

---

# Estandarización de los cuidados de enfermería en los pacientes ingresados en un centro penitenciario

MM Martínez-Delgado

Enfermera del Centro Penitenciario de Soria.

---

## RESUMEN:

**Objetivo:** Desarrollar el formato Proceso de Atención de Enfermería Estandarizado (PAE) en los pacientes ingresados en un centro penitenciario.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo trasversal, realizado a una muestra de treinta pacientes ingresados en el Centro penitenciario de Soria entre Marzo y Junio del 2011. Se realiza una recogida de información mediante una revisión de las historias clínicas y la realización de una entrevista de valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon. Posteriormente se obtienen los Diagnósticos enfermera utilizando taxonomía NANDA, (Nor American Nursing Diagnosis Asociacion) así como los problemas interrelacionados. Mediante taxonomía NIC (Nursing Interventions Clasification) Clasificaciones de intervenciones de enfermería y NOC (Nursing Outcomes Clasification). Clasificación de resultados de enfermería, se marcan las actividades y los criterios de resultados para cada diagnostico, del mismo modo para los problemas interrelacionados.

**Resultados:** Los diagnósticos enfermeros encontrados en la muestra de pacientes analizada, así como la frecuencia de los mismos, ponen de manifiesto las peculiaridades en cuanto a las necesidades de cuidados de salud de la población penitenciaria, lo que hace posible realizar Planes de Cuidados enfermeros estandarizados para la población objeto de estudio, que faciliten la continuidad de dichos cuidados.

**Palabras clave:** Taxonomía; Diagnóstico; Atención de Enfermería; Prisiones; Enfermería Práctica; Enfermería Basada en la Evidencia; Consenso; España.

---

## STANDARDISATION OF NURSING CARE AMONGST PATIENTS IN PRISON

### ABSTRACT:

**Objective:** To develop the Standardized Nursing Care Process format amongst patients in a prison.

**Material and methods:** Observational, descriptive study, conducted on a sample of thirty patients in Soria Prison between March and June 2011. We collected information via a review of medical records and conducted an interview of nursing assessments using functional patterns. Subsequent nursing diagnoses and interrelated problems were obtained using NANDA taxonomy.

The subsequent use of NIC and NOC taxonomy marked the activities and performance criteria for each diagnosis, in the same way as for interrelated problems.

**Results:** The nursing diagnoses found in the patient sample analyzed, and the frequency thereof, reveal peculiarities in terms of the health care needs of the prison population, which makes it possible to standardize nursing care plans for the population under study.

**Keywords:** Taxonomy; Diagnosis; Nursing care; Prisons; Nursing, Practical; Evidence-Based Nursing; Consensus; Spain.

---

Fecha recepción: 21-04-2013

Fecha aceptación: 02-09-2013

## INTRODUCCIÓN

Durante la última década, en la enfermería española se han producido una serie de cambios importantes, que han hecho de ella, una de las profesiones con mayor desarrollo profesional. Los logros alcanzados por la enfermería a lo largo de los años son fruto de un profundo trabajo, llevado a cabo por muchos profesionales de la enfermería, que consideran que la enfermera/o tiene un rol independiente además de un rol de colaboración con otros profesionales sanitarios y es además una reivindicación justificada e histórica.

La enfermería penitenciaria no ha sido ajena a estos logros profesionales y aunque en las últimas décadas los cambios dentro de las prisiones, han sido muy importantes, es necesario que el trabajo de las enfermeras se desarrolle conforme a los nuevos modelos de enfermería. Como toda profesión, tenemos un cuerpo de conocimiento propio y unas leyes unificadas, que desarrollan ciertos modelos conceptuales básicos e imprescindibles, para poder llevar a cabo de forma ordenada y científica, nuestra práctica diaria. Esta práctica puede servir como motor de investigación, dando cada vez más solidez a nuestra profesión, garantizando la unificación en la prestación de cuidados, sirviendo para unificar criterios, ayudar a la formación de alumnos de enfermería y como referente en la formación continuada de todos los profesionales.

El proceso enfermero (PAE) describe cómo las enfermeras organizan el cuidado de personas, familias, grupos y comunidades. Este proceso ha sido ampliamente aceptado por las enfermeras desde 1967. Actualmente el proceso enfermero se define como un proceso cíclico de cinco partes que incluye valoración, diagnóstico, planificación y evaluación. Las enfermeras constantemente usan el juicio clínico para dar sentido a los datos de la valoración, como base para la realización de las intervenciones enfermera que emplean, con el fin de conseguir resultados positivos para la salud. Los diagnósticos enfermera no son ni más ni menos, que interpretaciones científicas, procedentes de los datos de la valoración, que se usan para guiar a la enfermera en la planificación, implementación y evaluación. Este juicio clínico que la enfermera realiza no es ni más ni menos que un diagnóstico enfermero (Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia, o comunidad a procesos vitales, problemas de salud reales o potenciales, que proporcionan la base de la terapia para el logro de objetivos, de los que la enfermera es responsable y en los que actúa de forma independiente).

El proceso de atención de Enfermería y con él los Diagnósticos Enfermera así como su utilización, se

consideran la piedra angular del desarrollo de la enfermería profesional y son la base para el trabajo profesional, independientemente del entorno en el que se realice. Se hace necesario el establecimiento de un modelo de enfermería basado en el proceso enfermero, que de forma filosófica específica guíe y conduzca la práctica de la enfermería en los centros penitenciarios españoles. Esto hará que se produzca un desarrollo profesional similar al de otras instituciones de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS).<sup>1-6</sup>

Algunos autores, como Alfaro y Cardenito, proponen el uso de una lista de diagnósticos de enfermería para cada grupo de pacientes, con el fin de facilitar la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Esta lista de diagnósticos de enfermería es lo que se denomina Plan de cuidados estandarizados (PCE) o Mapa de cuidados enfermeros, para un grupo de pacientes.

Un plan de cuidados estandarizado es el resultado de un trabajo fundamentado científicamente, en el que se definen las respuestas de una persona, familia o grupo tipo, a una situación de salud y en el que se especifica la responsabilidad y actuación de enfermería para cada una de esas situaciones. Además, utiliza un lenguaje común a toda la enfermería (NANDA, NIC, NOC). Un PCE es además un instrumento de gestión, ya que identifica situaciones en las que intervienen enfermeras, de forma autónoma o como parte de un equipo, y determina las actividades que realizan para conseguir unos resultados en salud. Ayuda a crear una base de conocimiento científico en el que se basa la teoría y la práctica enfermera, lo cual se logra mediante la generación y validación de conocimientos que promueva mejores resultados en la práctica.<sup>7-13</sup>

La población penitenciaria española al igual que la de otros países de nuestro entorno, presenta unas características socio-sanitarias propias que a su vez determinan unas necesidades de cuidados de enfermería propios. Este convencimiento de que estamos ante una población con unas características peculiares, nos viene dado no solo por la propia experiencia profesional, sino por numerosos estudios que describen la población penitenciaria con unos problemas de salud característicos.<sup>14-17</sup>

Si hacemos referencia a estas características socio-sanitarias, debemos destacar la alta prevalencia de enfermedades graves de tipo infectocontagiosas, de gran repercusión social y económico para la sociedad, VIH, hepatitis C, tuberculosis, drogodependencias, son características de la población penitenciaria y en los últimos años merece una atención especial la alta prevalencia de pacientes con trastornos mentales, siendo una característica la asociación de esta patología con

el consumo de drogas, lo que se denomina patología dual. Respecto a las características socio- económicas debemos destacar el porcentaje tan elevado de población inmigrante que ocupan los centros penitenciarios y que en general presenta unas carencias económicas muy superiores a la población general.

En cuanto al perfil demográfico contamos con una población joven en la que aproximadamente el 70% tiene menos de 40 años, con un nivel cultural bajo en la que la mayoría de las veces su entrada en prisión supone el primer contacto con la sanidad.

En el momento del estudio el Centro Penitenciario de Soria cuenta con 185 internos de los cuales un 5% son VIH positivos, de ellos el 88% están en Tratamiento Anti Retroviral de Gran Actividad (TARGA). Un 30% de pacientes tiene marcadores positivos para VHC; un 17% están en programa de mantenimiento con metadona y el 50% de pacientes están en tratamiento con algún tipo de psicofármaco bien por un problema de salud mental o bien por su problema de drogodependencia no resuelto.

El objetivo principal de este estudio no es otro que establecer la hipótesis de que la población penitenciaria española reúne los requisitos necesarios para poder crear unos planes de cuidados estandarizados. Estos planes de cuidados harían que la práctica diaria en las prisiones españolas se fundamentara en un conocimiento científico, ayudaría a unificar criterios, a una continuación de los cuidados enfermeros cuando nuestros pacientes son trasladados y, en definitiva, a hacer que el trabajo de los enfermeros sea reconocido por el resto de profesionales de nuestro entorno y fuera de él.

## MATERIAL Y MÉTODO

Es un estudio descriptivo trasversal, realizado entre marzo – junio del 2011 a una muestra de 30 pacientes varones, ingresados en el centro Penitenciario de Soria. Los 30 pacientes fueron elegidos mediante un muestreo estratificado, de forma que a los 185 pacientes que había en el centro en el momento de hacer el muestreo, se les organizó en grupos según la patología médica que presentaban y según su inclusión en alguno de los programas sanitarios del centro como:

(1) – Pacientes VIH (+), (2) - Pacientes que presentan marcadores positivos para VHC, (3)- Pacientes en tratamiento con metadona, (4) Pacientes que en el programa de TBC presentan una prueba de tuberculina (+), (5) - Pacientes incluidos en el PAIEM (Programa de Atención Integral al Enfermo Mental) y (6) - Pacientes de reciente ingreso en el centro. Para

formar el grupo<sup>6</sup> de pacientes se eligió los ingresos del mes de marzo del 2011, la elección del mes de marzo fue debido a que fue el mes anterior a la elección de la muestra. Se eligió un muestreo estratificado para que en la muestra se encontraran individuos de todas las patologías médicas características de la población penitenciaria. Se eligieron 30 pacientes como muestra, porque en el momento de realizar el estudio eran cinco los pacientes VIH positivo que había en el Centro Penitenciario de Soria, por lo tanto solo podíamos incluir esos cinco y se eligieron cinco de cada uno de los grupos para que los grupos fueran uniformes en cuanto a nº. Se extrajeron listas por orden alfabético mediante sistema informático SANIT (Sistema informático de recogida de datos utilizado en Instituciones Penitenciarias (IIPP)) y se eligió a los pacientes que ocupaban las posiciones impares en dichas listas, en un nº de cinco pacientes por grupo. A cada uno de estos pacientes se les asignó un nº de orden del 1 al 30 y se denominó caso 1, 2, etc. Se pidió autorización para la realización del estudio a la Dirección General de IIPP. A cada uno de los pacientes se les explicó el motivo por el cual se les iba a incluir en el estudio y firmaron el correspondiente consentimiento informado. Posteriormente se realizó una valoración de enfermería, mediante los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon. I. Percepción y cuidado de la salud, II. Nutrición/Metabólico. III. Eliminación. IV. Actividad/Ejercicio. V. Sueño/Descanso. VI. Perceptivo/cognitivo. VII. Autopercepción/autoconcepto. VIII. Función/relación. IX. Sexualidad/relación. X. Afrontamiento tolerancia al estrés. XI. Valores y creencias

Para realizar esta valoración se realizaron entrevistas a cada uno de los internos durante el mes de junio del 2011, para ello se utilizó cuestionario diseñado para este fin. Se hizo una revisión de las historias clínicas de los pacientes y se extrajeron datos referentes a su situación vacunal frente a Hepatitis B y Tétanos, serología para VIH, VHC, VHB así como los datos referentes al programa de prevención de TBC (PPD, Rx tórax, presencia de clínica de TBC).

Una vez realizadas todas las valoraciones se realizó un análisis de las cuestiones incluidas en cada uno de los patrones funcionales y se observa si hay alteraciones o no. Con estos datos y utilizando la lista de diagnósticos de enfermería NANDA, así como las características definitorias de cada diagnóstico y los factores relacionados establecemos los Diagnósticos de Enfermería para cada patrón, elaborando una tabla de frecuencias (Tabla 1). Una vez extraídos los diagnósticos de enfermería elaboramos una tabla con los criterios de resultados (NOC) y con las actividades (NIC) en cada uno de los diagnósticos. (Tabla 3).

Hacemos lo mismo con los problemas interrelacionados (Problemas de salud en los que el personal de enfermería interviene aunque no de forma independiente, sino en colaboración con otros profesio-

nales) referentes a vacunación, serología VIH, VHC, datos de TBC etc. Con estos datos hacemos una tabla de frecuencias (Tabla 2) y establecemos objetivos y actividades a realizar en cada caso. (Tabla 4).

Tabla 1. Diagnósticos de enfermería encontrados en la muestra y frecuencia.

Patrones funcionales de M. Gordon	Diagnósticos de enfermería	Nº de pacientes
Percepción y cuidados de la salud	Riesgo de intoxicación	27
	Riesgo de infección	6
	Gestión ineficaz de la propia salud	1
	Conductas generadoras de salud	5
Nutrición y metabólico	Deterioro de la dentición	30
	Desequilibrio nutricional por exceso	17
	Desequilibrio nutricional por defecto	2
	Deterioro de la deglución	1
Eliminación	Deterioro de la eliminación urinaria	1
Actividad y ejercicio	Déficit de actividades recreativas	5
	Deterioro de la movilidad física	2
Sueño y descanso	Alteraciones en el patrón del sueño	5
Cognoscitivo perceptual	Deterioro de la memoria	1
Auto percepción y autoconcepto	Disponibilidad para mejorar el auto concepto	1
	Autoestima situacional baja	1
	Ansiedad	7
Función relación	Deterioro de la interacción social	2
	Proceso familiar disfuncional	23

Tabla 2. Problemas interdisciplinares encontrados en la muestra y frecuencia.

Problema mutidisciplinar	Nº de casos	% de pacientes
Vacunación incompleta	7	23.3
Serología de menos de un año	30	100
VIH +	5	23.3
TARGA	6	20
VHC+	18	60
Ag HBs +	1	3.3
PPD +	16	53.3
T.A superior a 140/90	5	16.6
TTº médico	25	83.3
TTº psicofármaco	23	76.6
TTº con metadona	11	39.9

Tabla 3. Diagnósticos de enfermería resultados (NOC) intervenciones (NIC).

Diagnósticos de enfermería	Resultados (noc)	Intervenciones (nic)
Riesgo de intoxicación	1812 Conocimiento control del consumo de sustancias 1808 Conocimiento de la medicación 1904 Control del riesgo del consumo de drogas	5510 Educación Sanitaria sobre consumo de drogas 2300 Administración de medicación directamente observada.
Riesgo de infección	1807 Conocimiento control de la infección 1813 Conocimiento régimen terapéutico 1823 Conocimiento fomento de la salud. 1805 Conocimiento conductas sanitarias	5510 E/S individual o grupal 8820 Control de enfermedades trasmisibles 2802 Control del riesgo social de enfermedades trasmisibles 6540 Control de infecciones VIH VHC TBC 7910 Consulta de enfermería adherencia a ttº 2300 Administración de medicación 6530 Manejo de la inmunización /vacunación
Gestión ineficaz de la propia salud	1803 Conocimiento proceso de la enfermedad 1813 Conocimiento del régimen terapéutico 2801 Control del riesgo de enfermedad crónica 1811 Conocimiento de la actividad prescrita	5510 E/S individual 5602 Enseñanza proceso de la enfermedad 5616 Enseñanza de la medicación prescrita 2380 Manejo de la medicación
Conductas generadoras de salud	1824 Conocimiento asistencia médica 1602 Conducta de fomento de la salud	5510 E/S individual o grupal 6610 Identificación del riesgo 5430 Grupo de apoyo mediadores en salud 4410 Establecimiento de objetivos comunes 4920 Escucha activa 8700 Desarrollo de un programa
Deterioro de la dentición	1603 Conductas de búsqueda de salud 1602 Conductas de fomento de salud 0308 Cuidados personales: Higiene bucal	5510 E/S sobre hábitos de higiene bucal, sustancias favorecedoras de la aparición de caries 1710 Mantenimiento de la salud bucodental
Desequilibrio nutricional por exceso	1612 Control del peso 1802 Conocimiento de la dieta 1004 Estado nutricional ingestión alimentaria y de líquidos 1009 Estado nutricional ingestión de nutrientes 1005 Estado nutricional: masa corporal 1811 Conocimiento de la actividad prescrita	5614 Enseñanza dieta prescrita 5612 Enseñanza actividad ejercicio prescrito 2240 Manejo de la nutrición 1280 Ayuda a disminuir el peso
Desequilibrio nutricional por defecto	1612 Control de peso 1005 Estado nutricional: masa corporal 1004 Estado nutricional ingestión alimentaria y de líquidos 1009 Estado nutricional ingestión de nutrientes 1811 Conocimiento de la actividad prescrita	5614 Enseñanza dieta prescrita 5612 Enseñanza actividad ejercicio prescrito 2240 Manejo de la nutrición 1240 Ayuda a aumentar el peso
Déficit de actividades recreativas	1604 Participar en actividades de ocio y recreativas adecuadas a su edad y situación	5510 E/S Identificar las actividades que puede realizar en el centro así como sus gustos personales 8700 Desarrollo de un programa de actividades, planificar conjuntamente. 4310 Terapia de actividad

Diagnósticos de enfermería	Resultados (noc)	Intervenciones (nic)
Deterioro de la movilidad física	0208 Nivel de movilidad. 2004 Forma física 0211 Función esquelética	5510 Educación sanitaria 0200 Fomento del ejercicio 0140 Fomento de los mecanismos corporales 0201 Fomento del ejercicio 3420 cuidados del paciente amputado
Alteraciones del patrón del sueño	0003 Descanso 0004 Sueño	5510 E/S Higiene del sueño 1850 Fomento del sueño 2380 Manejo de la medicación 6040 Terapia de relajación simple
Deterioro de la memoria	0900 Capacidad cognitiva 0905 Concentración 0908 Memoria	4760 Entrenamiento de la memoria 8700 Desarrollo de un programa de tareas, calendarios
Disponibilidad para mejorar el auto concepto / autoestima situacional baja	1205 Autoestima 1492 Control de la depresión	5400 Potenciación de la autoestima 4350 Manejo de la conducta 5220 Potenciación de la imagen corporal
Ansiedad	1402 Control de la ansiedad 1404 Control del miedo 1703 Creencias sobre la salud: control percibido	5880 Técnicas de relajación 5820 Disminución de la ansiedad 5230 Aumentar el afrontamiento 6000 Imaginación simple dirigida. 6040 Terapia de relajación simple
Deterioro de la interacción social	0902 Capacidad para comunicarse 1530 Implicación social	4362 Modificación de las conductas: Habilidades sociales 5100 Potenciación de la socialización
Proceso familiar disfuncional	2606 Estado de salud de la familia 2603 Integridad de la familia 1500 Lazos afectivos	7200 Fomento de la normalización familiar 7150 Terapia familiar

Tabla 4. Problemas interdisciplinarios detectados en la muestra, objetivos y actividades de enfermería a realizar.

Problema interrelacionado	Objetivos	Actividades de enfermería
Inmunización incompleta	Completar inmunización frente VHB, VHA y tétanos	Aplicar las dosis correspondientes de cada vacuna.
Infección TBC latente	Detección precoz de clínica TBC	Control mensual/semestral
Infección VHC	Detección precoz de alteraciones hepáticas graves	1. E/S hábitos tóxicos hepáticos 2. Analíticas según protocolo. 3. Aplicación de tratamiento según pauta médica
Hipertensión arterial	Mantener la T/A en límites normales	1. Control periódico de T/A 2. E/S Hábitos alimenticios y ejercicio
Dolor músculo esquelético	Control del dolor	1. E/S Posturas y Ejercicio 2. Administración de medicación
Hiperlipemia	Mantener niveles de colesterol en valores normales	1. E/S Dieta y ejercicio 2. Control analítico según pauta 3. Control adherencia al TT <sup>o</sup>
Infección VIH -SIDA	Mantener niveles inmunidad adecuados	1. Control analítico 2. Consulta enfermería adherencia TT <sup>o</sup> 3. E/S medidas preventivas de contagio de la enfermedad
Epigastralgia	Control del dolor	1. E/S Hábitos alimenticios 2. Administración medicación prescrita

## RESULTADOS

Las características de la muestra analizada: Treinta pacientes varones, ingresados en el Centro Penitenciario de Soria durante el periodo Marzo-Junio del 2011 con una media de edad de 40 años cuyas edades están comprendidas entre los 55 y 22 años. De ellos el 60% estaban solteros y el 40% están o habían estado casados. El 60% de ellos tiene hijos que viven con su pareja o con algún otro familiar.

En lo que respecta a las características sanitarias el 93.3% de pacientes habían consumido algún tipo de drogas ilegales en algún momento de su vida, todos ellos habían consumido tabaco y alcohol. El 63.3% habían sido UDIS (Usuarios de drogas intravenosas) en la actualidad ninguno de ellos utilizaba la vía intravenosa para el consumo. En el momento del estudio estaban en tratamiento con metadona el 40% de la muestra y llevaban algún tipo de tratamiento médico el 83.3%, siendo el 66,6% los que llevan tratamiento con psicofármacos (ansiolíticos, antidepresivos,...). Todos los pacientes estudiados estaban incluidos en el programa de vacunación para tétanos y hepatitis B, de ellos solo siete no habían completado todas las dosis de vacunación, pero estaban en proceso de hacerlo. El 100% de los casos tenía una analítica serológica con marcadores VIH, VHC, VDRL/TPHA; Ag Hbs Ac. HbC, Ac.Hbs de menos de un año, de los cuales un 20% tenían VIH+ y un 60% VHC +, solo un paciente presentaba Ag Hbs +. Con respecto al programa de prevención y control de TBC a todos los pacientes al 100% se les había realizado al menos una prueba de tuberculina, que en 16 casos (53,3%) había resultado positiva.

Se tomó la TA a todos los pacientes y en cinco de ellos se obtuvieron unas cifras superiores a 140/90.

Con respecto al tratamiento médico, veinticinco de los pacientes llevaban algún tipo de tratamiento médico, veintitrés de los cuales era tratamiento con psicofármacos, solo dos de los pacientes llevaban un tratamiento médico no psicofármaco. Once pacientes estaban en tratamiento con metadona.

El análisis de los datos obtenidos con el cuestionario de valoración realizado mediante los once patrones funcionales de M. Gordon, identifica los diagnósticos de enfermería para cada paciente, así como los problemas interrelacionados.

Como podemos observar en la tabla 1 hay cuatro diagnósticos que destacan en cuanto a la frecuencia, con respecto al resto, estos diagnósticos son: Riesgo de intoxicación, Deterioro de la dentición, Desequilibrio nutricional por exceso y Proceso familiar disfuncional. Otro grupo de diagnósticos tiene una

frecuencia podríamos decir media que son: Riesgo de infección, Déficit de actividades recreativa, Alteración en el patrón del sueño y ansiedad. La frecuencia con la que se dan estos diagnósticos nos lleva a pensar que este grupo de pacientes presenta unas necesidades de cuidados que se ajustan a un patrón, por tanto susceptible de ser estandarizados. Otros diagnósticos se dan con muy poca frecuencia en uno o dos pacientes, esto solo significa que no podemos olvidar que un plan de cuidados debe de ser al final individualizado para cada paciente. Aunque pueda parecer una contradicción no es así ya que los cuidados pueden estar estandarizados y aplicarse de forma individual a cada paciente con las peculiaridades de este y con el consenso del paciente para establecer el plan de cuidados.

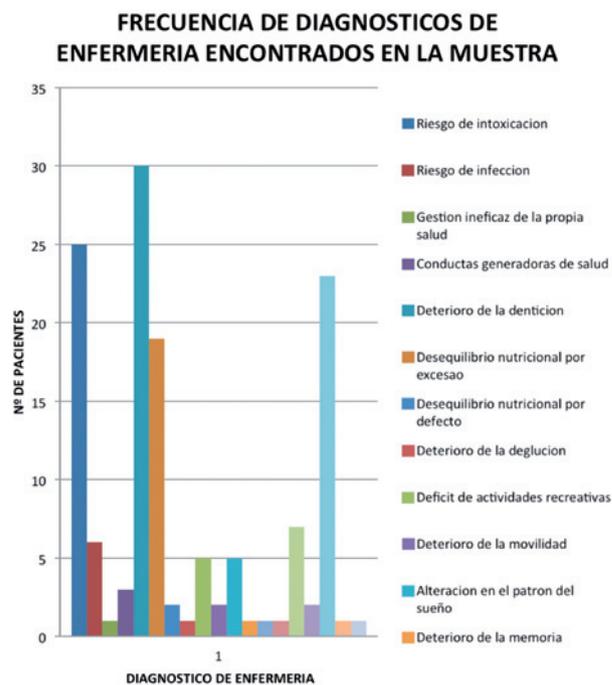


Figura 1.

Una vez hallados los diagnósticos de enfermería hemos procedido a establecer los planes de cuidados que consideramos serían necesarios realizar para solucionar el problema de salud detectado. Se han de concretar siempre unos objetivos realistas, actualmente a estos objetivos se les denomina criterios de resultados en terminología (NOC). La NOC es una sigla definida como "estado del cliente después de una intervención de enfermería. La valoración de los NOC se realizará entre otras, mediante una escala Linkert de cinco puntos. Posteriormente definimos las actividades e intervenciones de enfermería (NIC) (Clasificación de las Intervenciones de Enfermería) que creemos deberían realizarse en cada caso.

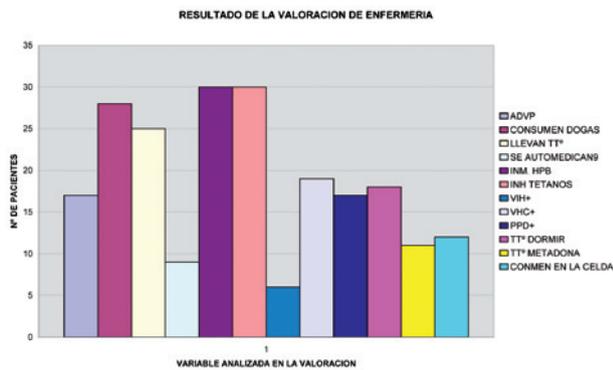


Figura 2.

Al igual que se hace con los Diagnósticos enfermero se determinan los problemas interrelacionados o multidisciplinarios (Tabla 4) para resolver estos problemas la enfermera necesita de otro profesional o bien en ocasiones se disponen de órdenes previas, protocolos o programas, como es el caso que nos ocupa de Instituciones Penitenciarias, en el que se dispone de programas específicos para algunos problemas de salud, en estos casos no puede ni debe considerarse que sea la enfermera la que independientemente prescriba el tratamiento, la vacuna que corresponda o efectúe las peticiones para las pruebas, sino que son problemas interdependientes, son tareas delegadas, por lo tanto no se utilizará la taxonomía diagnóstica enfermera ya que son situaciones fisiopatológicas que ya tiene un nombre médico.<sup>18-23</sup>

## DISCUSIÓN

Uno de los problemas con que se encuentra la enfermería penitenciaria, es el aislamiento existente entre los profesionales de cada uno de los centros, esto hace que en cada centro se trabaje de forma diferente, según el criterio de cada responsable o de cada profesional. Nuestros pacientes van de centro en centro y en muchos casos no existe una continuidad en los cuidados, en muchas ocasiones por una falta de comunicación efectiva. Cada nuevo responsable del paciente debe de crear su plan de cuidados, con el trabajo y la pérdida de tiempo que esto lleva implícito. Por otra parte los programas informáticos de los que disponemos, útiles y válidos, sin los cuales muchos de nosotros no seríamos capaces de seguir trabajando, no tiene en cuenta que la enfermera tiene un rol independiente además del colaborador con otros profesionales y no facilitan el trabajo de la enfermera en cuanto al proceso enfermero. Esto hace que en la mayor parte de los casos la enfermera se dedique a su faceta colaboradora y que cuando lleva a cabo su papel independiente ni se la

entienda ni se la valore. Como reflejo de esto, están las historias clínicas de enfermería, en muchos casos no tienen contenido y en otros los datos son escasos y desordenados. Esto no es debido a que la enfermera no realice su trabajo, por supuesto que lo realiza, sino más bien a que el trabajo de enfermería en prisiones consiste básicamente en tareas delegadas por el médico, que son importantes, pero no únicas.

Sabemos que nuestros pacientes tienen unas características determinadas en cuanto a patologías prevalentes. En la muestra analizada aunque pequeña, hay una serie de diagnósticos enfermeros “Riesgo de infección”, “Deterioro de la dentición” “Riesgo de Intoxicación” o “Alteración en el patrón del sueño” que se dan con una frecuencia alta, esto hace pensar que es un grupo homogéneo también en cuanto a necesidades de cuidados por tanto susceptible de poder utilizar unos diagnósticos de enfermería estandarizados.

La estandarización de cuidados de enfermería, nos ayudaría a crear un cuerpo de conocimiento propio de los profesionales que trabajamos en Instituciones penitenciarias. Serviría para facilitar el trabajo diario, para hacer investigación enfermera, para medir y mejorar la calidad asistencial.

Debemos tener en cuenta que el estudio realizado tiene sesgos, uno de ellos es el haber incluido solo varones en el estudio, ya que el CP de Soria es un centro solo de hombres, por este motivo en la valoración de enfermería, en el patrón sexualidad y reproducción no se han incluido cuestiones relacionadas específicas del sexo femenino. Otro problema es que la muestra es demasiado pequeña, aunque se ha realizado un muestreo aleatorio estratificado, con el fin de incluir en la muestra todas las patologías prevalentes en este medio. En la revisión bibliográfica realizada al inicio del estudio hemos observado que los trabajos relacionados con la estandarización de cuidados son realizados por grupos de profesionales expertos, que aportan su conocimiento del grupo de pacientes sobre el que se va a hacer el estudio. Este estudio sin embargo ha sido realizado por un solo profesional, con lo que esto puede implicar, aunque cuenta con una larga experiencia profesional en el ámbito penitenciario. Este aspecto puede ser considerado un sesgo. Este trabajo solo pretende servir como punto de partida para que otros profesionales enfermeros del ámbito penitenciario que estén interesados en el desarrollo profesional, puedan continuar esta línea de trabajo y con la ayuda de nuestro centro directivo podamos desarrollar unos planes de cuidados específicos para nuestros pacientes. Considero que esto no solo favorecería a los pacientes objeto de dichos cuidados, sino que además

facilitaría el desarrollo de la profesión enfermera en el ámbito penitenciario y mejoraría nuestras capacidades para afrontar los retos sanitarios que el tiempo y las circunstancias nos marquen, mejoraría nuestra motivación y con ella el desarrollo de nuestro labor profesional en los centros.

## CORRESPONDENCIA

María de las Mercedes Martínez Delgado  
Enfermera del Centro Penitenciario de Soria.  
Plaza Marqués de Saltillo, s/n. 42005 Soria  
Email: mmercedestorlengua@hotmail.com

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- NANDA Internacional. *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificaciones 2012-2014*. Barcelona: Elsevier; 2012.
- Evolución de la enfermería hacia la satisfacción profesional. *Rev. Española Sanidad Penitenciaria*. 2009; 11: 65-7.
- Avendaño I, Reflexión: El papel de la Enfermería Penitenciaria. Presente y futuro. *Rev. Española de Sanidad penitenciaria*. 2006; 8: 112-5.
- Armenteros B, Blanco JR, Borraz JR, Domínguez JA, Garcés E, García J, et al. Satisfacción laboral de la enfermería en las prisiones españolas. *Rev. Sanidad Penitenciaria*. 2009; 11: 80-6.
- Antón J, Arroyo JM, Calvo R, Castro JM, Gutiérrez C, López G, et al. Informe CAPRI sobre la calidad de la asistencia sanitaria en centros penitenciarios españoles. *Rev. Española de Sanidad Penitenciaria*. 2003; 5: 38-48.
- Grupo de Enfermería de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. *Enfermería en Prisiones*. *Rev. Española de Sanidad Penitenciaria*. 2007; 9: 65-6
- Cibanal LJ. El papel del enfermero/a en el medio penitenciario como agente de salud. *Rev. Española de Sanidad Penitenciaria*. 2000; 1: 14-22
- Duato A, Garcés E, Guadarrama V, Vicente MJ. Los cuidados de enfermería psiquiátrica en los centros penitenciarios. *Rev. Española de Sanidad Penitenciaria*. 2006; 8: 78-87.
- Luis MT. *Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial*. Madrid: Harcourt Brace de España; 1998.
- Swearinge P, Ross DG. *Manual de enfermería médico quirúrgico. Intervenciones enfermeros y tratamientos inter disciplinares*. Madrid: Ediciones Harcourt; 2000.
- García S, Navío AM, Valentín L. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. *Nure Investigación*. 2007; 28: 1-8.
- Calvo MA, Diagnósticos enfermeros para la cartera de servicios de las unidades de trasplante renal. *Revista Seden*. [200?]: 135-141.
- Paz MI. Validación del Formato de atención de enfermería estandarizado en el área crítica de una Institución de Salud. *Actual. Enferm*. 2006; 9(3): 9-14.
- Freitas MC, Olivera MF. Diagnósticos de enfermería frecuentes y las intervenciones en una unidad de terapia intensiva. *Rev. Bras Enferm*. 2009 May-Jun 62(3): 343-8. PubMed PMID: 19597654.
- Bertrand D, Cerruti B, Eytan A, Getaz L, Haller DM, Woolf H. Problemas de salud entre los detenidos en Suiza: Un estudio con la clasificación de ICPC-2. *BMC Public Health*. 2011; 11(1): 245. PubMed PMID: 21504562.
- Kipping RR, Gray C. Evaluación en una cárcel de hombres en Inglaterra. *Public Health*. 2011; 125(4): 229-33. Epub 2011 Mar 26. PubMed PMID.
- Perry J. Enfermería en Prisiones: desarrollo de la especialidad de la atención de la salud del delincuente. *Nurse Sand*. 2010; 24(39): 35-40. PubMed PMID: 20572553.
- Arroyo JM, Hernández T. Resultados de la experiencia española: una aproximación global al VIH y al VHC en prisiones. *Rev. Esp. Sanid. Penit*. 2010; 12: 86-90.
- Amo del J, Laguna F, Kindelan JM, Pulido F, Martínez C, Sainz P, Grupo de Estudio de Sida (GESIDA). Tratamiento de la infección por VIH en pacientes con problemática Psicosocial. *Enferm. Infecc. Microbiol. Clío*. 2002; 20 (Supl. 2): 19-28.
- Pérez J. Cuidados de enfermería y adherencia a los tratamientos en los pacientes VIH. *Rev. Esp. Sanid Penit*. 2005; 7: 109-14.
- Marín J, Alarcón de A, Serrano P. Pérdida de peso en el paciente VIH. En: Pachón J, Pujol E, Rivero A. *Guía práctica de la infección VIH*. 2ª ed. Sevilla: Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas; 2003: 221-231.
- Alfonso PR, Díaz D, Sánchez L, Sánchez JR, Verga B. Evaluación del estado nutricional en pacientes VIH/SIDA del municipio de San Cristóbal. *Rev. Ciencias médicas*. 2009; 13(2): 113-122.
- Arroyo A, Coronas D, Laliaga A, Leal MJ, Marrón T, Solé C. Programa de mantenimiento con metadona (PMM) en prisión: Cambios sociales y sanitarios. *Adicciones*. 2000; 12(2): 187-94.