comunitaria, unos magníficos agentes de salud, susceptibles de ser destinatarios de intervenciones que, con toda certeza, van a generar salud en la población, en mayor o menor medida. Se tratará entonces de facilitar esa tarea por parte de las instituciones y de los profesionales.

Los profesionales no deben de colocarse en el rol del experto que enseña a unos padres inhábiles a criar a los hijos sino, por el contrario, como colaboradores necesarios para potenciar el aumento de la capacidad de los padres. Es bajo esta visión donde surge la promoción en la parentalidad positiva.

Los profesionales sanitarios y enfermería en concreto, pueden contribuir a este empoderamiento de los progenitores y a satisfacer sus necesidades de apoyo en materia de parentalidad positiva, bajo un enfoque de prevención y promoción de la salud.

Existe evidencia suficiente sobre la necesidad de disponer de herramientas y recursos psicoeducativos para promover un ejercicio positivo de la parentalidad. El Sistema Sanitario Público Andaluz es pionero y ofrece diferentes herramientas (proyecto “Apego”, “ventana abierta a la familia”, etc.) tanto para los padres como para los profesionales que pueden ayudar a satisfacer sus necesidades.

Entre las limitaciones de este estudio, comentar que al tratarse de una revisión narrativa no es posible establecer una serie de recomendaciones categóricas para la toma de decisiones en la práctica clínica

El reto actual se sitúa en garantizar que las iniciativas de parentalidad positiva que se ponen en marcha cumplan con los estándares de calidad reconocidos y que se evalúen su impacto y aplicabilidad.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores manifiestan que no existe conflicto de intereses en la elaboración de este artículo.



BIBLIOGRAFÍA

- [1] Matteoni, M. (2017). Estudio descriptivo sobre la influencia de la situación laboral de los padres en el ejercicio de la Parentalidad Positiva. Repositorio Institucional de la Universidad de Alicante. Departamento de Enfermería. [online] Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/67208> [Acceso 22 Abril 2018]
- [2] Peña, M., Márquez, L., Rodrigo, M. J. (2014). Efectos de la inclusión de contenidos de desarrollo personal en un programa de educación parental para familias en riesgo psicosocial. *Anales de Psicología*, 30(1), 201-210. [online] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282014000100021&lng=en&nrm=iso&tlng=es [Acceso 17 Abril 2018]
- [3] Consejo de Europa (2006). Recomendación Rec 19 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre políticas de apoyo al ejercicio positivo de la parentalidad. [online] Disponible en: <http://www.coe.int/es> [Acceso 13 Abril 2018]
- [4] Jiménez García, L., Hidalgo García, M.V. (2016). La incorporación de prácticas basadas en evidencias en el trabajo con familias: los programas de promoción de parentalidad positiva. *Apuntes de Psicología*, 34 (2-3), 91-100. [online] Disponible en: <http://hdl.handle.net/11441/64443> [Acceso 17 Abril 2018]
- [5] Pérez Jarauta, M. J., Echauri Ozcoidi, M. (2013). Educación versus coerción: una apuesta decidida por la educación para la salud. *Gaceta Sanitaria*, 27(1), 72-74. [online] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112013000100014 [Acceso 14 Abril 2018]
- [6] Rodrigo, M.J., Márquez, M.L., Martín, J.C., Rodríguez, B. (2015). Manual práctico de parentalidad positiva. La parentalidad positiva desde la prevención y promoción. ISBN 978-84-995884-8-3, págs. 25-43. [online] Disponible en: www.academia.edu/download/48827126/Lect._Oblig._Un.1_Rodrigo_et_a._2015_Manual_practico_en_parentalidad_positiva.pdf [Acceso 17 Abril 2018]
- [7] Hidalgo García, M.V., Sánchez Hidalgo, J., Lorence Lara, B., Menéndez Álvarez-Dardet, S., Jiménez García, L. (2014). Evaluación de la implementación del Programa Formación y Apoyo Familiar en Servicios Sociales. *Escritos de Psicología*. 7(3), 33-41. [online] Disponible en: <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2014.1211> [Acceso 19 Abril 2018]
- [8] Palacios González, J., Moreno Rodríguez, M.C., González Rodríguez, M.M., Oliva Delgado, A., Hidalgo García, M.V., Jiménez Morago, J.M., Antolín, L., Jiménez, L., López, F., Román, M., Estévez, R., Mena, A., Ortega, M., Pascual, D. (2014). Proyecto APEGO sobre evaluación y promoción de competencias parentales en el sistema sanitario público andaluz. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Repositorio SSPA [online] Disponible en: <https://www.repositoriosalud.es/handle/10668/1784> [Acceso 17 Abril 2018]
- [9] Estévez Campos, R.M., Román Rodríguez, M., Moreno Rodríguez, M.d.C. y Palacios González, J. (2016). Programa andaluz para la promoción de la parentalidad positiva en nacimientos prematuros. *Apuntes de Psicología*, 34 (2-3), 107-112 [online] Disponible en: <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/64457> [Acceso 19 Abril 2018]
- [10] Juntadeandalucia.es. (2018). Portal de la Consejería de Salud. [online] Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/P_2_PROMOCION_DE_LA_SALUD/apego/apego?perfil=org&desplegar=/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/&idioma=es&tema=/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/P_2_PROMOCION_DE_LA_SALUD/apego/&contenido=/channels/temas/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/P_2_PROMOCION_DE_LA_SALUD/apego/apego [Acceso 10 Abril 2018]



EL COLEGIO PREMIA A LOS MEJORES EXPEDIENTES DEL GRADO DE ENFERMERÍA 2018

Victoria Contreras Blancas

Responsable de Comunicación del Colegio de Enfermería de Málaga

Según el acuerdo de la Junta de Gobierno, por segundo año consecutivo vez se ha reconocido el esfuerzo y el mérito de quienes han obtenido la mejor nota académica en los estudios de grado de la UMA en el curso 2017/2018 en la convocatoria de junio. Se concede así, la colegiación gratuita en el colegio durante los cuatros años siguientes a su graduación facilitando la incorporación al mercado laboral.

En junio, en las respectivas graduaciones de Enfermería de la UMA, se distinguió a Bárbara Godino, M^a José Jiménez y José María Gamero (centro adscrito de RONDA) por haber logrado hacerse con los mejores expedientes. Desde el Colegio los felicitamos y aprovechamos para conocer qué planes de futuro tienen en la profesión.

¿Por qué decidisteis estudiar enfermería?

Bárbara: De todas las carreras de la rama sanitaria, la que me llamó más la atención fue enfermería porque se centra en el paciente y por eso se diferencia del resto. Por suerte, nunca había tenido mucho contacto con el Hospital así que no sabía cómo sería realmente.

M^aJosé: ¿Digo la verdad? No entré en Medicina.

José María: Yo igual.

¿Cómo valoráis la formación de estos cuatro años? Alguna asignatura, alguna anécdota...

Bárbara: Muy completa aunque hace falta incidir en algunos aspectos. Es verdad que los profesores nos dicen que ellos nos dan las herramientas y ya nosotros debemos profundizar y las prácticas son muy completas pero siempre hay cosas que se podrían mejorar.

M^aJosé: Somos muy afortunados. Es verdad que necesitamos seguir formándonos después de la universidad pero creo que realmente podemos atender bien a los pacientes desde el primer día. Lo que más me ha gustado ha sido la parte de emergencias.

José María: La calidad de la Escuela de Ronda es muy buena pero destacaría aún más la parte práctica y que en cuarto podemos hacerlo en cualquier centro de Málaga. Como anécdota diría que en primero no nos dejaban hacer nada (risas).

¿Cómo se consigue el mejor expediente de la Escuela?

Bárbara: Tiene que gustarte y dedicarle horas de estudio. Hay que esforzarse.

M^aJosé: Hay que estudiar pero tampoco me ha parecido una barbaridad. Se puede salir y estudiar algunas cosas los días antes...no es como la gente piensa.

José María: Yo le he dedicado bastantes horas porque no soy de darme atracones el día de antes con los apuntes.

¿Y ahora qué?

Bárbara: Lo que más me ha gustado es la UCI, así que tengo claro que voy a tirar por ahí. Me estoy formando en esa especialidad. Quiero hacer un máster, el doctorado...y me gustaría trabajar en la Universidad. De momento solo sigo formándome pero no descarto compaginarlo con trabajo.



M^aJosé: Ahora estoy trabajando, no en lo que me gusta, pero como un periodo para ganar dinero y formarme en emergencias y críticos que es donde querría trabajar.

José María: Yo también estoy trabajando ahora y he echado la preinscripción para algún máster en Málaga y en Andalucía. Mi objetivo es hacer el doctorado y terminar dando clases en la Universidad.

¿Cómo valoras esta ayuda a la colegiación?

Bárbara: No me la esperaba, pero es muy motivante para esforzarse.

M^aJosé: No tenía ni idea, aunque sí había oído que algunos colegios lo hacían. Y lo que no esperaba es que me lo dieran a mí. Lo veo fundamental porque te ahorras la colegiación durante cuatro años mientras empiezas a trabajar.

José María: Es una motivación grande porque supone un ahorro importante.

Lo que más destaca de la profesión

Bárbara: La esencia de la enfermería. El ayudar a las personas que al mismo tiempo te ayudan a ti. Eso no lo encuentras en otras profesiones.

M^aJosé: El trato tan cercano al paciente. Yo no sabía lo que era hasta que empecé. Y me gusta cómo te dan las gracias o el cariño que muestran.

José María: Me sorprendió gratamente que me gustara tanto. Después de la decepción de no poder entrar en



Los premiados junto al presidente del Colegio, la vicedecana de la UMA y la directora académica en Ronda.



EL IBIMA, LA UMA Y EL COLEGIO DE ENFERMERÍA DE MÁLAGA ORGANIZAN UN ENCUENTRO INTERNACIONAL EN TORNO AL RACIONAMIENTO DE LOS CUIDADOS EN ENFERMERÍA

Victoria Contreras Blancas

Responsable de Comunicación del Colegio de Enfermería de Málaga

Durante los días 26 y 27 de septiembre, ha tenido lugar en el Colegio Oficial de Enfermería Málaga y en la Universidad de Málaga, un taller de la RANCARE 'Rationing Missed Nursing Care: An international and multidimensional problem', dentro del programa de Cooperación Europea en Ciencia y Tecnología (COST), en el que participan tres enfermeros de los hospitales públicos de Málaga.

Con el título 'Visibilidad y conocimiento acerca del fenómeno del racionamiento de los cuidados en Enfermería', distintos profesionales han dado cita en el encuentro para exponer y debatir en torno a distintas temáticas relacionadas con la importancia de optimizar adecuadamente los recursos disponibles en el campo de la enfermería.

El objetivo del programa europeo - y del evento celebrado para la ocasión - ha permitido conocer y analizar el concepto de racionamiento y omisión de los cuidados enfermeros, dar visibilidad al problema y a posibles herramientas para minimizar su impacto en los cuidados de la enfermería, así como animar a la implicación de los gestores de enfermería en la búsqueda de recursos que permitan aliviar posibles problemas que el racionamiento y omisión de cuidados puedan causar.

El presidente del Colegio de Enfermería de Málaga, Juan Antonio Astorga, ha expresado su "orgullo y satisfacción para este Colegio contribuir a este encuentro europeo, y señalar que tres miembros integrantes del grupo son colegiados malagueños". También ha añadido, "la importante contribución de la UMA a través de su departamento de Enfermería y del sistema sanitario público".

Astorga ha indicado que "Visibilizar los cuidados enfermeros, demostrar que su déficit puede generar problemas de salud, en algunos casos muy relevantes, debe concienciarnos a todos para contribuir a destacar que la protección de la salud ha de estar unida a la calidad de los cuidados enfermeros y a una dotación adecuada de los mismos a las necesidades de la población".



El presidente junto a los enfermeros del programa COST.



Il. Coleg. Oficial de Enfermería de Málaga

LOS ENFERMEROS

El encuentro cobra más trascendencia al ser la primera vez que profesionales de enfermería andaluces están representados a nivel nacional en la red COST. En este sentido, han participado activamente como organizadores Cristóbal Rengel y Ángela Torres, matronas del Hospital Universitario Virgen de la Victoria y del Hospital Regional Universitario de Málaga, respectivamente; junto con Antonio Zamudio, miembro del Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA) y enfermero coordinador de cuidados de la Unidad de Gestión Clínica de Oncología Médica. Los tres profesionales malagueños, cuentan con una cuarta integrante; Pilar Fuster, profesora de la Universidad Internacional de Cataluña, quienes conforman el grupo español del Comité de Gestión de esta red de colaboración específica.

Según palabras de **Rengel**, “la creciente evidencia de que la prevalencia de racionamiento de los cuidados enfermeros es alta en los hospitales a nivel internacional, siendo algo que está asociado a resultados negativos para los pacientes, la enfermería y la organización”. No obstante, ha destacado que la RANCARE tiene como prioridad “facilitar la discusión sobre el racionamiento en la atención de enfermería basada en un enfoque comparativo transnacional con implicaciones para la práctica y desarrollo profesional”, ha declarado.

Además, ha resaltado que la forma de lograrlo sería “gracias a la colaboración,



Cristóbal Rengel.

el trabajo en red y el intercambio de experiencias y conocimientos a nivel europeo e internacional, así como mediante la integración de diferentes disciplinas y enfoques, incluyendo la enfermería, la ética, los estudios de atención de la salud en general, la economía y la política social”.



Antonio Zamudio.

Por su parte, según palabras de **Zamudio**, “la importancia de la celebración de un evento así, radica en la necesidad de dar visibilidad y concienciación al fenómeno del racionamiento en los cuidados de la enfermería”. En este sentido, ha manifestado que es “muy positivo la organización de actividades e iniciativas de esta naturaleza, para revertir la omisión de cuidados en enfermería al ser poco conocido en nuestro país”, ha subrayado.

Para la matrona **Ángela Torres**, la celebra-

ción en Málaga de estas Jornadas de RANCARE “es un privilegio ya que participan investigadores consolidados y de renombre donde hay un enriquecimiento mutuo estudiando y abordando el concepto MISSEDCARE desde distintas vertientes”, ha manifestado. En este sentido, Torres resaltó que “la cita tiene como objetivo acercar a la enfermería malagueña este concepto relativamente nuevo”.



Ángela Torres.



PROGRAMA

La primera de las jornadas, en la tarde del 26 de septiembre, en el Colegio Oficial de Enfermería de Málaga, ha contado con la conferencia por parte de la profesora Dr. Evridiki Papastarvou, presidenta de la COST ACTION RANCARE, miembro de la Universidad de Chipre, quien ha ofrecido su punto de vista internacional y multidimensional del fenómeno de racionamiento de los cuidados en enfermería.



Los enfermeros COST antes de la sesión en la Universidad.

La segunda jornada se ha iniciado en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga con la apertura institucional a cargo de Juan Antonio Astorga, presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Málaga; Pedro Valdivielso, vicedirector científico del Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA); e Isabel Jiménez, Delegada del Rector para la Igualdad y la Acción Social de la Universidad de Málaga.

La Dra. Terry Jones, profesora asociada del departamento de salud del adulto y sistemas enfermeros de la Universidad de Richmond en Estados Unidos, ha iniciado con su intervención el segundo día de este encuentro internacional. Le ha seguido la ponencia del profesor Dr. Walter Sermeus, por parte del KU Leuven Institute for Healthcare Policy, de Bélgica, quien ha compartido las características organizativas hospitalarias del impacto de la contratación enfermera en los cuidados, deserción enfermera y resultados en los pacientes.

La mañana ha continuado con una exposición de la guía clínica para gestores enfermeros con buenas prácticas en la promoción de la seguridad del paciente, impartida por el profesor Dr. Raúl Carrilho Cordeiro de la Escuela Superior de Salud del Instituto Politécnico de Portalegre en Portugal.

La tarde se ha iniciado con la seguridad del paciente y concepto de “MISSEDCARE” en el currículum de estudiantes de enfermería, por parte del profesor Dr. José Miguel Morales Asencio, investigador del IBIMA y del departamento de enfermería de la Universidad de Málaga. La jornada ha culminado con las conclusiones por parte de los miembros del Comité de Gestión, la Dra. Pilar Fuster, el Dr. Cristóbal Rengel, la Dra. Ángela Torres y Antonio Zamudio.

PROGRAMA COST

El programa europeo COST tiene como objetivo el fortalecimiento de la investigación científica y técnica en Europa, financiando el establecimiento de redes de colaboración entre investigadores de distintas empresas y ámbitos participantes para trabajar de manera coordinada. El objetivo principal de esta acción RANCARE específica es proporcionar un espacio de discusión sobre la necesidad del racionamiento en la atención de enfermería basada en un enfoque comparativo transnacional, con implicaciones para la práctica y desarrollo profesional. El proyecto, que comenzó en el pasado otoño de 2016, se encuentra justo en el ecuador de su desarrollo y cuenta con cuatro grupos de trabajo y dos comités horizontales encargados de la supervisión de las actividades. En esta acción participan profesionales de 28 países de todas las disciplinas: enfermería, psicología, ética, economía de la salud, gestión de la salud, responsables políticos, formadores educativos y grupos de pacientes.

TODAS LAS FOTOS DEL EVENTO EN LA GALERÍA DE LA WEB



Il. Colegio Oficial de Enfermería de Málaga