



HYGIA de ENFERMERIA

Nº 103, Volumen XXXVII- 2020

Colegio de Enfermería de Sevilla

ESTUDIO DE DIFERENCIAS
ENTRE ADMINISTRACIÓN
INTRAVENOSA O
INTRAMUSCULAR DE
OXITOCINA PARA EL
ALUMBRAMIENTO
DIRIGIDO

IMPORTANCIA DE LA
EMPATÍA EN EL ESTADO
DE SALUD

PREOCUPACIONES, NIVEL
DE CONOCIMIENTO Y
SATISFACCIÓN ANTE LA
REALIZACIÓN DE UNA
PRUEBA RADIOLÓGICA

MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS
DURANTE EL PRIMER AÑO
DESPUES DEL PARTO

EDUCACIÓN SANITARIA
EN PACIENTES
ANTICOAGULADOS

CUIDADOS EN EL LUPUS

DOLOR POSTOPERATORIO
TRAS ARTROPLASTIA TOTAL
DE RODILLA

PROCEDIMIENTO DE
ELABORACIÓN DE UN
PLAN DE ACTUACIÓN
FRENTE A UNA CATÁSTROFE
HOSPITALARIA

PRÓTESIS DE RODILLA



SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

(INCLUIDO EN LA CUOTA COLEGIAL) con la compañía Agrupación Mutual Aseguradora (A.M.A.)



EL COLEGIO TE PROTEGE

CON EL ÚNICO SEGURO QUE CUBRE A PRIMER RIESGO
TODAS LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
EN EL ÁMBITO PRIVADO, CONCERTADO Y PÚBLICO (*)

3,5

MILLONES DE EUROS

3.500.000 €
por colegiado y por siniestro

(*) Hospitales y centros de salud públicos, hospitales y centros privados, hospitales y centros concertados con el SAS, residencias de mayores y centros sociosanitarios públicos, concertados y privados, compañías aseguradoras, consultas privadas y ejercicio libre de la profesión. Si tienes otras pólizas contratadas, para evitar consecuencias no previstas, tráelas al Colegio para que te aclaremos sus coberturas y si te cubren la actividad privada, concertada y pública.

NORMAS DE PROCEDIMIENTO A SEGUIR ANTE POSIBLES RECLAMACIONES

PRIMERO: El colegiado deberá comunicar inmediatamente al Colegio la reclamación de que haya sido objeto, bien judicial (demanda, querrela o denuncia) o extrajudicial. La comunicación fuera de plazo de dicha reclamación podrá suponer que la póliza no cubra el siniestro.

SEGUNDO: El colegiado cumplimentará en la Asesoría Jurídica del Colegio el formulario de comunicación de Siniestro. Será necesario cumplimentar todos los datos solicitados.

TERCERO: El colegiado no deberá declarar nunca, ni firmar ningún documento, sin la consulta y asesoramiento previo del letrado del Colegio.

CUARTO: De acuerdo con lo establecido en la póliza, para la efectividad de la cobertura prevista será imprescindible acreditar que el profesional afectado se encuentra colegiado y al corriente en el pago de las cuotas.

PRINCIPALES COBERTURAS:

- Responsabilidad civil de los colegiados en el desarrollo propio de su actividad profesional o especialidad sanitaria, tal como se regula en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, incluyendo la actividad docente y terapias alternativas.
- Cobertura por inhabilitación profesional como consecuencia de sentencia judicial firme o por expediente disciplinario, con abono, por parte de la Aseguradora, de una cantidad máxima de 4.000 €/mes, por un plazo máximo de 24 meses.
- Posibilidad de contrademanda o reclamación a contrario frente a denuncias infundadas, temerarias o con mala fe.

NURSING NOW

Actualmente somos más de 20 millones de profesionales de Enfermería, lo que nos convierte en la mayor profesión en salud en todo el mundo. Entre Enfermeras y Matronas representamos casi la mitad del total de trabajadores sanitarios. Las enfermeras son el eje de los sistemas sanitarios y desempeñan un papel crucial tanto en la promoción de la salud como en la prevención, el tratamiento y los cuidados. Somos un potencial importante para poder ejercer nuestro criterio sobre los cambios en materia de salud y en la toma de decisiones para mejorar los sistemas de salud y la profesión Enfermera, con el fin de permitir que todas las personas se beneficien y puedan acceder a una atención en salud de calidad.

Sin embargo, para que todos los países alcancen el "Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre la salud y el bienestar para todos en todas las edades" la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en 2030 harán falta 9 millones de enfermeras y matronas más en todo el mundo. Estos puestos de trabajo serán especialmente beneficiosos para las mujeres y los jóvenes, tal y como se demuestra en el informe de la Comisión de alto nivel del Secretario General de Naciones Unidas sobre el empleo en el ámbito de la salud y el crecimiento económico.

Con motivo de la necesidad de una mejor proyección de nuestra profesión y auspiciado por el Consejo internacional de enfermeras (CIE) y la Organización Mundial de la Salud, en Febrero de este año se inicia una campaña mundial de tres años de duración incluida en el ámbito de los programas del Fondo Burdett para la enfermería, Nursing Now, dirigida a elevar el perfil y el estatus de la enfermería. Viendo la necesidad de que se haga visible la importancia de los profesionales de la Enfermería. Enfermeras que prestan unos cuidados eficaces y de calidad a todas las personas, con un nivel de cercanía extraordinario que les permite ocupar una posición central en el grado de confianza derivado de su trabajo. Somos los profesionales sanitarios más cercanos a la comunidad, que desempeñan un papel especial en el desarrollo de nuevos modelos de cuidados comunitarios. Con esta campaña se solicita a los gobiernos, los profesionales sanitarios y los usuarios de los servicios que valoren a las enfermeras y aboguen por su liderazgo para prestar cuidados de la mejor calidad.

Es necesaria porque apoya a los profesionales de Enfermería en su liderazgo y defiende una

buen formación que incluya el desarrollo de habilidades en liderazgo político y nos permitan acceder a puestos elevados en la toma de decisiones en materia de salud y los futuros modelos de atención de salud.

Nursing Now es iniciado por Enfermeras y otros expertos en el ámbito de salud a partir de los resultados del informe "Triple Impacto sobre salud global", elaborado en 2016 por el Grupo parlamentario de todos los partidos de Reino Unido. El informe concluía que el fortalecimiento de la enfermería a nivel global tendría el triple impacto de mejorar la salud, mejorar la igualdad de género empoderando a las mujeres y construir economías más fuertes. No será posible lograr la cobertura sanitaria universal sin fortalecer la enfermería.

Recientemente el Consejo Andaluz de Enfermería ha presentado el grupo andaluz de Nursing Now, junto con la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía. Donde el consejero de Salud de Andalucía mostró su compromiso de ampliar las plantillas enfermeras porque son "conscientes" de la falta de profesionales. Y el Consejo Andaluz de Enfermería respalda plenamente esta iniciativa que incluye que la profesión enfermera asuma el lugar que le corresponde en los puestos de decisión política y social para mejorar la calidad asistencial.

En definitiva esperemos que no se quede en un intento de buenas intenciones y que se hagan realidad los 5 grandes objetivos que plantea a nivel global Nursing Now: 1. Mayor inversión en la mejora de la educación, el desarrollo profesional, los estándares, la regulación y las condiciones de empleo para las enfermeras. 2. Mayor y mejor difusión de prácticas efectivas e innovadoras en enfermería. 3. Mayor influencias de las enfermeras y matronas en la política de salud mundial y nacional, como parte de los esfuerzos más amplios para garantizar que las fuerzas de trabajo de salud estén más involucradas en la toma de decisiones. 4. Más enfermeras en posiciones de liderazgo y más oportunidades de desarrollo en todos los niveles. 5. Más evidencia para los responsables de las decisiones políticas sobre dónde la enfermería puede tener un mayor impacto, qué impiden que las enfermeras alcancen todo su potencial y cómo abordar estos obstáculos.

Jose Roman Oliver.

Enfermero.

EDITA

Excmo. Colegio Oficial de
Enfermería de Sevilla

DIRECTOR

José María Rueda Segura

SUBDIRECTORA

María Pilar Cordero Ramos

ASESOR TÉCNICO

José Román Oliver

CONSEJO DE REDACCIÓN

Comisión Ejecutiva

TIRADA

9.000 ejemplares

ISSN

1576/305/6

DEPÓSITO LEGAL

SE-470-1987

SOPORTE VÁLIDO

Publicación autorizada por el
Ministerio de Sanidad y Consumo
con referencia S.V. 88032 R.

REDACCIÓN

Avda. Ramón y Cajal, 20

Tel.: 954 93 38 00

Fax: 954 93 38 03

Página Web:

www.colegioenfermeriasevilla.es

Correo Electrónico:

colegio@ecoe.es

MAQUETACIÓN,

FOTOMECAÍNICA E IMPRESIÓN

Tecnographic, S.L.

Tel. 95 435 00 03

Fax 95 443 46 24



Autora: Amparo Romero Pineda

Nº Colegiado: 5.700

Sumario

- 5 ESTUDIO DE DIFERENCIAS ENTRE ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA O INTRAMUSCULAR DE OXITOCINA PARA EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO
MOYA RUIZ, Mª A.; VELÁZQUEZ VÁZQUEZ, V.
- 10 IMPORTANCIA DE LA EMPATÍA EN EL ESTADO DE SALUD
TORO-LÓPEZ, J.R.; GALLARDO CASTRO, M.; TORRIJOS MOLINI, J.A.; GARCÍA-DURÁN, A.; RODRÍGUEZ-OLIVA, M.S.
- 18 PREOCUPACIONES, NIVEL DE CONOCIMIENTO Y SATISFACCIÓN ANTE LA REALIZACIÓN DE UNA PRUEBA RADIOLÓGICA
PONCE TRONCOSO, A.; RODRÍGUEZ FERRETE, F.J.; PONCE GONZÁLEZ, J. Mª.
- 22 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DURANTE EL PRIMER AÑO DESPUES DEL PARTO
AGUILAR DÍAZ, E.; ESPINACO GARRIDO, Mª.J.
- 30 EDUCACIÓN SANITARIA EN PACIENTES ANTICOAGULADOS
GAMONEDA MORENO, B.
- 41 CUIDADOS EN EL LUPUS
PARRA MORENO Mª D.; SIERRA DÍAZ R.; SERRANO CARMONA J.L.
- 47 DOLOR POSTOPERATORIO TRAS ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA
BARRANCO OBIS, Mª. M.; FORNIÉS BAQUEDANO, Mª E.; MILLÁN VICENTE, A.; BARRANCO OBIS, P.; SÁNCHEZ GUIO, T.; SÁNCHEZ LÓPEZ, A.P.
- 51 PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DE UN PLAN DE ACTUACIÓN FRENTE A UNA CATÁSTROFE HOSPITALARIA
RODRÍGUEZ ESTEPA, A.Mª.
- 55 PRÓTESIS DE RODILLA
OLVERA MARTÍNEZ, M.

La revista Hygia de Enfermería está incluida en la base de datos "CUIDEN" y "ENFISPO"

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida parcial o total por medio alguno electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones, tratamiento informático o cualquier otro, sin permiso por escrito de la editorial.

La revista HYGIA no se hace responsable necesariamente del contenido de los artículos publicados, correspondiendo dicha responsabilidad a los autores de los mismos.

ESTUDIO DE DIFERENCIAS ENTRE ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA O INTRAMUSCULAR DE OXITOCINA PARA EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO

STUDY OF DIFFERENCES BETWEEN INTRAVENOUS OR INTRAMUSCULAR ADMINISTRATION OF OXITOCINE TO DIRECTED DELIVERY

■ MARÍA AUXILIADORA MOYA RUIZ. EIR ENFERMERO ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (MATRONA)
 ■ VICENTE VELÁZQUEZ VÁZQUEZ. ENFERMERO ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (MATRONA)
 PARITORIO. UNIDAD GESTIÓN CLÍNICA GINECOLOGÍA, OBSTETRICIA, Y PEDIATRÍA, DEL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA OSUNA. HOSPITAL DE LA MERCED. SEVILLA
 ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN FUE PRESENTADO PARCIALMENTE COMO PROYECTO, EN FORMATO PÓSTER EN EL IV CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ANDALUZA DE MATRONAS / XVIII CONGRESO DE LA FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA, CELEBRADO EN MÁLAGA DEL 5 AL 8 DE JUNIO DE 2019.

RESUMEN: En el alumbramiento se pueden adoptar dos medidas; un manejo espontáneo, o un manejo activo mediante alumbramiento dirigido. Este último, se produce en menor tiempo (aceptado normal hasta 30 minutos) que el espontáneo. Un mayor tiempo de alumbramiento se relaciona con mayor incidencia de hemorragia postparto anormal por lo que se recomienda realizar alumbramiento activo siendo la oxitocina (10 Ui, Unidades Internacionales) el uterotónico de primera elección.

Sin embargo no hay acuerdo o recomendación sobre el tipo de administración, Intravenosa o Intramuscular, para un alumbramiento más rápido y seguro. Los objetivos del estudio son establecer si existen diferencias significativas respecto a tiempo de alumbramiento entre las opciones Intravenosa o Intramuscular de oxitocina en alumbramiento dirigido, e incidencia de necesidad de alumbramiento manual, en ambas opciones de administración. Para ello se realizó un estudio observacional longitudinal ambispectivo, mediante muestreo no probabilístico accidental, y asignación aleatoria de parturientas a dos cohortes.

Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas.

PALABRAS CLAVE:(MeSH): Parto, hemorragia uterina, profilaxis.

ABSTRACT: In the delivery two measures can be adopted; a spontaneous handling, or an active handling by means of directed lighting. The latter occurs in less time (normal accepted up to 30 minutes) than the spontaneous one. A longer delivery time is related to a higher incidence of abnormal postpartum hemorrhage, so it is recommended to perform active delivery with oxytocin (10 IU) being the uterotonic of first choice.

However, there is no agreement or recommendation on the type of administration, Intravenous or Intramuscular, regarding its effectiveness for a faster and safer delivery.

The objectives of the study are to establish whether there are significant differences with respect to: Delivery time between the Intravenous or Intramuscular options of oxytocin in directed delivery and incidence of need for manual delivery, in both administration options.

For this, an observational longitudinal observational study was carried out, through accidental non-probabilistic sampling, and random assignment of parturients to two cohorts.

The results showed no statistically significant differences.

KEYWORDS: Parturition, Uterine hemorrhage, Prophylaxi

1. INTRODUCCIÓN

El alumbramiento comprende la tercera etapa del parto, este periodo va desde el nacimiento hasta la expulsión de la placenta. En esta fase se pueden adoptar dos medidas; un manejo espontáneo del alumbramiento o un manejo activo mediante alumbramiento dirigido¹. En el alumbramiento espontáneo el profesional mantiene una actitud pasiva y espera a que la placenta se desprenda, esto en un 95% de los casos tiene lugar en menos de 60 minutos. En cambio, en el alumbramiento dirigido, el profesional es activo e interviene en el proceso administrando uterotónicos y realizando tracción continua y controlada del cordón². Este último se tiene que producir en menos de 30 minutos para

no ser considerado prolongado^{3,4}. Si no se produce este alumbramiento se establece el diagnóstico de placenta retenida, lo que ocurre según series estadísticas varias entre el 0,5 y 3% de todos los partos vaginales, y suele requerir, entre otras medidas de intervención, de alumbramiento manual⁵.

La complicación más frecuente en el alumbramiento es la hemorragia postparto. Se relaciona una mayor pérdida sanguínea con un mayor tiempo de expulsión de la placenta y con una inadecuada contracción uterina. Debido a este factor, el tiempo que transcurre en esta etapa del parto es muy importante⁶. Es por ello que la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Ginecología y

Obstetricia (FIGO), la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la Confederación Internacional de Matronas (ICM), y la Guía de Práctica Clínica (GPC) del Parto Normal, recomiendan la utilización del alumbramiento dirigido para la prevención de la hemorragia postparto⁷. Siendo, según diversos estudios, la oxitocina (10 UI, Unidades Internacionales) el uterotónico recomendado para tal fin^{8,9}.

Sin embargo no hay uniformidad en cuanto a la vía de administración¹⁰. El Proceso Asistencial Integrado (PAI) Embarazo, Parto y Puerperio de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, y la OMS recomiendan la administración de 10 UI de oxitocina intravenosa (IV) o intramuscular (IM). Por otro lado, la GPC sobre la atención al parto normal del ministerio, especifica que el alumbramiento dirigido debe hacerse con 10 UI de oxitocina intravenosa lenta, pero sólo por opinión o consenso del equipo elaborador de la GPC. Si existe evidencia de que el fármaco tiene que ser administrado una vez el hombro fetal anterior esté fuera y siempre antes de que transcurra 1 minuto desde el nacimiento¹¹.

En conclusión, y dado que el alumbramiento dirigido está recomendado, nos disponemos a estudiar si existen diferencias estadísticamente significativas entre la administración IV o IM de oxitocina para este procedimiento. Un estudio similar¹² concluyó que el tiempo de alumbramiento es menor con el uso de oxitocina endovenosa que por vía intramuscular.

1.1. OBJETIVOS

-General: Conocer si existen diferencias de interés clínicamente aplicables entre administración IV o IM de uterotónicos en el alumbramiento dirigido.

-Específicos:

-Establecer si existe diferencia significativa respecto al tiempo de alumbramiento entre las opciones IV o IM de uterotónico en alumbramiento dirigido.

-Analizar la incidencia de necesidad de alumbramiento manual, en relación a la modalidad IV o IM de uterotónico en alumbramiento dirigido, comprobando si existen diferencias significativas.

1.2. PACIENTES Y MÉTODOS

1.2.1 ÁMBITO DEL ESTUDIO

El estudio fue realizado en la Unidad de Gestión Clínica (UGC) Ginecología, Obstetricia y Pediatría del Hospital de la Merced de Osuna (Sevilla), previa autorización del director de la UGC y con la colaboración de los profesionales de esta unidad.

1.2.2 DISEÑO

Se trata de un estudio observacional descriptivo longitudinal ambispectivo, con dos cohortes de estudio.

1.2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población a estudiar son las mujeres que paren en el Hospital Virgen de la Merced de Osuna (Sevilla). Mediante muestreo no probabilístico accidental, se incluye a todas

las mujeres, que tras ser informadas del estudio a realizar y previo consentimiento informado verbal para modalidad dirigida de alumbramiento, aceptan colaborar con esta investigación, excluyéndose a aquellas que no quieran formar parte del mismo, a los partos pretérmino, los que finalicen por cesárea, y a quienes se sospeche de Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinsera, o Placenta Marginal.

Para calcular el tamaño de la muestra usamos como referencia el total de partos del año completo anterior (2018). Así, de una población diana inicial de 926 mujeres, que fueron todas las que dieron a luz en nuestro hospital en ese año, al aplicar los criterios de exclusión, obtenemos una población de estudio de 626 casos, y finalmente se recoge una muestra de 250 casos que supera ampliamente la N calculada y requerida (197) para esta población, con un Intervalo de Confianza (IC) del 95%, error muestral del 5% y $p=0,5$. Los casos incluidos en esta muestra son partos producidos y registrados entre Mayo y Agosto de 2019.

1.2.4 VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

-Las variables resultado son: El tiempo que tarda la mujer en alumbrar, expresado en minutos (cuantitativa) y la incidencia de necesidad de alumbramiento manual (cualitativa dicotómica Sí/No)

-Otras variables: Tipo de administración del dirigido (dependiente). Se agrupa a las mujeres en dos grupos de estudio: Grupo A, a las que se les administra 10 UI Oxitocina IM, en el vasto externo del cuádriceps, en el minuto posterior al desprendimiento del hombro anterior; Grupo B, a las que se les administra 10 UI Oxitocina diluidas en 10 ml de suero fisiológico (CLNa al 0,9%) en el mismo tiempo, IV por una vía venosa periférica.

El tiempo que tarda la mujer en alumbrar es valorado mediante el reloj situado en paritorio y será medido en minutos. Además el profesional anota si ha administrado la oxitocina por vía intravenosa o intramuscular.

En el servicio hay matronas que realizan la administración IM y otros IV, de forma habitual y aleatoria entre ellos, por lo que sólo se observa el resultado de prácticas ya realizadas por los diferentes profesionales, no se interviene en ellas.

1.2.5 RECOGIDA DE DATOS

Los datos se obtienen por observación en el mismo paritorio y se anotan en la pestaña correspondiente al apartado Parto de la Hoja de Obstetricia, perteneciente a la Historia de Salud Única Digital de Andalucía, dentro de Diraya. Ya existe un ítem en el que se registra el tiempo y otro con un dicotómico Sí/No para Alumbramiento manual. Sólo es necesario añadir, para este estudio, la anotación Alumbramiento IV o Alumbramiento IM en la pestaña situada a la derecha de la de Particularidades alumbramiento y anejos fetales. A partir del registro de esos partos, el equipo de investigadores recopila en una base de datos diseñada a tal fin los casos-partos, registrando únicamente el tiempo de alumbramiento en minutos, la modalidad de administración, y la necesidad o no de alumbramiento manual. La

Vía administración de oxitocina	Casos	Promedio minutos para alumbramiento	S1 minutos para alumbramiento	Casos Alumbramiento Manual
IV	145	4,56	4,24	2
IM	105	4,62	2,60	0
TOTAL	250			2

Tabla 1. General de datos. S1. Desviación Estándar

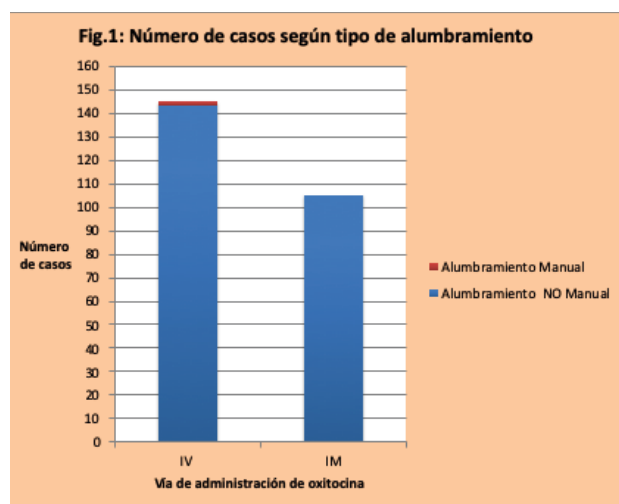


Figura 1

base de datos es dual pues existe una hoja A para los partos en los que se hace IM, y una hoja B para los partos en los que se hizo IV.

1.2.6 ASPECTOS ÉTICOS

La información obtenida se utiliza exclusivamente para los fines de esta investigación y es totalmente confidencial y tratada conforme a la LO 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantías de los derechos digitales. Si en algún momento el paciente desea retirarse del estudio, lo podrá hacer sin tener que dar ningún tipo de explicación. Se garantiza en todo momento la confidencialidad de los datos recogidos y el anonimato de éste. Su identidad sólo será conocida por los autores del trabajo.

1.2.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En el análisis estadístico de las variables numéricas se ha utilizado la media $\pm$ la desviación estándar de la media. Para la relación entre variables se usó el test de T-Student, además de la aplicación de Chi Cuadrado. El análisis se realizó mediante la aplicación estadística R.

2. RESULTADOS

De los 250 casos registrados, a 105 de esas mujeres se les administró oxitocina vía IM como parte del alumbramiento dirigido, y a 145 se les realizó usando la vía IV. Ver Tabla 1, y Figura 1.

El promedio de tiempo en el que se completó el alumbramiento en el grupo de administración IM fue de 4,62 minutos. No hubo ningún caso de alumbramiento manual, lo que corresponde al 0% de los casos de este grupo. Los valores de tiempo mínimo y máximo fueron 1, y 12 minutos respectivamente. La Desviación Estándar fue de 2,60 minutos.

El promedio de tiempo en el que se completó el alumbramiento en el grupo de administración IV fue de 4,56 minutos. Los valores de tiempo mínimo y máximo fueron 1, y 35 minutos respectivamente. La Desviación Estándar fue de 4,24 minutos.

Ver Figura 2 y Figura 3.

Hubo 2 casos (1,38% de este grupo, 0,8% del total de la muestra) de este grupo en los que se precisó alumbramiento manual. Uno de ellos por retención de placenta tras 35 minutos, y otro que tuvo que practicarse a los 2 minutos tras el expulsivo, por hemorragia considerada anormalmente excesiva. (Tabla 2).

Aunque a simple vista, no existen diferencias significativas respecto a los tiempos de alumbramiento de ambos grupos, se aplicó la prueba t de Student, en su variante t de Welch por ser muestras diferentes con diferentes varianzas, obteniendo un valor de $t=0,14$, lo que corresponde a una $p=0,88$, por lo que no se considera estadísticamente significativo (IC del 95%, $p<0,05\%$). Se confirma Hipótesis Nula por lo que no se demuestran diferencias de tiempo entre administración IV ó IM de oxitocina para el alumbramiento dirigido.

Para analizar la incidencia de necesidad de alumbramiento en ambos grupos se ordenan los datos en la Tabla 2. Y al realizar la prueba de Chi Cuadrado, se obtiene una $X^2=1,452$, que corresponde a una $p=0,22$ por lo que no se considera estadísticamente significativo (IC del 95%, $p<0,05\%$). Se confirma Hipótesis Nula por lo que no se demuestran diferencias de incidencia de Alumbramiento Manual entre administración IV ó IM de oxitocina para el alumbramiento dirigido.

3. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Finalizado el expulsivo, el objetivo de nuestra atención respecto a la madre es conseguir un alumbramiento completo, seguro y rápido, para disminuir al mínimo las posibilidades

Vía administración oxitocina	Alumbramiento NO manual	Alumbramiento Manual	TOTAL
IV	143	2	145
IM	105	0	105
TOTAL	248	2	250

Tabla 2. Incidencia Alumbramiento Manual



Figura 2

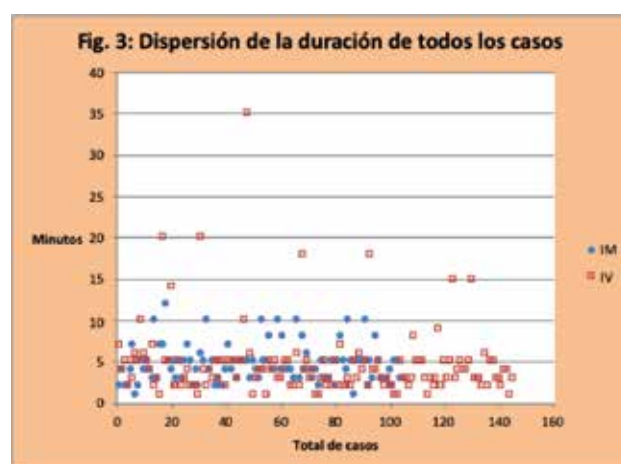


Figura 3

de hemorragia postparto. En nuestro estudio, la conducta dirigida o activa ha demostrado, una vez más, que obtiene muy buenos resultados ya que los tiempos de alumbramiento han sido inferiores a los 5 minutos como promedio, y excepto en 1 caso, siempre por debajo de los 30 minutos recomendados^{3,4}.

La técnica de administración, IV o IM, de la oxitocina no influye en estos tiempos de forma significativa, pues ambas variedades obtienen un promedio entre 4 y 5 minutos. Se confirma así la alta velocidad de absorción, distribución, y efecto terapéutico de la administración IM, al mismo nivel que la IV.

No obstante, se observa una distribución distinta de los tiempos de los casos manejados con esta vía IV, concretados en una mayor Desviación Estándar respecto a la de la modalidad IM. Es decir, el alumbramiento tras administración IM se produce con tiempos agrupados de forma más uniforme entre los minutos 1 y 10, mientras que cuando se

usa la administración IV, la mayoría de sus casos concluye el alumbramiento entre los minutos 1 y 6, pero existen algunos de ellos que necesitan entre 10 y 20 minutos (Fig. 3), incluso 35 minutos en uno de los casos, que precisó por ello alumbramiento manual. El otro caso de alumbramiento manual, en el total de las dos series de casos, también se produjo en el grupo de administración IV. Es destacable que no hubo necesidad de este procedimiento en ninguno de los casos de administración IM. En cualquier caso, no se demuestran diferencias estadísticamente significativas en esta incidencia entre los dos grupos, probablemente debido a la pequeña cantidad de casos registrada, aunque podría ser objeto de posteriores estudios porque, repetimos, nos llama la atención este resultado.

Así pues, no podemos recomendar una modalidad de vía de administración, IV o IM, en función de su resultado, pues ambas son igual de rápidas y seguras. La preferencia por una vía u otra puede residir en otros factores, como comodidad, disponibilidad, movilidad y posición de la mujer, etc.

Como conclusión de nuestro estudio, no se demuestran diferencias de tiempo de alumbramiento entre mujeres a las que se haya administrado oxitocina vía IV o vía IM como principal intervención dentro del alumbramiento dirigido. Esta estrategia activa se ha demostrado, una vez más, como una práctica útil para lograr un alumbramiento rápido, seguro, y completo, evitando en muy alto grado la necesidad de un procedimiento más agresivo como es el alumbramiento manual.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen la colaboración del equipo de Matronas de Partorio de la UGC Ginecología, Obstetricia y Partorio de la Merced de Osuna, para la recogida de datos, sin los que hubiera sido imposible la realización de este estudio de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Vergara I, Serrano Arenas M, et al. Manejo del alumbramiento: conducta expectante frente a conducta activa. Revisión de la bibliografía 2015. Comunicación Póster en VII Congreso Virtual de Enfermería y Fisioterapia "Ciudad de Granada". 2016.
2. Martínez-Galiano JM. Prevención de las hemorragias posparto con el manejo activo del alumbramiento. *Matronas prof* 2009; 10 (4): 20-26.
3. Caveda Gil, Ángel Ernesto, Danilo Nápoles Méndez, and Dayana Couto Núñez. Dos modalidades terapéuticas en el alumbramiento activo. *Medisan* 2011; 15.8: 1040-1048.
4. Cárdenas Herrera, Oswaldo José. Estudio comparativo entre el alumbramiento dirigido y el alumbramiento expectante. Bs thesis 2003.
5. Martínez E, Martínez P, Manrique J, et al. Manejo de la retención placentaria basado en la evidencia científica actual. *Metas de Enfermería* 2013; Vol. 16: N° 6.
6. Conducta activa en el alumbramiento nuevas recomendaciones de la OMS ayudan a focalizar la implementación. Recomendaciones de la OMS sobre la conducta activa en el alumbramiento. *Amtsl* 2012.
7. Reina Caro, Antonio José; Romero Valencia, Libertad; Rodríguez Villalón, Marta. Influencia de la modalidad de alumbramiento (espontáneo vs dirigido) en la donación de cordón. *Biblioteca las casas* 2015; 11: 2.
8. Silverman F, Bornstein E. Pharmacologic management of the third stage of labor. This topic last updated 2015.
9. Westhoff G, Cotter A, Tolosa J. Oxitocina profiláctica en el alumbramiento para prevenir la hemorragia posparto. *Cochrane database of systematic reviews* 2013; 10.
10. Oladapo O, Okusanya B, Abalos E. Profilaxis con oxitocina intramuscular versus intravenosa para el alumbramiento. *Cochrane database of systematic reviews* 2012; 2.
11. National collaborating centre for women's and children's health. intrapartum care for healthy women and babies. london (uk): National institute for health and clinical excellence (nice) 2014.
12. Buendía, Alvear, and Juritza Judy. Tiempo de desprendimiento placentario con oxitocina intramuscular vs oxitocina endovenosa en el alumbramiento dirigido, hospitales santa maría del socorro y Augusto Hernández 2015.

IMPORTANCIA DE LA EMPATÍA EN EL ESTADO DE SALUD

IMPORTANCE OF EMPATHY IN THE STATE OF HEALTH

- JOSÉ RAMÓN TORO-LÓPEZ, D.U.E., LICENCIADO EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL Y CULTURAL.
- MANUEL GALLARDO CASTRO T.E.L. SERVICIO DE HEMATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.
- JUAN ANDRÉS TORRIJOS MOLINI. SERVICIO DE HEMATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.
- ANTONIO GARCÍA-DURÁN. DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA. UNIVERSIDAD DE SEVILLA. PROFESOR UNIVERSIDAD DE SEVILLA.
- MANUEL SALVADOR RODRÍGUEZ-OLIVA. PROFESOR UNIVERSIDAD DE SEVILLA. DEPARTAMENTO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

RESUMEN: Fundamentos:

En nuestro estudio hemos visto varios aspectos, uno de ellos es la importancia que la empatía tiene en su relación con las enfermedades y las ventajas clínicas que conlleva una intervención emocional en el tratamiento médico especialmente cuando son graves; los profesionales hemos de tener en cuenta la importancia que tiene la inteligencia emocional y la resiliencia, especialmente cuando nos enfrentamos con aspectos como el dolor, uno de los problemas que cada vez encontramos con más frecuencia en nuestro trabajo diario.

Método:

La revisión bibliográfica se ha basado principalmente en la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público "Gerión" y Pubmed aunque ha sido en esta última donde hemos encontrado prácticamente toda la información que hemos utilizado. Hemos realizado una búsqueda en la que relacionábamos la palabra "empatía y estado de salud" y hemos seleccionado algunos aspectos relacionados con el tema a estudiar, concretamente con el sufrimiento y la compasión, la enfermedad o los espacios digitales entre otros.

Resultados:

El experimentar situaciones de adversidad en el pasado se ha relacionado tradicionalmente con resultados negativos en la vida, también se ha podido comprobar cómo los niveles empáticos en los diferentes profesionales de la salud han sido muy positivos especialmente en su relación con el médico de familia y la enfermera/ y el buen apoyo social y familiar. Por otro lado las nuevas tecnologías ofrecen la posibilidad de que cada vez más personas puedan conectarse y apoyarse entre sí, en este sentido hemos visto como la empatía es un componente importante del apoyo entre estos grupos.

Conclusiones:

Las formas en que los individuos y sus familias experimentan enfermedades graves están cambiando. El grupo familiar suele administrar el cuidado de un ser querido ajustando su propia dinámica interna de acuerdo con el sistema de atención médica que haya sido establecido; se ha podido comprobar cómo esta integración proporciona una visión más equilibrada del sistema familiar, especialmente cuando se presta de una atención diaria en personas con enfermedades graves. Las personas a menudo toman los estados internos de los demás de forma reflexiva y fuera de la conciencia, por otro lado hemos de tener en cuenta que la empatía cambia con las características de los empatizadores y las situaciones.

PALABRAS CLAVES: Empatía, Emoción, Comportamiento, Estado de Salud, Enfermedad.

ABSTRACT: Background:

In our study we have seen several aspects, one of them is the importance that empathy has in its relation to diseases and the clinical advantages of an emotional intervention in medical treatment, especially when they are serious; Professionals have to take into account the importance of emotional intelligence and resilience, especially when faced with aspects such as pain, one of the problems we encounter more and more frequently in our daily work.

Method:

The bibliographic review has been based mainly on the Virtual Library of the Public Health System "Gerión" and Pubmed although it has been in the latter where we have found practically all the information we have used. We have carried out a search in which we related the word "empathy and state of health" and we have selected some aspects related to the subject to be studied, specifically with suffering and compassion, disease or digital spaces among others.

Results:

Experiencing adversity situations in the past has traditionally been related to negative results in life, it has also been possible to verify how empathic levels in the different health professionals have been very positive especially in their relationship with the family doctor and the Nurse / and good social and family support. On the other hand, new technologies offer the possibility that more and more people can connect and support each other, in this sense we have seen how empathy is an important component of support between these groups.

Conclusions:

The ways in which individuals and their families experience serious illnesses are changing. The family group usually manages the care of a loved one by adjusting their own internal dynamics in accordance with the health care system that has been established; It has been possible to verify how this integration provides a more balanced vision of the family system, especially when providing daily care in people with serious illnesses. People often take the internal states of others reflectively and out of consciousness, on the other hand we must bear in mind that empathy changes with the characteristics of the empathizers and situations.

KEYWORDS: Empathy, Emotion, Behavior, Health Status, Illness.

INTRODUCCIÓN

La empatía se basa, en parte, en representaciones compartidas para experiencias de primera mano e indirectas de estados afectivos, por otro lado las respuestas empáticas no son estáticas, pero pueden ser moduladas por las características de la persona como ocurre en el grado de alexitimia (incapacidad para identificar nuestras propias emociones). También se ha demostrado que la evaluación contextual, incluida la equidad percibida o la pertenencia a un grupo de otros puede llegar a modular las activaciones neuronales empáticas (1); por ejemplo el sufrimiento y la compasión (inherentemente interpersonal) favorecen un aumento de la empatía, pero a su vez se encuentra vinculado a una tendencia estable de sentir compasión por los necesitados, el problema está en que la mayoría de las investigaciones solo se han preocupado de los observadores mientras que los objetivos de necesidad se han mantenido constantes en gran medida a través de representaciones hipotéticas y ficticias de angustia y necesidad simpáticas; en el mundo real, la respuesta de las personas a los factores estresantes de la vida diaria varían ampliamente desde el estoicismo hasta la resiliencia (capacidad para superarse ante una adversidad), unas variaciones que deberían influir profundamente en lo que se conoce como un intercambio prosocial (conducta positiva, que no daña)(2). En líneas generales las personas imitan los comportamientos prosociales de los demás, sin embargo la investigación sobre la conformidad de esta situación se centra especialmente en aquellos casos en que las personas simplemente reproducen las acciones positivas de otros (3), es decir a menudo adoptan sus estados internos de manera reflexiva y fuera de la conciencia, por lo que suele cambiar con las características de los empatizadores y las situaciones que estos viven, estas dos características de la empatía se pueden reconciliar reconociendo el papel clave de la motivación para que las personas eviten o se acerquen a las emociones de los demás (4).

MATERIAL Y MÉTODO

La revisión bibliográfica se ha basado principalmente en la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público "Gerión" y "Pubmed" aunque ha sido en esta última donde hemos encontrado prácticamente toda la información que hemos utilizado. Hemos realizado una búsqueda en la que relacionábamos la palabra "empatía y estado de salud" encontrándonos con más de 11.000 artículos relacionados con los criterios de búsqueda; de todos ellos hemos seleccionado aquellos que desde nuestro punto de vista podrían encontrarse más relacionados con el entorno que actualmente vivimos tanto en nuestro ambiente laboral como profesional así como en la sociedad actual donde compartimos nuestro día a día. Hemos podido ver cómo el sufrimiento y la compasión son elementos necesarios en la supervivencia no solo individual sino también para el grupo; la necesidad de ser empático cuando nos enfrentamos a la enfermedad, ya que en muchas ocasiones puede favorecer la recuperación de los pacientes; la influencia que hoy día tienen los espacios digitales, vemos no solo a adultos sino incluso a niños de meses manejando una tablet o un móvil; la importancia del comportamiento prosocial respecto a los demás, una

situación que por desgracia cada vez se da menos en nuestra sociedad; la relevancia que tenemos los profesionales en cuanto a la actitud empática que deberíamos tener teniendo en cuenta especialmente que tratamos con personas que se encuentran en un estado de debilidad tanto física como emocional; el abordaje especial que hemos de asumir ante aquellos pacientes que presentan dolor en general y muy especialmente cuando este es crónico y que como consecuencia de ello les suele cambiar hasta el carácter y finalmente la necesidad de encontrar técnicas que en cierta medida y muy especialmente favorezcan el aprendizaje de la empatía en todos los profesionales favoreciendo la recuperación, no solo del paciente, sino también al profesional que en ocasiones puede sentir sentimientos de impotencia ante el sufrimiento de la persona y la evolución del proceso patológico.

RESULTADOS

Hablar de todos los aspectos en los que la empatía es parte fundamental de nuestras vidas nos llevaría un tiempo y espacio del que no disponemos. Así que nos vamos a centrar en desarrollar ligeramente algunos de los aspectos que hemos considerado más cercanos a nuestra forma de vida actual y profesional.

SUFRIMIENTO Y COMPASIÓN

El haber experimentado situaciones de adversidad en el pasado se ha relacionado tradicionalmente con resultados negativos en la vida, sin embargo, la evidencia emergente sugiere que existe heterogeneidad con respecto a los vínculos entre adversidad y la resiliencia que suelen darse junto a este tipo de situaciones facilitando a menudo la cooperación frente al sufrimiento del grupo, una situación que predice un aumento de la empatía vinculada a la vez de una tendencia estable a sentir compasión por los necesitados (5). No hemos de olvidar que en los roles sociales la conciencia emocional es un factor importante en las reacciones empáticas de adaptación, mientras que la desregulación emocional podría causar angustia cuando vemos los sentimientos negativos de los demás (6).

EMPATÍA Y ENFERMEDAD

Para D. Goleman el reino de la enfermedad se encuentra dominado por la emoción y por el miedo, el análisis de los datos procedentes de miles de casos nos permite afirmar hoy, sin ningún género de dudas, las ventajas clínicas que conlleva una intervención emocional en el tratamiento médico de las enfermedades graves, el problema estriba en que el personal sanitario se ocupa de las dolencias físicas, pero suele descuidar las reacciones emocionales de sus pacientes. Históricamente hablando, la medicina moderna se ha ocupado de la curación de la enfermedad (del desorden clínico) dejando de lado el sufrimiento (la vivencia que el paciente tiene de su enfermedad (7). Se piensa que la empatía es un mecanismo que subyace en el comportamiento prosocial a lo largo de la vida, pero se sabe poco acerca de cómo los niveles empáticos se relacionan con las diferencias individuales en el funcionamiento del cerebro entre los adultos (8), se sabe que la reactividad a las emociones de

los demás no solo puede dar lugar a una preocupación empática, un importante motivador de la conducta prosocial, sino que también puede dar lugar a una angustia personal que puede dificultar la conducta prosocial (9); las emociones negativas constituyen una seria amenaza para la salud (7). Cómo en el caso de la esquizofrenia la empatía es una habilidad humana básica, ya que los pacientes con esta enfermedad muestran capacidades empáticas disfuncionales en el nivel conductual y neural; estas disfunciones pueden preceder al inicio de la enfermedad (10), también con frecuencia es asociada con una percepción clínica deficiente y déficits empáticos, en su estado afectivo se encuentra relativamente intacta a lo largo de las diferentes etapas de la enfermedad, mientras que las capacidades a nivel cognitivo se encuentran comprometidas y podrían ser objetivos para la intervención de la psicoterapia (11). En patologías como la enfermedad de Alzheimer y Parkinson los cambios en la detección de emociones y empatía presentan implicaciones importantes para la carga y la depresión de sus cuidadores (12); un estudio de investigación parece sugerir que las creencias sobre el origen de las enfermedades mentales y las actitudes hacia este tipo de personas se encuentran significativamente relacionadas; se ha demostrado que el estilo de apego de la persona adulta y la auto eficacia empática afectan dichas actitudes, además, se ha podido ver como la cultura comunitaria o regional tiene un impacto significativo en las creencias y actitudes etiológicas hacia los enfermos mentales (13), por otro lado, otro estudio en personas que padecen esquizofrenia en comparación con controles sanos, tuvo como objetivo examinar las tendencias empáticas auto informadas para cada factor del índice de reactividad interpersonal, los resultados generaron tendencias significativamente reducidas para la preocupación empática, la toma de perspectiva y la fantasía (14). Por otro lado, se ha podido comprobar cómo los niveles empáticos desde un punto de vista global en los diferentes profesionales de la salud especialmente en la relación médico-paciente con enfermedad múltiple fueron altos, especialmente cuando fueron asociados a conexiones telefónicas realizadas con el médico de familia y/o la enfermería comunitaria, gracias al buen apoyo social y familiar que tuvieron (15).

ESPACIOS DIGITALES Y SALUD

Las nuevas tecnologías ofrecen la posibilidad de que cada vez más personas puedan conectarse y apoyarse entre sí, en este sentido la empatía es un componente importante de apoyo entre estos grupos que puede dar lugar a la formación de lo que conocemos coloquialmente como foros. En el cáncer de mama y la enfermedad de las neuronas motoras también conocida como esclerosis lateral amiotrófica (ELA, enfermedad de Lou Gehrig o de Stephen Hawking) se ha podido comprobar cómo la empatía se desarrolla y opera a través de experiencias y conexiones compartidas comenzando su desarrollo fuera del foro, empezando con las experiencias de inicio y diagnóstico de la enfermedad, creando de esta forma necesidades emocionales e informativas. Los usuarios que acudieron al foro encontraron que sus experiencias y necesidades fueron compartidas y comprendidas por otras personas estableciéndose de esta

forma un tono empático y de espíritu de apoyo del propio foro, este espacio fue considerado como un espacio útil y significativo en el que podían compartir experiencias, información y emociones, pudiendo recibir apoyo empático dentro de una atmósfera cálida y de apoyo, como resultado, los usuarios sintieron la necesidad de conectarse con otros usuarios que padecían sentimientos similares (16).

A destacar en el mundo virtual, que los videojuegos, concretamente aquellos que son violentos actúan favoreciendo, como factor de riesgo causal, un mayor comportamiento de cognición y afecto agresivo, favoreciendo de esta forma una disminución empática y por lo tanto la posibilidad de desarrollar una conducta positiva (17).

En lo que se refiere a los mensajes de texto y dependiendo de cómo lo midamos, podemos encontrar que los mensajes de construcción relacionados con la empatía podrían favorecer un aumento de los indicadores afectivos además de los comportamientos positivos. Cuando utilizamos este tipo de mensajes no parece existir un impacto constante en los rasgos de personalidad relacionados con la empatía, sin embargo podría ser considerado como un aspecto prometedor para cambiar motivaciones y comportamientos empáticos (18), afortunadamente, cada vez encontramos más estudios que intentan ver el impacto que la tecnología digital tiene sobre la capacidad empática en el desarrollo del cerebro y otras áreas del crecimiento humano, (19).

COMPORTAMIENTO PROSOCIAL

Aquello que conocemos como ayudar a los demás sin esperar nada a cambio podría facilitar una capacidad de poder ejercer el control sobre una respuesta emocional, lo que a su vez podría moderar el grado en que la empatía se asocia con el comportamiento prosocial (20); una investigación sobre el desarrollo de la conducta prosocial en la adolescencia relacionada con la preocupación empática apoyaron las teorías de socialización moral y de desarrollo cognitivo del desarrollo prosocial junto con el papel principal que tienen las emociones morales en la predicción de este tipo de conductas (21).

PROFESIONALES

La importancia de la ciencia médica supone la presencia de unos profesionales de la Salud emotivos y atentos a sus pacientes, capaces tanto de escuchar como de hacerse oír. Esto implica el cultivo de una «atención sanitaria centrada en la relación» y el reconocimiento de que la relación entre profesional y paciente constituya un factor extraordinariamente significativo para el buen curso de la enfermedad (7).

Un aspecto importante en los profesionales de la salud es la inteligencia emocional y la resiliencia, especialmente en aquellos profesionales que atienden a pacientes con enfermedades mentales, ya que como consecuencia de encontrarse a diario con este tipo de pacientes se encuentran expuestos a un grave estrés emocional; hemos de tener en cuenta que este tipo de profesionales no son más resistentes y por lo tanto, no están más "protegidos" de aquellos factores estresantes con los que conviven a diario en su

trabajo, la correlación positiva entre la inteligencia emocional y la resiliencia sugiere que la inteligencia emocional podría ser un objetivo potencial para la educación y la capacitación con el fin de fortalecer la resiliencia incluso en individuos sanos y al revés (22), estas situaciones hacen ver que el sufrimiento no solo es exclusivo de los pacientes o sus familiares sino también de los profesionales de la salud, donde habrá momentos en los que podemos llegar a sentirnos en el centro de un proceso de despersonalización ya que en ocasiones la tecnificación excesiva y el proceso de la enfermedad a veces es el único punto focal de nuestras actividades (23).

Aunque la empatía es uno de los valores fundamentales en la Enfermería, si no se equilibra de forma adecuada podría tener consecuencias perjudiciales como podría ser el fenómeno conocido como “fatiga por compasión” pudiendo llegar de esta forma a afectar nuestra calidad de vida como profesional y por añadidura como persona; los altos niveles de empatía afectiva pueden asociarse con la compasión, así como con la fatiga que genera la amabilidad y la humanidad que actúan como moderadores, estos altos niveles empáticos podrían llegar a ser un factor de riesgo de este tipo de fatiga, mientras que la autocompasión podría actuar como protectora; es importante aprender habilidades de auto-compasión y auto-cuidado ya que podría ser una característica importante en las intervenciones que tienen como objetivo reducir el agotamiento y la fatiga por compasión (24); a pesar de todo y afortunadamente la mayoría de los individuos tienen una capacidad innata para mostrar empatía hacia los demás siendo este un aspecto muy importante para ser un buen profesional, sin embargo, a veces el entorno de la atención de la salud y el proceso educativo enfatizan demasiado con la competencia tecnológica, prestando quizás un mayor interés por curar las enfermedades en lugar de curar al propio paciente (25).

En el caso de los profesionales médicos, cada vez más se reconoce la empatía como un componente crucial para una buena una relación médico-paciente ya que estos al tener una experiencia personal relacionada con la enfermedad tienen una puntuación empática estadísticamente mayor (26), un estudio entre pacientes diagnosticados de diabetes mellitus demostró como aquellos médicos con niveles empáticos altos relacionados con pacientes que se encontraban con niveles de empatía moderados y bajos tuvieron una tasa significativamente más baja de complicaciones metabólicas agudas (27). La empatía del médico es un fenómeno complejo ya conocido que mejora los resultados de la enfermedad (28), por ejemplo se ha demostrado en un estudio sobre el resfriado común que la empatía del médico tal como la perciben los pacientes da lugar a predecir de forma significativa la duración y la gravedad de la enfermedad, llegando incluso a asociarse su aspecto positivo con cambios favorables en el sistema inmunológico (29).

La capacitación en medicina familiar también se suele asociar con una mayor empatía percibida por parte de pacientes con enfermedades crónicas, un entorno clínico que permita pasar más tiempo al médico con el paciente podría

ayudar a mejorarla favoreciendo de esta forma la actitud que se desarrolla en este tipo de pacientes (30). El Doctor Yang y su grupo de investigación en estudio realizado sobre pacientes afectados de cáncer de próstata avanzado y en relación con el estigma que presenta esta enfermedad, pudieron apreciar como la empatía demostrada por parte de los médicos redujo los problemas de ansiedad afectando de forma positiva al subconjunto de células NK, llegándose a la conclusión de que el personal sanitario debería mejorar el aspecto empático en su relación con los pacientes ya que podría ser muy útil en la mejora del sistema inmunitario (31).

Es importante que los profesionales de la salud desarrollen su capacidad para fomentar conexiones humanas satisfactorias al mismo tiempo que prevenir el estrés laboral que conlleva nuestro trabajo teniendo en cuenta que estas representan un gran apoyo social para los pacientes. Estos hallazgos apoyan un papel importante para la empatía en la prevención del estrés en este tipo de situaciones, de hecho también se confirma que la soledad como experiencia multidimensional y de dominio específico, es perjudicial para el bienestar laboral por lo que las conexiones humanas son claves en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades ya que las relaciones entre profesionales de la salud y los pacientes son fundamentales para poder asegurar la preservación de unas conexiones humanas adecuadas (32). Un aspecto importante en todo este desarrollo es la importancia que tiene la experiencia o la edad del profesional ya que por ejemplo en enfermeros/as con más edad y por tanto mayor experiencia clínica en el cuidado de pacientes como aquellos relacionados con la salud mental se ha podido comprobar que suelen demostrar un mayor grado de empatía (33).

Tan importante es la empatía en nuestra profesión que incluso llega a influir en la inmunidad celular, los resultados de un estudio realizado en pacientes que padecían cáncer de pulmón concluye que al momento del alta aquellos pacientes cuyas enfermeras estaban en el grupo con un nivel elevado de empatía lograron porcentajes de células B y NK significativamente más altos que aquellas otras que estaban en el grupo de baja empatía (34).

El Dr. Camran Nezhat, eminente cirujano ginecológico de la Universidad de Stanford, afirma: «cuando una mujer a quien voy a intervenir quirúrgicamente me dice que tiene miedo, postergo de inmediato la intervención», y luego prosigue diciendo «todos los cirujanos saben que la gente muy asustada no responde adecuadamente a una intervención quirúrgica, ya que tienden a sangrar en exceso, son más propensos a las infecciones y a las complicaciones y tardan más tiempo en recuperarse». Por tanto, es mucho mejor, que el paciente se halle completamente sereno. (7)

ABORDAJE DEL DOLOR

Lamentablemente otro de los problemas con los que nos encontramos cada vez con más frecuencia los profesionales de la salud y especialmente la enfermería es: ¿cómo controlar el dolor?, especialmente el crónico; un aspecto

importante es la extinción de lo que conocemos como empatía negativa que puede llegar en algunas situaciones a abrumarnos, lo que favorecería la entrada de estereotipos comunitarios negativos de aquellos que padecen dolor crónico y por lo tanto un aumento de su estigmatización (35), habría que tener en cuenta que el dolor puede llegar a generar cambios en la personalidad, podemos ver como algunas personas pueden llegar a irritarse como consecuencia de la interrupción que esta situación les genera en su ritmo de vida cotidiano, en este aspecto las actitudes de la enfermería podrían ayudar a enseñar a estos pacientes la forma de expresar su dolor, por lo que es muy importante proporcionar una continuidad de atención y abrir canales de comunicación que sean claros no solo entre enfermeras/os y pacientes, sino también entre todos los miembros del equipo multidisciplinar sanitario (36). En cuanto a los médicos, la empatía clínica se encuentra considerada como una de las habilidades más importantes en estos profesionales ya que se transmite principalmente por el comportamiento no verbal, sin embargo poco se sabe sobre la importancia de los diferentes tipos de señales que son percibidas por los pacientes y su relación con el compromiso y la sinceridad como correlatos posibles de lo que se conoce como empatía clínica percibida; los resultados de un estudio confirmaron que tanto la orientación de la mirada como la del cuerpo influyen en la empatía general percibida; sin embargo, el efecto de la mirada parece ser dependiente del género, en el estudio los hombres fueron percibidos como algo más empáticos con la mirada centrada en el paciente, mientras que para las mujeres la mirada desviada dio lugar a puntuaciones más altas de empatía general percibida (37).

En lo que se refiere al aspecto genético, el pensamiento crítico y la evaluación de los problemas sanitarios, emocionales y sociales a los que se enfrentan los pacientes ante el abordaje de este tipo de enfermedades es fundamental para la capacitación y el desarrollo empático, sin embargo habría de tener en cuenta que el énfasis principal que se suele poner en estos enfoques de resolución cuando hablamos de problemas críticos podría interferir con el desarrollo de las habilidades de escucha empática y de la misma empatía en el paciente (38).

TÉCNICAS PARA EL DESARROLLO DE LA EMPATÍA

La empatía ha sido redescubierta como una calidad deseable especialmente en los profesionales sanitarios, se han recomendado varios enfoques que utilizan las humanidades médicas para enseñar empatía a los estudiantes de medicina, uno de ellos trata de un nuevo enfoque utilizando el medio de la escritura creativa y un distinto género narrativo donde los estudiantes crearon narraciones convincentes y detalladas que incluían información valiosa sobre cómo vivir con un trastorno crónico, este realismo clínico combinado con ejercicios de escritura repetidos sobre el mismo personaje fue una herramienta potencial para ayudar a desarrollar empatía en estudiantes de medicina (39).

Un curso de capacitación en habilidades de comunicación y atención centrada en el paciente con diferentes actividades de enseñanza (didáctica, reflexiva e interactiva: talleres

y encuentros con pacientes simulados para los estudiantes) facilitaría que estos detectasen significativamente más pistas y pudiesen realizar de esta forma expresiones más empáticas (40), esta capacitación sanitaria debe apuntar a brindar a los estudiantes de Medicina y Enfermería oportunidades para aprender y explorar sus respuestas cognitivas y emocionales sobre la enfermedad y el sufrimiento de los pacientes además de la comprensión de las experiencias que pueda presentar fomentando así la comunicación empática y permitiendo de esta forma el poder percibir a los pacientes como seres humanos y no como una enfermedad a tratar (41).

Otra técnica para aquellos pacientes que experimentaron enfermedades agudas y crónicas fue la utilización de las voces de los pacientes, una técnica innovadora que se realizó en estudiantes de enfermería de grado y que demostró ser muy beneficiosa, especialmente para aquellos estudiantes que se enfrentaban por primera vez a una experiencia clínica (42).

DISCUSIÓN

De las diferentes patologías que hemos tratado, quizás la que más repercusión social podría tener es la relacionada con aquellos pacientes que presentan problemas mentales, ya sabemos cómo este tipo de pacientes generan en cierta medida una especie de rechazo, estas actitudes negativas del público en general hacia las enfermedades mentales influyen con una relativa frecuencia en la posible integración de los pacientes con este tipo de problemas en la comunidad, por lo que es importante el desarrollo de técnicas que mejoren la empatía, especialmente en aquellos profesionales más directamente relacionados con este tipo de enfermedades como es el caso de los estudiantes universitarios, donde se ha demostrado la efectividad que tiene la simulación de alucinaciones auditivas, además del conocimiento, la distancia social y las actitudes hacia este tipo de enfermedades (43); es importante que superemos los prejuicios y el interés por este aspecto emocional en los estudiantes, ya que se ha podido ver cómo mediante el etiquetado de video se han obtenido nuevos conocimientos que fomentaron la apropiación para cambiar su comportamiento relacionado con el riesgo que supone para la salud (44). Tampoco podemos olvidarnos del futuro farmacéutico, se ha comprobado un aumento de la empatía en pacientes con enfermedades mentales tras una técnica basada en una simulación de alucinación auditiva; es importante que los educadores de farmacia preparen a sus estudiantes con el fin de prestar una atención adecuada a la futura población que van a atender (45). También el arte que ha sido creado por los consumidores impacta a quienes lo observan, los resultados derivados de un análisis temático basado en entrevistas cualitativas sugirieron que el arte exhibido públicamente es un medio seguro, a través del cual, se puede conseguir una mejora en la empatía y en la comprensión hacia los jóvenes con enfermedades mentales (46). Por otro lado, medicamentos como la dietilamida de ácido lisérgico (LSD) ha sido evaluada como un complemento de la psicoterapia para tratar la ansiedad en pacientes con enfermedades

que ponen en peligro la vida. El LSD produjo sentimientos de felicidad, confianza, cercanía con los demás y mayor empatía emocional explícita e implícita mejorando de esta forma el deseo de los participantes de estar con otras personas, aumentando de esta forma su comportamiento prosocial (47).

CONCLUSIONES

La forma en que los individuos y sus familias se enfrentan a la aparición de enfermedades graves está cambiando, sabemos que el grupo familiar suele administrar el cuidado de un ser querido ajustando su propia dinámica interna de acuerdo con el sistema de atención sanitaria que haya sido establecido; se ha podido comprobar cómo esta integración proporciona una visión más equilibrada del sistema familiar, especialmente cuando se presta una atención diaria en personas con enfermedades graves (48). Las personas a menudo toman los estados internos de los demás de forma reflexiva y fuera de la conciencia, por otro lado, hemos de tener en cuenta que la empatía cambia con las características de los empatizadores y las situaciones, estas dos características se pueden conciliar cuando reconocemos el papel clave de la motivación para impulsar a las personas a evitar o abordar el compromiso con las emociones de los demás (49).

Uno de los conflictos a los que nos enfrentamos aquellos que tenemos hijos y especialmente en el periodo de la adolescencia es la de cómo entenderlos y cómo esta situación

afecta a nuestros sentimientos; hemos de tener en cuenta que la manipulación de esos sentimientos que nos hacen sentir lo que la otra persona siente no suelen tener efectos significativos en el comportamiento, aunque podría promover la resolución activa de problemas, sin embargo esa capacidad que tenemos para identificar y comprender las emociones de otras personas si podría permitir a los adolescentes distanciarse del calor emocional de un conflicto y escuchar el punto de vista de las madres/padres, lo que podría llevar a que los resultados pudiesen ser percibidos como satisfactorios y justos, una capacidad que deberíamos fomentar y desarrollar en nuestros hijos (50).

Como profesionales responsables de los Cuidados, debemos saber que la empatía favorece nuestra relación con el paciente al facilitar la comunicación con él y con sus familiares, lo que favorece su recuperación ya que a parte del componente técnico y científico se ha demostrado que la empatía favorece la confianza del paciente en el personal sanitario y el que un elevado nivel de confianza favorece la sanación y el enfrentamiento a los síntomas de la enfermedad, siendo a su vez, seguramente una pieza fundamental para disminuir y prevenir las agresiones al personal sanitario, no se puede olvidar que cuando un paciente acude a un Centro de Salud suelen hacerlo asustados ya que no saben que pueden tener, pero cuando lo hacen a un Centro Hospitalario saben cómo entran pero no como van a salir; es precisamente en estos momentos cuando la necesidad empática del profesional se hace más importante y necesaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Bernhardt BC ¹, Cantante T. La base neural de la empatía. *Annu Rev Neurosci.* 2012; 35: 1-23. doi: 10.1146 / annurev-neuro-062111-150536 Extraído de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22715878>
- Preston SD ¹, Hofelich AJ, Stansfield RB. La etología de la empatía : una taxonomía de los objetivos de necesidad del mundo real y su efecto en los observadores. *Frente Hum Neurosci.* 2013 22 de agosto; 7: 488. doi: 10.3389 / fnhum.2013.00488. eCollection 2013. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23986680>
- Nook EC ¹, Ong DC ², Morelli SA ², Mitchell JP ¹, Zaki J³ Conformidad prosocial: las normas prosociales se generalizan a través del comportamiento y la empatía. *Pers Soc Psychol Bull.* Agosto 2016; 42 (8): 1045-62. doi: 10.1177 / 0146167216649932. Epub 2016 26 de mayo. Extraído de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27229679>
- Zaki J ¹. Empatía : una cuenta motivada. *Psychol Bull.* 2014 Nov; 140 (6): 1608-47. Doi: 10.1037 / a0037679. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25347133>
- Lim D ¹, DeSteno D ¹. Sufrimiento y compasión: los vínculos entre las experiencias adversas de la vida, la empatía, la compasión y el comportamiento prosocial. *Emoción.* 2016 Mar; 16 (2): 175-82. doi: 10.1037 / emo0000144. Epub 2016 11 de enero. Extraído de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26751630>
- Rieffe C ^{1,2}, Camodeca M ³. Br J Dev Psychol. Empatía en la adolescencia: relaciones con la conciencia emocional y roles sociales. *Septiembre 2016; 34 (3): 340-53.* doi: 10.1111 / bjdp.12133. Epub 2016 18 de enero. Extraído de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26778274>
- Goleman, D. 1995 Emotional Intelligence. Extraído de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Inteligencia%20Emocional%20%20Daniel%20Goleman.pdf>
- Moore RC ¹, Dev SI ², Jeste DV ¹, Dziobek I ³, Eyler LT ⁴. Distintos correlatos neurales de empatía emocional y cognitiva en adultos mayores. *Psiquiatría Res.* 2015 30 de abril; 232 (1): 42-50. doi: 10.1016 / j.psychres.2014.10.016. Epub 2014 24 de diciembre. Extraído de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25770039>
- Flournoy JC ¹, Pfeifer JH ¹, Moore WE ¹, Tackman AM ¹, Masten CL ², Mazziotta JC ², Iacoboni M ², Dapretto M ². La reactividad neural a las caras emocionales puede mediar la relación entre la empatía infantil y el comportamiento prosocial de los adolescentes. *Child Dev.* 2016 nov; 87 (6): 1691-1702. doi: 10.1111 / cdev.12630. Extraído de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28262939>
- Derntl B ¹, Michel TM ², Prempeh P ², Backes V ², Finkelmeyer A ², Schneider F ², Habel U ². Br J Empatía en individuos clínicamente en riesgo de psicosis: cerebro y comportamiento. *Psiquiatría.* 2015 Nov; 207 (5): 407-13. doi: 10.1192 / bjp.bp.114.159004. Epub 2015 20 de agosto. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26294367>
- Atoui M ¹, El Jamil F ¹, El Khoury J ², Doumit M ³, Syriani N ^{1,2,3,4}, Khani M ², Nahas Z ⁴. La relación entre la percepción clínica y la empatía cognitiva y afectiva en la esquizofrenia. *Schizophr Res Cogn.* 2018 14 de mayo; 12: 56-65. doi: 10.1016 / j.scog.2018.02.004. eCollection 2018 jun. Extraído de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29928598>

- Martínez M ¹, Multani N ^{1,2}, Anor CJ ^{1,2}, Misquitta K ^{1,2}, Tang-Wai DF ¹, Keren R ^{1,3}, Fox S ^{1,4}, Lang AE ^{1,2,4}, Marras C ^{1,4}, Tartaglia MC ^{1,2}. Los déficits de detección de la emoción y la disminución de la empatía en pacientes con la enfermedad de Alzheimer La enfermedad de Parkinson y la enfermedad de Afectan cuidador del estado de ánimo y la carga. *Neurosci de envejecimiento frontal*. 2018 24 de abril; 10: 120. doi: 10.3389 / fnagi.2018.00120. eCollection 2018. Extraído de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29740312>
- Mannarini S ¹, Reikher A ¹, Shani S ¹, Shani-Zinovich I ². El papel del apego seguro, la autoeficacia empática y la percepción del estrés en las creencias causales relacionadas con la enfermedad mental : un estudio intercultural: Italia frente a Israel. *Psychol Res Behav Manag*. 2017 9 de octubre; 10: 313-321. doi: 10.2147 / PRBM.S138683. eCollection 2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29070956>
- Bonfils KA ¹, Lysaker PH ², Minor KS ³, Salyers MP ³. Empatía en la esquizofrenia: un meta-análisis del índice de reactividad interpersonal. *Psiquiatría Res*. 2017 Mar; 249: 293-303. doi: 10.1016 / j.psychres.2016.12.033. Epub 2016 27 de diciembre. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28142103>
- García-Morillo S ¹, Bernabeu-Wittel M, Cassani M, Rincón M, Yerro Páez V, Ollero Baturone M. Influencia de la evaluación biopsicosocial en el grado de empatía médico-paciente en una cohorte de pacientes con enfermedades múltiples. *Rev Clin Esp*. Septiembre de 2007; 207 (8): 379-82. Extraído de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17688863>
- Hargreaves S ¹, baño PA ¹, Duffin S ¹, Ellis J ². J Med Internet Res. Intercambio y empatía en espacios digitales: estudio cualitativo de los foros de salud en línea para el cáncer de mama y la enfermedad de la neurona motora (esclerosis lateral amiotrófica) 2018 14 de junio; 20 (6): e222. doi: 10.2196 / jmir.9709. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29903695>
- Anderson CA ¹, Shibuya A, Ihori N, oscilación EL, Bushman BJ, Sakamoto A, Rothstein HR, Saleem M. Efectos violentos de los videojuegos sobre la agresión, la empatía y el comportamiento prosocial en los países orientales y occidentales: una revisión meta-analítica. *Psychol Bull*. 2010 Mar; 136 (2): 151-73. Doi: 10.1037 / a0018251. Extraído de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20192553>
- Konrath S ¹, Falk E ², Fuhrel-Forbis A ³, Liu M ³, Swain J ⁴, Tolman R ⁵, Cunningham R ⁶, Walton M ⁷. Más uno. Pueden los mensajes de texto aumentar la empatía y el comportamiento prosocial ? El Desarrollo y Validación Inicial de Texto para Conectar. 2015 sep 10; 10 (9): e0137585. doi: 10.1371 / journal.pone.0137585. eCollection 2015. Extraído de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26356504>
- Bjorklund P ¹. Gossamer Threads: Comentario sobre el impacto de la tecnología digital en el cerebro en desarrollo y la capacidad de empatía *ANS Adv Nurs Sci*. 2016 enero-marzo; 39 (1): 71-84. Doi: 10.1097 / ANS.000000000000105. Extraído de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26836995>
- Lobchuk M ¹, Halas G ², West C ³, Harder N ⁴, Tursunova Z ⁵, Ramraj C ⁶. Desarrollo de una novela empatía. intervención de video-retroalimentación relacionada con la para mejorar la precisión empática de los estudiantes de enfermería: un estudio piloto. *Enfermera Educ Hoy*. 2016 nov; 46: 86-93. doi: 10.1016 / j.nedt.2016.08.034. Epub 2016 sep 5. Extraído de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27614549>
- Van der Graaff J ¹, Carlo G ², Crocetti E ³, Koot HM ⁴, Branje S ⁵. Comportamiento prosocial en la adolescencia: diferencias de género en el desarrollo y vínculos con la empatía. *J Jóvenes Adolescentes*. Mayo de 2018; 47 (5): 1086-1099. doi: 10.1007 / s10964-017-0786-1. Epub 2017 28 de noviembre. Extraído de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29185207>
- Frajo-Apor B ¹, Pardeller S ¹, Kemmler G ¹, Hofer A ¹. Psychol Inteligencia emocional y resiliencia en profesionales de la salud mental que atienden a pacientes con enfermedades mentales graves *Health Med*. 2016 Sep; 21 (6): 755-61. doi: 10.1080 / 13548506.2015.1120325. Epub 2015 18 de diciembre. Extraído de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26681627>
- de la Fuente-Martos C ¹, Rojas-Amezcu M ², Gómez-Espejo MR ², Lara-Aguayo P ², Morán-Fernández E ², Aguilar-Alonso E ². La humanización en la asistencia sanitaria surge de la necesidad de un enfoque holístico de la enfermedad. *Med Intensiva*. 2018 Mar; 42 (2): 99-109. doi: 10.1016 / j.medin.2017.08.002. Epub 2017 11 de noviembre. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29132912>
- Duarte J ¹, Pinto-Gouveia J ², Cruz B ². Relaciones entre la empatía de las enfermeras, la autocompasión y las dimensiones de la calidad de vida profesional: un estudio transversal. *Int J Nurs Stud*. 2016 agosto; 60: 1-11. doi: 10.1016 / j.ijnurstu.2016.02.015. Epub 2016 4 de marzo. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27297364>
- Comité de Ética del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Opinión del Comité No. 480: Empatía en el cuidado de la salud de la mujer. *Obstet Gynecol*. 2011 Mar; 117 (3): 756-61. doi: 10.1097 / AOG.0b013e3182147865. Extraído de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21343794>
- Brady C, Bambury RM, O'Reilly S. La empatía y el curandero herido: un estudio de métodos mixtos de pacientes y médicos sobre la empatía. *Ir Med J*. 2015 Abr; 108 (4): 125-6. Extraído de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26016309>
- Del Canale S ¹, Louis DZ, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M, Gonnella JS. La relación entre la empatía del médico y las complicaciones de la enfermedad : un estudio empírico de los médicos de atención primaria y sus pacientes diabéticos en Parma, Italia. *Acad Med*. Septiembre de 2012; 87 (9): 1243-9. Extraído de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22836852>
- Foster A ¹, Chaudhary N, Kim T, Waller JL, Wong J, Borish M, Cordar A, Lok B, Buckley PF. Uso de pacientes virtuales para enseñar empatía : un estudio controlado aleatorio para mejorar la comunicación empática de estudiantes de medicina. *Simul Healthc*. Junio 2016; 11 (3): 181-9. doi: 10.1097 / SIH.0000000000000142. Extraído de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26841278>
- Rakel DP ¹, Hoeft TJ, Barrett BP, Chewning BA, Craig BM, Niu M. La empatía profesional y la duración del resfriado común. *Fam Med*. 2009 julio-agosto; 41 (7): 494-501. Extraído de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19582635>
- Yu FS ¹, Yip BH ², Kung K ³, Fung CS ³, Wong CK ², Lam AT ¹, Mercer SW ⁴, Wong SY ². La Asociación de Tipos de Entornos de Entrenamiento y Práctica con la Empatía de los Médicos y la Capacitación del Paciente entre los Pacientes con Enfermedades Crónicas en Hong Kong. Más uno. 14 de diciembre de 2015; 10 (12): e0144492. doi: 10.1371 / journal.pone.0144492. eCollection 2015. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26658427>
- Yang N ^{1,2}, Xiao H ¹, Wang W ¹, Li S ^{#1}, Yan H ¹, Wang Y ^{#2}. Efectos de los médicos empatía habilidades en la inmunidad celular de los pacientes con cáncer avanzado de próstata tratados con orquiectomía: el papel mediador de los pacientes estigma, la autoeficacia y ansiedad Paciente prefiere adherencia. 2018 24 de julio; 12: 1305-1314. doi: 10.2147 / PPA.S166460. eCollection 2018. Extraído de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30087556>

- Soler-Gonzalez J ^{1,2}, San-Martín M ^{3,4,5}, Delgado-Bolton R ^{5,6,7}, Vivanco L ^{5,8}. Las conexiones humanas y sus roles en el bienestar ocupacional de los profesionales de la salud: un estudio sobre la soledad y la empatía. *Psychol*. 2017 29 de agosto; 8: 1475. doi: 10.3389 / fpsyg.2017.01475. eCollection 2017.. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28900410>
- Hsiao CY ^{1,2}, Lu HL ³, Tsai YF ^{4,5}. Factores que influyen en las actitudes de las enfermeras de salud mental hacia las personas con enfermedades mentales. *Int J Ment Health Nurs*. Junio 2015; 24 (3): 272-80. doi: 10.1111 / inm.12129. Epub 2015 11 de mayo..Extraído de:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25963120>
- Yang N ^{#1}, Xiao H ^{#1}, Cao Y ², Li S ^{#1}, Yan H ¹, Wang Y ^{#3}. Influencia de la empatía de las enfermeras oncológicas en la inmunidad celular de los pacientes con cáncer de pulmón. *Psychol Res Behav Manag*. 2018 31 de julio; 11: 279-287. doi: 10.2147 / PRBM.S168649. eCollection 2018. Extraído de:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30104910>
- Cohen M ¹, Quintner J, Buchanan D, Nielsen M, de Guy L. Estigmatización de pacientes con dolor crónico: la extinción de la empatía. *Dolor med*. Noviembre 2011; 12 (11): 1637-43. doi: 10.1111 / j.1526-4637.2011.01264.x. Epub 2011 4 de noviembre.Extraído de:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22054062>
- Hiscock M.Reacciones complejas que requieren empatía y conocimiento. Aspectos psicológicos del dolor agudo. Prof. Enfermera. Dec. 1993; 9 (3): 158-60.Extraído de:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8278416>
- Brugel S ¹, Postma-Nilsenová M ², Tates K ².El vínculo entre la percepción de la empatía clínica y el comportamiento no verbal : el efecto de la mirada de un médico y la orientación corporal.Consejos Educativos del Paciente. Octubre de 2015; 98 (10): 1260-5. doi: 10.1016 / j.pec.2015.08.007. Epub 2015 17 de agosto.Extraído de:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26320820>
- Spencer AC ¹ J Historias como regalo: narrativas de pacientes y el desarrollo de la empatía. *Genet Couns*. 2016 Ago; 25 (4): 687-90. doi: 10.1007 / s10897-015-9886-9. Epub 2015 sep 10. Extraído de:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26354336>
- McDonald P ¹, Ashton K ², Barratt R ³, Doyle S ⁴, Imeson D ⁵, Meir A ⁶, Risser G ⁷.BMC Realismo clínico: un nuevo género literario y una herramienta potencial para fomentar la empatía en los estudiantes de medicina.*Med Educ*. 2015 3 de julio; 15: 112. doi: 10.1186 / s12909-015-0372-8. Extraído de:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26138712>
- Ruiz-Moral R ¹, Pérula de Torres L ², Monge D ³, García Leonardo C ³, Caballero F ³. Enseñar a los estudiantes de medicina a expresar empatía explorando las emociones y experiencias de los pacientes en encuentros médicos estandarizados..Consejos Educativos del Paciente. Septiembre de 2017; 100 (9): 1694-1700. doi: 10.1016 / j.pec.2017.04.018. Epub 2017 29 de abril. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28487117>
- Ziolkowska-Rudowicz E ¹, Kladna A.[Empatía - construcción de médicos. Parte II - Exposición temprana de los estudiantes a la situación del paciente].*Pol Merkur Lekarski*. 2010 Oct; 29 (172): 282-6.Extraído de:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21207649>
- Leonard CR, Zomorodi M, Foster BB.Creat Nurs. El impacto del cuidado: enseñar a los estudiantes la empatía a través de la voz del paciente.2018 1 de febrero; 24 (1): 62-66. doi: 10.1891 / 1078-4535.24.1.62. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29490837>
- Lee MF ¹, Lin CE ².Hu Li Za Zhi. 2017 OctLos efectos de la simulación de la alucinación auditiva sobre la empatía, el conocimiento, la distancia social y las actitudes hacia los pacientes con enfermedades mentales entre estudiantes de pregrado: una revisión sistémica y un metanálisis; 64 (5): 59-68. doi: 10.6224 / JN.000069. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28948592>
- Lockwood PL ¹, Seara-Cardoso A ¹, Viding E ¹ La regulación de la emoción modera la asociación entre empatía y comportamiento prosocial. Más uno. 2014 8 de mayo; 9 (5): e96555. doi: 10.1371 / journal.pone.0096555. eCollection 2014. Extraído de:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24810604>
- Skoy ET ¹, Eukel HN ¹, Frenzel JE ¹, Werremeyer A ¹, McDaniel B ².Uso de una simulación de alucinación auditiva para aumentar la empatía del farmacéutico estudiantil con pacientes con enfermedades mentales. *Soy J Pharm Educ*. 2016 25 de octubre; 80 (8): 142.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27899838>
- Hurley J ¹, Linsley P, Rowe S, Fontanella F. *Int J Ment Empatía a distancia: un estudio cualitativo sobre el impacto del arte exhibido públicamente en los observadores*.*Health Nurs*. 2014 Oct; 23 (5): 419-26. doi: 10.1111 / inm.12073. Epub 2014 22 de mayo. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24852889>
- Dolder PC ¹, Schmid Y ¹, Müller F ², Borgwardt S ², Liechti ME ¹.El LSD afecta de manera aguda el reconocimiento del miedo y aumenta la empatía emocional y la socialidad.*Neuropsicofarmacología*. Octubre 2016; 41 (11): 2638-46. doi: 10.1038 / npp.2016.82. Epub 2016 1 de junio. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27249781>
- Anderson EW ¹, KM blanco ²."Esto es lo que hace la familia": la experiencia familiar de cuidar una enfermedad grave. *Soy J Hosp Palliat Care*. Febrero de 2018; 35 (2): 348-354. Doi: 10.1177 / 1049909117709251. Epub 2017 30 de junio. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28662594>
- Zaki J ¹. Empatía : una cuenta motivada. *Psychol Bull*. 2014 Nov; 140 (6): 1608-47. Doi: 10.1037 / a0037679. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25347133>
- Van Lissa CJ ¹, Hawk ST ², Meeus WHJ ³. Los efectos de la empatía afectiva y cognitiva en el comportamiento y los resultados de los adolescentes en conflictos con las madres.*J Exp Child Psychol*. Junio 2017; 158: 32-45. doi: 10.1016 / j.jecp.2017.01.002. Epub 2017 10 de febrero. Extraído de:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28189885>

PREOCUPACIONES, NIVEL DE CONOCIMIENTO Y SATISFACCIÓN ANTE LA REALIZACIÓN DE UNA PRUEBA RADIOLÓGICA

CONCERNS, AWARENESS AND SATISFACTION WHEN BEING TESTED BY RADIODIAGNOSTIC EXAMINATIONS

■ ANA PONCE TRONCOSO. ENFERMERA. HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.
 ■ FRANCISCO JAVIER RODRIGUEZ FERRETE. TÉCNICO SUPERIOR DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR
 ■ JOSÉ MARÍA PONCE GONZÁLEZ. ENFERMERO. C. DE S. SANTA ANA. DOS HERMANAS. SEVILLA.

FUE PRESENTADO COMO COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER AL II CONGRESO INTERNACIONAL DE INTERVENCIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD (C.I.I.I.S.). 27 Y 28 DE SEPTIEMBRE DE 2018.

RESUMEN: Introducción: Los pacientes que acuden a servicios de radiodiagnóstico, suelen estar nerviosos, con temor y preocupación ante la realización de pruebas y revisiones. Objetivo: Describir la preocupación con la prueba, satisfacción con la información recibida y satisfacción con el trato dispensado. Método: Estudio descriptivo transversal a 217 pacientes atendidos durante un periodo de tiempo en un Centro Radiológico Concertado. Variables estudiadas: sociodemográficas, tipo de prueba, preocupación con la prueba, satisfacción con la información recibida, satisfacción con el trato dispensado. Para el análisis de los datos, se determinaron medias para las variables numéricas y porcentajes para las no numéricas. Se utilizó encuesta de elaboración propia. Resultados/Conclusiones: El 53.5% manifestó sentirse nervioso antes de la prueba radiológica. El 87% recibió información del estudio, sin embargo, el 24% la consideraba insuficiente. La satisfacción global por la atención recibida fue en un 89% buena. PALABRAS CLAVE: Radiología. Atención Ambulatoria. Enfermería. Ansiedad. Conocimiento. Gestión de la Calidad.

ABSTRACT: Introduction: Those patients who need to be under radiodiagnostic examinations are normally nervous, afraid and worried about the test procedures and later check-ups. Objective: Describing patients' concerns related to the test, satisfaction with the information provided as well as the manners by the staff.

Method: Transversal descriptive study of 217 patients treated for a period of time in a Radiological private centre in agreement with the NHS. Variable studied: Sociodemographic, type of test, worry about the test, satisfaction with the information received, satisfaction with the treatment provided. To analyse the data, means for the numerical variables and percentages for the non-numerical variables were established. Own survey was carried out.

Result/Conclusion: 53.5% affirmed to feel nervous before the radiological test. 87% claimed to have received previous information about the examination, however, 24% considered it to be insufficient. Moreover, 89% of respondents, referred as good to the overall satisfaction about the care received.

KEY WORDS: Radiology, Ambulatory Care, Nursing, Anxiety, Knowledge, Quality Management.

INTRODUCCIÓN

La Radiología es la especialidad que genera imágenes del interior del cuerpo, usando diferentes agentes físicos (rayos X, campos magnéticos, ultrasonidos, etc.) y las utiliza para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades. También se le denomina genéricamente Radiodiagnóstico o Diagnóstico por Imagen.

La Radiología ha sido siempre un elemento fundamental en el manejo de los pacientes. El diagnóstico por imagen resulta actualmente imprescindible para cualquier procedimiento diagnóstico o quirúrgico por servir de ayuda para la obtención de imágenes con gran valor clínico sin resultar invasivo.

El objetivo principal de cualquier área de Radiodiagnóstico es ofrecer un servicio de calidad, siempre buscando la mayor seguridad y comodidad para el usuario.

Entre los profesionales que trabajan en una unidad de radiología diagnóstica, se encuentran los Técnicos Superiores de Imagen para el Diagnóstico (TSID) y los Enfermeros.

Los técnicos son responsables del posicionamiento correcto de los pacientes, de garantizar la generación de imágenes de calidad para el diagnóstico. Entre otras intervenciones, informan a los pacientes de los procedimientos, aseguran la posición adecuada del usuario y del equipo, ajustando los controles y complementos para obtener vistas óptimas de áreas específicas del cuerpo. También son responsables del uso de técnicas de protección radiológica, que garantizan los estándares para minimizar las exposiciones a la radiación de los miembros del equipo y de los pacientes.

El enfermero se encarga de las necesidades físicas, psicológicas y emocionales del paciente que está siendo sometido a exámenes y tratamientos en la unidad de radiología. Mediante el desarrollo y manejo de un plan de cuidado, ayuda a los pacientes a entender los procedimientos, y luego, recuperarse de los mismos, a menudo, en colaboración con la familia del paciente.

Los pacientes que acuden a realizarse pruebas de imagen, suelen estar nerviosos, con temor y preocupación ante la realización de pruebas y revisiones. La evidencia científica¹

^{2,3} demuestra que la mayoría de los pacientes que van a ser sometidos a pruebas diagnósticas radiológicas padecen, en mayor o menor medida, ansiedad. Suelen tener miedo a lo desconocido, a complicaciones durante el proceso, al dolor, a los posibles efectos secundarios y claustrofobia por la maquinaria de radiodiagnóstico.

Con frecuencia, la ansiedad vivida por los pacientes condiciona que el resultado de la prueba no sea el óptimo. Los pacientes con temor y ansiedad responden peor a las indicaciones de los profesionales, se pueden mover durante la adquisición de imágenes o no ser capaces de terminar la prueba.

Por ello, es fundamental que el profesional de enfermería se implique en conseguir que el paciente se sienta tranquilo y arropado, con el objetivo que la adquisición de imágenes transcurra con normalidad, obteniendo una imagen diagnóstica lo más esclarecedora posible, disminuyendo así los costos de tiempo, económicos y de personal³.

A veces los profesionales implicados en el proceso de obtención y análisis de las imágenes, se centran más en aspectos técnicos que en aspectos psicosociales del paciente.

Una de las funciones fundamentales de los profesionales de los servicios de radiodiagnóstico, consiste en dar apoyo emocional a los pacientes, atendiendo sus problemas de salud y sus necesidades relacionadas con circunstancias familiares, sociales o personales. El personal de Enfermería identifica al paciente, lo acomoda, se interesa por él, le aclara las dudas, le transmiten seguridad. Todo esto tranquiliza al paciente y reduce su temor ante el procedimiento.

Los pacientes y sus familiares necesitan confiar en los profesionales de la salud que los atienden y de ellos esperan empatía, apoyo y comunicación.

La manipulación que se realiza al paciente durante el estudio, con el objetivo de conseguir un estudio de alta calidad, puede resultar incómoda e incluso dolorosa y puede repercutir en el confort y satisfacción del usuario.

Entre los problemas más habituales que requieren cuidados de enfermería, además de la ansiedad, están los conocimientos deficientes. Algunos recursos eficaces para amortiguar el temor a las revisiones es el apoyo de familiares y compartir dudas con el equipo sanitario.

Con frecuencia los pacientes acuden con una información distorsionada, incompleta y errónea del procedimiento al que se va a someter. Generalmente la fuente que proporciona esta información es ajena al personal sanitario y con frecuencia procede de internet, compañeros de habitación, amigos, etc., que a veces no ofrece información fiable.

El paciente desea estar bien informado sobre las pruebas a las que van a ser sometidos. Quieren conocer tanto sus derechos y obligaciones como las complicaciones o secuelas que puedan ocasionarle. Para ello se necesita un proceso de comunicación bidireccional entre profesionales, pacientes y/o familiares⁴.

Los pacientes además de apoyo y trato cordial, necesitan una información honesta, teniendo en cuenta su opinión, sus preocupaciones y preferencias en relación a las pruebas que en el servicio de radiología se les va a efectuar.

Tanto el técnico como la enfermera de Radiología deben ayudar y aclarar las dudas sobre el procedimiento, dando explicaciones de manera clara para facilitar su colaboración en la prueba a realizar. Es necesario generar confianza en los usuarios mediante una información radiológica adaptada a sus necesidades.

La calidad, desde la perspectiva de los usuarios, es un tema importante que necesita ser medido en cualquier servicio de salud para conseguir una mejora continua. Los aspectos que influyen en una buena atención, influirán en mejorar la adherencia a las recomendaciones y por tanto repercutirá en una mejora en la salud.

Según la OMS⁵ la calidad de atención es el “conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del usuario y del servicio médico, logrando un resultado con el mínimo riesgo de efectos y la máxima satisfacción del usuario”.

Para Donabedian⁶, la calidad de la atención es “el tipo de atención que se espera va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención”.

Calidad en salud implica interacciones adecuadas entre los agentes involucrados tanto en dar como obtener salud, debiendo caracterizarse por fluidez en las comunicaciones, confianza, empatía, honestidad, tacto y sensibilidad⁷.

La calidad de atención de enfermería es el resultado de hacer lo correcto en el momento oportuno escuchando sus inquietudes, aliviando las molestias y fortaleciendo la confianza a través de la comunicación⁸.

Los sistemas de salud buscan la mejora constante de sus estándares de calidad, centrándose en las necesidades del usuario. Para ello, deben enfocarse en la calidad global y en la mejora continua.

OBJETIVO

- Determinar el nivel de preocupación ante una prueba radiológica en usuarios de un servicio de radiología.
- Describir el nivel satisfacción con la información recibida.
- Determinar el nivel de satisfacción con la atención recibida durante la realización de diferentes pruebas diagnósticas.

MÉTODO

Estudio descriptivo transversal en 217 pacientes atendidos durante un periodo de tiempo en un Centro Radiológico Concertado.

Variables estudiadas: sociodemográficas, tipo de prueba,

preocupación con la prueba, satisfacción con la información recibida, satisfacción con el trato dispensado.

Para el análisis de los datos se determinaron medias para las variables numéricas y tablas de frecuencia y porcentajes para las no numéricas.

Como instrumento se utilizó una hoja de recogida de datos de elaboración propia, que incluye las variables antes descritas.

RESULTADOS

De los pacientes estudiados, el 46.5% eran mujeres y el 33.6% eran mayores de 65 años. (Tabla 1).

El 39.6% se realizó un TAC, el 36% una RM y el 24.4% una radiografía simple. El 68.2% no necesitó uso de contraste.

En relación al temor y preocupación con la prueba, el 53.5% manifestó sentirse nervioso antes de la prueba radiológica y el 46.5% dijo haberse aburrido durante la misma. El 24.4% manifiesta que conocer la maquina previamente hubiera

disminuido el estrés y el 20% sugiere mejoras en el entorno físico para hacerlo más agradable. (Gráf. 1).

Respecto a la información recibida, el 84% de los encuestados asegura que la información recibida al solicitar la cita fue comprensible, el 87% recibió información del estudio a realizar. Sin embargo, el 24% consideraba que esta información era insuficiente y buscaron más información, de los cuales el 68% lo hizo en internet. El 22% solicita mayor información adaptada a sus necesidades. (Gráf. 2).

En relación a la satisfacción con el trato dispensado, el 82% consideró que las indicaciones recibidas durante y posterior a la prueba fueron amables y entendibles. El 91% estaba satisfecho con la colaboración que el personal le pidió para la manipulación de la prueba. El 82% manifestó que el trato recibido durante la realización de la prueba era bueno y el 18% regular. El 82% consideró que las indicaciones recibidas fueron amables y entendibles. La satisfacción global por la atención recibida fue en un 89% buena. (Tabla 2).



Gráfico 1. Nivel de preocupación ante una prueba radiológica



Gráfico 2. Satisfacción con la información recibida

Características de los pacientes (N=217)	
Mujer	46,5%
> 65 años	33,6%
T.A.C.	39,6%
R.M.	36%
R. Simple	24,4%
Sin Contraste	68,2%

Tabla 1. Características de los pacientes

SATISFACCIÓN CON EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA
91% estaba satisfecho pues el personal le pidió colaboración
82% percibió bueno el trato recibido durante la prueba
18% percibió regular el trato recibido durante la prueba
82% las indicaciones recibidas fueron amables y entendibles
La satisfacción global por la atención recibida fue en un 89% buena

Tabla 2. Satisfacción con la atención recibida

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Las claves para reducir el temor en usuarios de servicios de radiología son una buena comunicación, una cuidada información y modelos de humanización.

Humanizar los procedimientos diagnósticos mejora el estado de ánimo de los usuarios, disminuye el temor y la ansiedad y se consigue que las pruebas sean más agradables.

Humanizar un servicio de radiodiagnóstico implica: a) Participación del paciente y la familia, b) Información y

Comunicación pues influirá positivamente en el manejo del proceso de enfermedad del paciente, c) Cuidados al paciente (acompañamiento, valorar el afrontamiento y adaptación a la prueba) y d) Infraestructura, confort, entornos amigables, modelos de información físicos y digitales.

La humanización junto a la comunicación y la seguridad del paciente, forman la piedra angular que garantiza un buen diagnóstico y sobre todo la satisfacción del paciente⁹. La satisfacción de los usuarios de un servicio de salud sirve para establecer áreas de mejora, como requisito de la dimensión de la Calidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Lo Re G, et al. Relationship between anxiety level and radiological investigation. Comparison among different diagnostic imaging exams in a prospective single-center study. *Radiol Med*. 2016 Oct;121(10):763-8.
- Pifarré P, et al. Diagnostic imaging studies: do they create anxiety? *Rev Esp Med Nucl*. 2011 Nov-Dec;30(6):346-50.
- Pérez Rodríguez A. Ansiedad en los pacientes ante pruebas radiológicas. Facultad de Enfermería de Valladolid. Grado en Enfermería. Curso 2018/19. Disponible en: http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/36838/TFG_H1599.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Paz López A I. Fundamentos de los cuidados enfermeros en el Servicio de Radiología. Facultad de Enfermería de Valladolid. Grado en Enfermería. Curso 2016/17. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/24697/TFG-H952.pdf?sequence=1>.
- OMS. Sistemas de Gestión de la garantía de la calidad. Consejo Ejecutivo, 2007. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/24866/b120_38a-dd1-sp.pdf.
- Donabedian A. Exploration in quality assessment and monitoring. En: Harbor A. (ed.) *The definition of quality and approaches to its assessment*. Mich: Health administration Press; 1980.
- García R E. El concepto de calidad y su aplicación en Medicina. *Rev. méd. Chile* v.129 n.7 Santiago jul. 2001.
- Farfan R. Percepción de atención humanizada y su relación con la calidad de atención en el servicio de radiodiagnóstico. *UCV - Scientia* 8(2), 2016. Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/AppData/Local/Temp/Dialnet-PercepcionDeAtencionHumanizadaYSuRelacion-ConLaCali-6181531-1.pdf>.
- Ballesteros Escolar M B. Comunicación y humanización en los servicios de radiodiagnóstico. *Radiología*. 2018;60 (Espec Cong):405. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-congresos-34-congreso-nacional-seram-73-sesion-tecnicos-curso-formacion-radioproteccion-4129-comunicacion-comunicacion-y-humanizacion-en-los-49028-pdf>.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DURANTE EL PRIMER AÑO DESPUES DEL PARTO

ANTI-CONTRACEPTIVE METHODS DURING THE FIRST YEAR AFTER DELIVERY

■ ESTRELLA AGUILAR DÍAZ, MATRONA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. SEVILLA.
■ MARÍA JOSEFA ESPINACO GARRIDO, MATRONA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. SEVILLA

RESUMEN: La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. La importancia de ésta en el postparto radica en la prevención de embarazos no planificados y en el logro de un periodo intergenésico adecuado (de 18 a 24 meses). Durante el último año (2017), el Instituto Nacional de Estadística registró unos 391.930 nacimientos. Por lo que todas estas madres tuvieron que decidir si iniciar o reanudar los métodos anticonceptivos en el posparto. La elección del tema de este estudio se basa en la consideración de la anticoncepción como una cuestión importante de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Se analiza el uso de métodos anticonceptivos durante el primer año después del parto. Se determina el método anticonceptivo usado por las mujeres en este periodo de tiempo. Y se identifica el origen de la información sobre anticoncepción que reciben estas mujeres.

PALABRAS CLAVES: Postparto, Anticonceptivos, Información sobre anticoncepción.

ABSTRACT: Family planning allows people to have the number of children they want and determine the interval between pregnancies. The importance of this in the postpartum lies in the prevention of unplanned pregnancies and in the achievement of an adequate intergenetic period (from 18 to 24 months). During the last year (2017), the National Statistics Institute registered about 391,930 births. So all these mothers had to decide whether to start or resume postpartum contraceptive methods. The choice of the subject of this study is based on the consideration of contraception as an important issue of women's sexual and reproductive health. The use of contraceptive methods during the first year after delivery is analyzed. The contraceptive method used by women in this period of time is determined. And the origin of the contraceptive information that these women receive is identified.

KEY WORDS: Postpartum, Contraceptives, Contraception Information.

INTRODUCCIÓN

La significación de la salud sexual y reproductiva en la sociedad se ha visto modificada a lo largo del tiempo, al igual que su definición. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud sexual y reproductiva, es el estado de completo bienestar físico, mental y social, en los aspectos relativos a la sexualidad y el sistema reproductivo, en todas las etapas de la vida. Implica que las personas puedan tener una vida sexual segura y placentera, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia.¹

La protección de la salud sexual y reproductiva tiene una particular trascendencia para las mujeres, para las cuales el desarrollo de su sexualidad y las decisiones relacionadas con la procreación pueden afectar sus vidas. Las relaciones igualitarias, basadas en el respeto y el consentimiento mutuo y la responsabilidad compartida de la conducta sexual y sus consecuencias, son aspectos esenciales para una buena salud sexual y reproductiva.

Existen diversas leyes en el ámbito español que han favorecido el reconocimiento de los derechos en salud sexual y reproductiva, como es la Ley Orgánica 1/2004 sobre Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, y la Ley Orgánica 3/2007 para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres. No obstante, es la Ley Orgánica 2/2010 sobre Salud Sexual y Reproductiva la que debe garantizar los derechos fundamentales en este ámbito y regular la

interrupción voluntaria del embarazo junto con la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva publicada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.² Desde el año 2013, ha existido controversia y dificultad respecto a su aplicación y por el momento, esta cuestión queda fuera de la agenda política.

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. La importancia de ésta en el postparto radica en la prevención de embarazos no planificados y en el logro de un periodo intergenésico adecuado (de 18 a 24 meses).^{3,4} Este objetivo se logra mediante el asesoramiento profesional y la aplicación de métodos anticonceptivos.

El asesoramiento anticonceptivo debe ser una parte fundamental del cuidado de la mujer en edad fértil. Éste se define como la práctica sanitaria que, mediante la aportación de información objetiva y equilibrada, permite la elección del método más idóneo (según las características individuales de la mujer o de la pareja) para lograr un óptimo estado de salud sexual y reproductiva.⁵

La importancia del asesoramiento anticonceptivo consiste en una adecuada elección del método. Además, la mujer debe usar el método correctamente y de forma continuada para aumentar su efectividad anticonceptiva, así como esclarecer los mitos erróneos sobre el método.⁶

Según el Estudio Poblacional sobre el Uso y la Opinión de

los métodos Anticonceptivos en España de la SEC en 2016, el consejo del personal sanitario (Ginecólogo, Médico de Familia, Matrona) influye decisivamente en la elección del método para buena parte de las encuestadas (40,1%), seguido de la opinión de familiares y amigos (23,5%).¹¹ En 2018, estos datos disminuyen hasta el 38,1% y el 14,3%, respectivamente. Para el 3% de las mujeres son los medios de comunicación los que han ejercido la mayor influencia en su elección, y las redes sociales para el 1,4%.⁸

En relación al origen de la información sobre temas sexuales, un 53% de la población entre 18 y 49 años señaló a los padres como fuente preferida. Sin embargo los hermanos y amigos fueron la principal fuente de información para el 38,8% de los encuestados, seguida de la pareja (19,6%).¹⁰

Por otro lado, la población española tiene una buena percepción de su salud sexual y buena disponibilidad de información. Según la Encuesta de salud y hábitos sexuales del Instituto Nacional de Estadística (INE) de 2013, el 94,1% de las personas entre 18 y 49 años ha tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida (el 94,6% de los hombres y el 93,4% de las mujeres).¹⁰ De estos, el 88,4% de los hombres y el 83,4% de las mujeres se muestran satisfechos con su vida sexual.² Estos datos se ven modificados en la última Encuesta Nacional sobre la Anticoncepción en España de la Sociedad Española de Contracepción (SEC) de 2018, en la que reduce el porcentaje de mujeres de 15 a 50 años que ha mantenido relaciones sexuales alguna vez al 91,6%.⁸

Durante el último año (2017), el Instituto Nacional de Estadística registró unos 391.930 nacimientos.¹² Por lo que todas estas madres tuvieron que decidir si iniciar o reanudar los métodos anticonceptivos en el posparto.

En nuestros días, disponemos de numerosos métodos anticonceptivos altamente eficaces y seguros tanto para la salud de la madre como para la de su bebé lactante. Podemos hacer la siguiente clasificación de los métodos anticonceptivos en el puerperio:¹³

1. Lactancia materna: requiere lactancia materna exclusiva, tomas cada 3 horas como máximo, amenorrea, y no es eficaz tras el sexto mes posparto. Puede considerarse poco fiable y no se debe recomendar como método anticonceptivo único.
2. Métodos de barrera: son inocuos tanto para la madre como para el lactante. El preservativo tiene una alta eficacia para prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual si se usa adecuadamente.

No son aconsejables capuchones cervicales, esponjas o diafragmas hasta las 6 semanas posparto, semana a la cual se produce la recuperación de los órganos pélvicos y de la vagina. Además del mayor riesgo de infección.
3. Métodos naturales: requiere un adecuado entrenamiento y auto-observación de la mujer. No se recomienda en el puerperio, ya que se trata de un periodo

donde no está el ciclo menstrual establecido y resulta difícil detectar cambios en el moco debido a modificaciones hormonales.

4. Métodos químicos (espermicidas): son agentes químicos que se introducen en la vagina donde bloquean en el cérvix la llegada de los espermatozoides y dañan la membrana celular de los espermatozoides. Deben usarse asociado a otro método y pueden aparecer reacciones alérgicas.
5. Anticonceptivos hormonales: en función de los principios activos (hormonas sintéticas) del preparado, hablaremos de anticoncepción hormonal combinada (estrógenos y gestágenos) y anticoncepción de solo gestágeno.
 - Con lactancia materna: el componente estrogénico pasa a través de la leche al niño, produciendo efectos adversos, por lo que se recomiendan anticonceptivo hormonal con solo el componente gestagénico.
 - Existen diversas presentaciones como píldoras, implantes, dispositivos intrauterinos liberadores de gestágenos o inyectables cada tres meses.
 - El principal efecto adverso es el patrón impredecible de sangrado menstrual (amenorrea, irregularidad menstrual, spotting, sangrado infrecuente o frecuente).
 - Sin lactancia materna: las indicaciones y contraindicaciones no difieren del resto de la población.
 - También encontramos varias presentaciones como píldoras, parches transdérmicos o anillos vaginales.
6. Dispositivos intrauterinos: las contraindicaciones para su uso son las mismas en el puerperio que fuera de él, no interfieren con la lactancia. Puede colocarse:

En el post-alumbramiento y la primera semana después del parto, suele reservarse para casos concretos en los que se prevé que la mujer no podrá acudir a realizar controles posteriores.

Entre la primera y sexta semana posparto, no se recomienda su inserción por su elevada probabilidad de perforación uterina.

En general, se inserta como mínimo tras la sexta semana, cuando el útero se ha recuperado tanto en forma y tamaño.
7. Métodos irreversibles (esterilización tubárica o ligadura de trompas y vasectomía): precisa anestesia general y estancia hospitalaria. La decisión de llevarla a cabo debe ser firme pues se produce la esterilización del individuo, sin afectar la función endocrina.

Actualmente existen múltiples métodos anticonceptivos, y la decisión de utilizar alguno de ellos está condicionada por las características de la persona usuaria potencial, las condiciones médicas de la paciente, el perfil de efectos adversos de los distintos productos, el costo, la disponibilidad

y la preferencia de la mujer y/o la pareja.¹⁴ Igualmente, dicha elección el posparto y/o durante la lactancia materna está relacionada también con los cambios fisiológicos que afectan al deseo, a la respuesta y al comportamiento sexual debido a una disminución de los estrógenos y progesterona y un aumento de la prolactina, sobre todo en mujeres lactantes.¹⁵

En el periodo postparto los métodos anticonceptivos deben utilizarse desde el inicio de las relaciones sexuales con penetración, ya que el periodo de infertilidad tras el parto es muy breve. En mujeres que no lactan, la ovulación puede suceder en la tercera semana posparto y aquellas mujeres con lactancia materna exclusiva, tienen un periodo de infertilidad más extenso, pero sin saber con seguridad cuándo ocurrirá su primera ovulación. Además, no hay un límite determinado respecto al reinicio de las relaciones sexuales. Así pues, será el sentido común de la pareja, basado en el estado de la madre quien indique el momento de reiniciar las relaciones sexuales.⁹

El puerperio puede definirse como el periodo de tiempo que va desde alumbramiento hasta un límite variable, generalmente 6 semanas, en que vuelve a la normalidad el organismo femenino. Se caracteriza por una serie de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hacen regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas.

Este periodo de tiempo se divide clásicamente en:

- Puerperio inmediato: las primeras 24 horas.
- Puerperio precoz o propiamente dicho: desde el 2 al 7-10 días (primera semana).
- Puerperio tardío: hasta los 40-45 días (retorno de la menstruación).

Cada vez se tiene más en consideración lo que algunos especialistas han denominado puerperio alejado, que se extenderá desde los 45 días hasta un límite impreciso. Algunos consideran a la mujer puérpera hasta que tiene la primera menstruación tras el parto, otros hablan de un "puerperio psicológico", que tiene que ver con cambios emocionales y a nivel cerebral, que podría durar entre uno y dos años. Este puerperio alejado es un concepto todavía abstracto, que muchos profesionales de la salud no admiten, sobre todo por su imprecisión y subjetividad, pero que evidentemente existe, y las mujeres son testigos de ello.¹⁶

Tras el parto, la vida de la mujer se ve influida por factores físicos, psicológicos y sociales, entre otros. Los factores físicos son lo más conocidos. Entre ellos destacan los daños perineales, cicatrices abdominales tras cesáreas, hemorroides, entuertos... Todo ello puede suponer una dificultad para la reanudación de las relaciones sexuales. Existen otros factores influyentes que son menos conocidos, como es la influencia de la musculatura del suelo pélvico. Cualquier alteración importante en el suelo pélvico que modifique su fuerza, resistencia o flexibilidad puede generar alguna disfunción (alteraciones sexuales, prolapsos genitales,

incontinencia urinaria, fecal o de gases y estreñimiento distal, entre otras.).

Si bien la madre experimenta la recuperación de su aparato genital en las primeras semanas, no pasa lo mismo con los aspectos fisiológicos, endocrinos y nutricionales. Durante la primera etapa del puerperio, el ovario está deprimido, ya que la hipófisis no produce suficientes hormonas para estimularlo. Esta inhibición del ovario dura algunas semanas en las mujeres que no amamantan, quienes presentan la primera ovulación entre cuatro y ocho semanas después del parto. En cambio, en la mujer que amamanta, el ovario se mantiene inhibido por un periodo más prolongado que puede durar semanas o meses. El mecanismo exacto responsable de la reanudación del ciclo menstrual no se conoce totalmente. La menstruación se restablece generalmente antes que la ovulación. Los promedios de reaparición de la menstruación son muy variables, y el que no haya menstruación no implica infertilidad, pues pueden existir ovulaciones y, por tanto, puede producirse un nuevo embarazo. Las mujeres que no lactan tienen el retorno de la menstruación entre la 6ª y 8ª semana después del parto en el 50% de los casos. Para las mujeres lactadoras el retorno ocurre entre la 12ª y 36ª semana en el 75% de los casos.^{17, 18}

Desde la perspectiva psicosocial, el puerperio puede ser una experiencia complicada para las mujeres por las demandas del recién nacido, el deseo de cumplir con las funciones maternas de la mejor manera posible y por la inseguridad que las mujeres tienen con frecuencia acerca de la manera en que deben cumplir estas funciones maternas. En general, se producen cambios importantes en el plano emocional y cambios en los intereses y prioridades a corto y largo plazo. En la madre se mezclan sentimientos, que pueden ser incluso contradictorios. La autopercepción materna también fluctúa en estos momentos. Los cambios físicos pueden hacer que la mujer se valore a sí misma negativamente. La baja autoestima está directamente relacionada con una disminución de la libido y por tanto menor cantidad de relaciones y dificultad para llevarlas a cabo.¹⁷

Así mismo, algunas hormonas desencadenantes del inicio y mantenimiento de la lactancia influyen a nivel sexual. En el posparto se da una situación de hipogonadismo que se suele normalizar a los tres meses pero se mantiene en las madres lactantes. Las mujeres lactantes con disminución del deseo sexual tienen menores niveles de testosterona (explicado por un aumento de prolactina propia en la lactancia). Los estrógenos mantienen las condiciones de lubricación de la vagina, y su disminución facilita la dispareunia y la coitorragia. El aumento de oxitocina que provoca cierta estimulación genital y contracciones uterinas y de progesterona, condiciona cambios negativos en la respuesta sexual a nivel de deseo e influye en el estado emocional de la mujer. Debido al clima hormonal, comentado anteriormente, la mujer con lactancia materna tiene peor respuesta sexual que la mujer que no lacta.^{17, 19, 20}

El retorno a las relaciones sexuales depende, en parte, de lo anteriormente comentado y también del consejo posparto que la pareja reciba, con el propósito de reducir mitos y

creencias erróneas. Sin embargo, sólo un 20-30% afirma haber recibido algún tipo de orientación sobre sexualidad posparto²¹, por lo que la información sexual dada se considera insuficiente y dada demasiado pronto después del parto.

Si bien, la sexualidad es una inquietud frecuente, tanto los profesionales de la salud como las pacientes pueden posponer el tratar los temas sexuales durante el embarazo y el posparto debido a la timidez de la mujer para tocar el tema o, simplemente, por la falta de formación del profesional para tratarlo. Esta falta de asesoramiento, junto con tabúes, miedos y convicciones erróneas, pueden afectar los patrones sexuales de la pareja y trascender en problemas como dificultades en la relación, complicaciones para la mujer a nivel psíquico-emocional y físico, en general, dificultades para la instauración de la nueva familia.

En nuestro centro, Centro de Salud Pino Montano B, no se ha realizado previamente un estudio de estas características. Las revisiones sistemáticas de estudios encontrados durante la búsqueda de bibliografía para presentar los antecedentes del presente estudio comprenden, en su mayoría, tesis o memorias de fin de máster realizadas en una gran diversidad de países. No obstante, los artículos españoles relacionados con el tema son limitados.

El estudio de Vázquez M^a D., señaló que durante el puerperio, un 37,9% (n= 134) no utilizó ningún método anticonceptivo. El más utilizado fue el preservativo seguido de los anticonceptivos hormonales orales, tanto en este periodo como durante la lactancia materna exclusiva, y concluyó en su estudio que desde el punto de vista de los cuidados enfermeros se hace necesario reforzar la educación sanitaria sobre planificación familiar durante el embarazo y en la visita puerperal.¹⁵

Por otra parte, Reyes A. et al., mostraron que 1 de cada 3 puerperas reinicia las relaciones sexuales coitales durante la cuarentena, y que el 20% de éstas presenta una cobertura anticonceptiva inadecuada. De las 141 mujeres participantes en el estudio, el 80,1% usaban algún método anticonceptivo, siendo el preservativo masculino el empleado con más frecuencia (62,4%). En relación a la lactancia, tanto la lactancia materna exclusiva como la mixta se asociaron a una menor frecuencia de reinicio de relaciones sexuales con respecto a la lactancia artificial.²²

En la memoria de fin de máster de Macayo E., se incluyen los motivos por los que la mujer no utiliza ningún método anticonceptivo. Casi la mitad señalaron que su razón era no mantener relaciones sexuales durante ese periodo. Después de la abstinencia sexual, el segundo motivo para no usar anticoncepción fue la posible afectación de cualquiera de ellos a la lactancia materna.²³

Igualmente, el CS Pino Montano B se caracteriza por su localización geográfica, en la cual encontramos familias de exclusión social con embarazos de alto riesgo y no planificados. Según Morales C et al., la consulta de posparto en mujeres de grupos sociales desfavorecidos puede ser muy útil para que accedan a métodos anticonceptivos seguros,

eficaces y de larga duración y en su estudio la tasa total de anticoncepción fue del 86%, siendo el 68% métodos de larga duración: fundamentalmente DIU e implantes.²⁴

La elección del tema de este estudio se basa en la consideración de la anticoncepción como una cuestión importante de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Respecto al conocimiento de métodos anticonceptivos, se observa una falta de asesoramiento en general, lo cual conlleva a una conducta sexual inadecuada. Los artículos hallados demuestran datos con un alto porcentaje de mujeres que utilizan algún método anticonceptivo. Es por este motivo, por el que en este estudio se quiere vislumbrar qué métodos son los más utilizados en la zona de estudio, la tasa de abandono de los mismos, y los posibles factores influyentes en la utilización de métodos anticonceptivos, como pueden ser la lactancia materna, el tipo de parto (eutócico o cesárea) o el tabaquismo. También, se pretende conocer qué colectivo ofreció información relacionada con anticoncepción en el puerperio.

OBJETIVOS

PRINCIPAL

- Analizar el uso de métodos anticonceptivos durante el primer año después del parto.

SECUNDARIOS

- Determinar el método anticonceptivo usado por las mujeres en este periodo de tiempo.
- Conocer las tasas de abandono del método utilizado.
- Analizar la posible relación entre la lactancia materna, tabaquismo y tipo de parto y la utilización de método anticonceptivo.
- Identificar el origen de la información sobre anticoncepción que reciben las mujeres.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo epidemiológico observacional, descriptivo, sobre una cohorte de 72 mujeres que se encontraron en el periodo de tiempo de 1 año postparto pertenecientes al área específica del Centro de Salud Pino Montano B de Sevilla. El estudio tuvo una duración de 2 meses y medio (desde octubre de 2018 hasta diciembre de 2018). El muestreo se realizó de forma aleatoria. A dichas mujeres, previo consentimiento y cumplimientos de los criterios de inclusión y exclusión, se les pasó un cuestionario vía oral directa o telefónica.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: mujeres comprendidas desde el nacimiento de su hijo/a hasta cumplir el primer año, pertenecientes al centro de salud. Comprensión del idioma castellano. Sin patología derivadas del embarazo y parto. Sin disfunciones o patologías sexuales previas.

Los criterios de exclusión: No comprender el idioma castellano. Puerperio patológico. Con disfunciones o patologías sexuales previas.

Las variables del estudio:

- Edad: medida en años.
- Número de embarazos.
- Número de hijos.
- Tiempo de lactancia materna en meses.
- Tipo de parto(variable dicotómica): vaginal o cesárea
- Lactancia materna (variable dicotómica): sí o no.
- Fumadora (variable dicotómica): sí o no.
- Uso de método anticonceptivo (variable dicotómica): sí o no.
- Tipo de método anticonceptivo: Lactancia materna, naturales, de barrera, hormonales combinados, hormonales solo de gestágenos, DIUs o irreversibles.
- Uso de método anticonceptivo actual (variable dicotómica): sí o no.
- Fuente de información sobre los métodos anticonceptivos: educación maternal (EM), Internet, pediatra, EM

+ Internet, EM + pediatra, entorno y experiencia, NS/NC.

Recogida de datos:

Se realizó la recogida de datos a través de un cuestionario realizado para el estudio, que desarrolló una serie de preguntas necesarias para la obtención de las variables del estudio. Todos los registros se efectuaron respetando toda la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal, ficheros automatizados y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Para la medición de las variables cuantitativas se utilizó la frecuencia absoluta (n), la media aritmética (X) y la desviación estándar (DE). Para las variables cualitativas, se empleó la frecuencia absoluta (n) y porcentajes totales (%).

RESULTADOS

La cohorte quedó constituida por 72 mujeres comprendidas en el periodo de un año postparto. En la tabla siguiente se presentan los datos obtenidos en el análisis.

Variables	Frecuencia (n)	X ± DE
Edad (años)	72	32,62 ± 5,15
Embarazos		1,65 ± 0,79
Hijos		1,46 ± 0,6
Tiempo LM (meses)		5,43 ± 4,47

X=media; DE=desviación estándar.

Variables	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Tipo de parto		
Cesárea	19	26,39%
Vaginal	53	73,61%
Lactancia materna		
SÍ	54	75%
NO	18	25%
Fumadora		
SÍ	54	75%
NO	18	25%
Uso MAC		
SÍ	60	83,33%
NO	12	16,67%
MAC (tipo)		
DIU	4	5,56%
Implante	4	5,56%
Intervención quirúrgica	4	5,56%
Pastilla combinada	3	4,17%
Pastilla gestágeno	16	22,22%
Preservativo	29	40,28%
No usa	12	16,69%

Uso MAC actual		
SÍ	56	77,78%
NO	16	22,22%
Fuente información MAC		
Educación Maternal (EM)	41	56,94%
Internet	2	2,78%
Pediatra	2	2,78%
EM + Internet	8	11,11%
EM + Pediatra	4	5,56%
Entorno y experiencia	4	5,56%
NS/NC	11	15,28%

La edad promedio fue $32,65 \pm 5,15$ años. De las 72 mujeres, 60 encuestadas (83,33%) utilizaron algún método anticonceptivo (MAC) después del parto, mientras que el 16,67% no reflejaron utilizar ninguno. En el momento de realización de la encuesta, 4 mujeres de las que utilizaban MAC no utilizaban en ese momento, lo que supone un porcentaje de abandono del 5,55%.

El 78,33% (n=47) de las mujeres que utilizaron algún MAC lactaba al mismo tiempo, frente al 21,67% (n=13) que no lactó al mismo tiempo que utilizó MAC. Lo que supone que un 65,28% del total, lactó y utilizó algún MAC, mientras que el 6,94% ni lactó, ni utilizó algún MAC.

En relación al tabaco, el 76,67% (n=46) de las mujeres que utilizaban MAC no fumaba, mientras que el 23,33% (n=14) si fumó. Respecto al total de mujeres entrevistadas, el 63,89% no fumaba mientras usaba algún MAC y el 19,44% fumó mientras usó MAC. Podemos observar unos porcentajes similares en el total de las mujeres que lactan mientras

usan MAC y el total de mujeres que no fuman mientras lo usaban, lo que podría suponer cierto grado de asociación entre las variables. Para comprobar la independencia de las variables (lactancia materna y tabaquismo), utilizamos la prueba de chi-cuadrado, obteniendo un valor de 2,47 con un grado de libertad (gl=1), lo que supone aceptar la independencia de las variables estudiadas. En cuanto al tipo de parto, obtenemos una gran mayoría (71,67%, n=43) que toma MAC siendo su parto vaginal, en contraposición al 28,33% (n=17) de púerperas con cesárea que usan MAC. Para el análisis de los datos respecto al uso de MAC en relación con la lactancia materna, tabaquismo y tipo de parto se aplicaron tablas de contingencia, que aparecen a continuación

Por último, la mayoría de las encuestadas 56,94% (n=41), refirieron haber obtenido información en el grupo de Educación Maternal o haber consultado a la matrona sobre los métodos anticonceptivos.

LM	MAC		
	NO	SÍ	
NO	5	13	18
	27,78%	72,22%	100%
	41,67%	21,67%	25%
	6,94%	18,06%	25%
SÍ	7	47	54
	12,96%	87,04%	100%
	58,33%	78,33%	75%
	9,72%	65,28%	75%
	12	60	72
	16,67%	83,33%	100%
	100%	100%	100%
	19,67%	83,33%	100%

Fumadora	MAC		
	NO	SÍ	
NO	8	46	54
	14,81%	85,19%	100%
	66,67%	76,67%	75%
	11,11%	63,89%	75%
SÍ	4	14	18
	22,22	77,78%	100%
	33,33	23,33%	25%
	5,56	19,44%	25%
	12	60	72
	16,67%	83,33%	100%
	100%	100%	100%
	19,67%	83,33%	100%

Tipo de parto	MAC		
	NO	SÍ	
Cesárea	2	17	19
	10,53%	89,47%	100%
	16,67%	28,33%	26,39%
	2,78%	23,61%	26,39%
Vaginal	10	43	53
	18,87%	81,13%	100%
	83,33%	71,67%	73,61%
	13,89%	59,72%	73,61%
	12	60	72
	16,67%	83,33%	100%
	100%	100%	100%
	19,67%	83,33%	100%

DISCUSIÓN / CONCLUSIÓN

La elección del tema se basa en la consideración de la anticoncepción como una cuestión importante de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. La bibliografía encontrada comprende mayoritariamente, tesis o memorias de fin de máster, realizada en una gran diversidad de países y los artículos españoles relacionados con el tema son limitados.

Según los resultados obtenidos podemos afirmar que la edad y el número de hijos, han resultado irrelevante, no influyendo por tanto en la toma de medidas anticonceptivas. Tanto la edad como el número de hijos corresponden a una población típica de nuestra zona básica de salud. Mujeres jóvenes con una media de hijos inferior a la necesaria para garantizar el reemplazo generacional.

En relación al uso de un método anticonceptivo durante este periodo de tiempo, obtenemos un 80% en consonancia con otros estudios revisados (excepto en el de Vázquez M. D., que alcanza el 62.1%)¹⁵.

Con este estudio hemos visto la necesidad de abrir nuevas líneas de investigación: la orientación y asesoramiento en temas de sexualidad en el puerperio, instruir en el buen uso de métodos anticonceptivos con la consiguiente disminución de tasa de fallos y abandono; o, idear un nuevo programa de consultas en el puerperio (más allá de los actuales 10 días posparto) en las que se aborden temas que surgen en momentos más alejados del parto.

Observamos que el trabajo está limitado tanto por el tipo de estudio como por la fuente de información. No se han podido establecer cauda-efecto (solo tendencias) por lo que sería necesario otro tipo de abordaje metodológico y diseño analítico. Así como la reducción del sesgo que pudimos encontrar en la muestra, principalmente en la memoria de

las participantes, las cuales tuvieron que responder a preguntas de forma retrospectiva (hasta un año).

Podemos concluir que continúan muchas mujeres sin poner medidas anticonceptivas en sus relaciones sexuales postparto y que la tasa de abandono no ha sido elevada. Pensamos que se debe profundizar más aumentado las variables, sobre todo las más influyentes como son las relacionadas con la sexualidad de las mujeres antes, durante y después del embarazo. Vemos necesaria la intervención del sistema de salud para facilitar esta alta calidad de cuidados en las embarazadas que incluya o mejore en el posparto el abordaje de la salud sexual y anticonceptiva. Para lo que consideramos fundamental la intervención de la matrona en la dispensación de estos cuidados en la continuidad de la atención a la mujer en este periodo de su vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salud sexual y reproductiva [Internet]. Médicos Sin Fronteras. 2019 [acceso 15 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.msf.es/conocenos/que-hacemos/salud-sexual-y-reproductiva-0>.
2. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A. Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. Informe SES-PAS 2014. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2014 [acceso 15 de febrero de 2019];28:109-115. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.007>.
3. Estrategias para la programación de la planificación familiar posparto [Internet]. 1st ed. Ginebra; 2014 [acceso 8 de febrero de 2019]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112766/9789243506494_spa.pdf?sequence=1&ua=1.

4. OMS. Planificación familiar [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>.
5. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). 2006. Documento de consenso: Contracepción [acceso 17 de enero 2019]. Disponible en: <http://www.sego.es/go/prosegoShah>.
6. Costillas-Caño P, Cristóbal-García I, Falguera-Puig G, Jurado-López A, Lobo-Abascal P, Obiol-Saiz A et al. Buenas prácticas en el asesoramiento anticonceptivo a mujeres: recomendaciones del grupo de Expertos Multidisciplinar en Materia Anticonceptiva (EMMA). Medicina Reproductiva y Embriología Clínica [Internet]. 2018 [acceso 15 de febrero de 2019];5(1):1-10. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2340932017300427>.
7. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2017. Madrid; 2017.
8. Sociedad Española de Contracepción. Presentada la Encuesta Nacional 2018 sobre la Anticoncepción en España [Internet]. 2019. Disponible en: <http://sec.es/presentada-la-encuesta-nacional-2018-sobre-la-anticoncepcion-en-espana/>.
9. SEGO | Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [Internet]. Sego.es. 2019 [acceso 25 de febrero de 2019]. Disponible en: https://sego.es/Area_de_la_Mujer#partoypuerperio.
10. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales [Internet]. 2004. Disponible en: <https://www.ine.es/prensa/np336.pdf>.
11. Sociedad Española de Contracepción [Internet]. Madrid: SEC; agosto 2016 [acceso 25 de febrero de 2019]. Estudio Poblacional sobre el Uso y la Opinión de los métodos Anticonceptivos en España 2016. Disponible en: <http://sec.es/area-cientifica/observatorio/documentos-observatorio/>.
12. Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas del Movimiento Natural de la Población (Nacimientos, Defunciones y Matrimonios) [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/mnp_1s2018_p.pdf.
13. Vázquez Lara J, Rodríguez Díaz L, Vázquez Lara F. Programa formativo de la especialidad de Enfermería obstétrica ginecológica (matrona). Vol. 6. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
14. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos [Internet]. 3rd ed. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2018 [acceso 23 de febrero de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/es/.
15. Vázquez Fernández MD, García González R, Alejandro Lázaro MG, Escalonilla Bautista B. Uso de anticonceptivos durante el puerperio y la lactancia materna. Metas Enferm may 2015; 18(4): 12-17.
16. ¿Qué es el puerperio? ¿Cuánto dura? | El Parto es Nuestro [Internet]. Elpartoesnuestro.es. 2019 [acceso 3 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/posparto/que-es-el-puerperio-cuanto-dura>.
17. Ángeles María M, Marina R. Influencia de los cambios psicosociales en la sexualidad posparto. Enfermería Docente [Internet]. 2016 [acceso 3 de febrero de 2019];2(107):26-31. Disponible en: <http://www.index-f.com/edocente/107pdf/10726.pdf>.
18. Serrano Viel A, Lacal Granados J, Jiménez Roldán F, Lorenzo García-Ormaechea I, López-Torres Hidalgo J. Utilización de métodos anticonceptivos durante el período de lactancia. Elsevier [Internet]. 1996 [acceso 4 de febrero de 2019];18(7):345-406. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-utilizacion-metodos-anticonceptivos-durante-el-14376>.
19. Márquez Carrasco, Ángeles María. Dificultades en el reinicio de las relaciones sexuales de la pareja en el periodo puerperal. Biblioteca Lascasas, 2014; 10(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0790.php>.
20. Cambios hormonales | El Parto es Nuestro [Internet]. Elpartoesnuestro.es. 2019 [cited 25 February 2019]. Available from: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/posparto/cambios-hormonales>.
21. Ortiz González M, García Mani S, Coldeforns Vidal M. Estudio del interés sexual, la excitación y la percepción de las relaciones de pareja en mujeres primíparas lactantes en relación con las no lactantes. Matronas Prof [Internet]. 2010 [acceso 25 de febrero de 2019];11(2):45-52. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol11n2pag45-52.pdf>.
22. Reyes Lacalle A, Montero Pons L, Manresa Domínguez J, Cabedo Ferreiro R, Seguranyes G, Falguera Puig G. La anticoncepción durante la cuarentena: situación actual y colectivos más vulnerables a embarazos no planificados durante este periodo. Matronas Prof [Internet]. 2018 [acceso 25 de febrero de 2019];19(3):96-103. Disponible en http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/10/Original_Anticoncepcion-1.pdf.
23. Macayo Sánchez E. Mendoza Ladrón de Guevara N (dir.). Uso de métodos anticonceptivos durante el puerperio en el área sanitaria de Oviedo [trabajo final de máster en Internet]. [Oviedo]. Universidad de Alcalá, 2017 [acceso 16 de febrero de 2019]. Disponible en: http://hosting.sec.es/Memorias_Master/Metodos_Anticonceptivos/MACAYO_asturias.pdf.
24. Morales Martínez C, Lamelas Suárez-Pola M, Tejuca Somoano S, Álvarez Miranda I. Anticoncepción posparto en mujeres con riesgo de exclusión social. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2011;54(1):16-20. DOI: 10.1016/j.pog.2010.07.007.

EDUCACIÓN SANITARIA EN PACIENTES ANTICOAGULADOS

HEALTH EDUCATION IN ANTICOAGULATED PATIENTS

BEGOÑA GAMONEDA MORENO. ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

RESUMEN: La enfermedad tromboembólica representa un importante problema de salud, con una alta morbi-mortalidad, consumo de recursos sanitarios y un elevado coste económico. Para la Enfermería supone un verdadero desafío al combinar la actividad clínica y asistencial de estos pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales, con la necesidad de asesorar y educar a pacientes y familiares. Es a través de la educación sanitaria en pacientes anticoagulados donde los enfermos consiguen aprender la finalidad del medicamento, procedimiento de uso, posibles complicaciones y distinguir las consecuencias normales de su uso, saber actuar ante una complicación leve para acudir al centro de salud y una complicación grave para acudir al servicio de urgencias de un hospital.

Las AVK han reducido de forma muy importante las complicaciones tromboembólicas. A pesar de ser medicamentos muy imperfectos hemos llegado a conocerlos bien. Los nuevos anticoagulantes aportan muchas ventajas y acabarán desplazando a la AVK en casi todos los casos.

Como objetivo del trabajo se propone como instrumento de apoyo a los profesionales en las consultas de TAO. Explicar las líneas generales y los contenidos de la EpS en las consultas de TAO y facilitar el inicio de una propuesta de EpS en las consultas de TAO.

PALABRAS CLAVES: Enfermería, Anticoagulantes, Tratamiento con Anticoagulantes Orales (TAO) y Educación para la Salud.

ABSTRACT: Thromboembolic disease represents a major health problem, with high morbidity and mortality, consumption of health resources and a high economic cost. Nursing is a real challenge when combining the clinical and care activity of this patient in treatment with oral anticoagulants, with the need to advise and educate patients and family members. It is through health education in anticoagulated patients where patients get to learn the application of the drug, procedure of use, possible complications and distinguish the normal consequences of its use, knowing how to act before a mild complication to go to the health center and a complication serious to go to the emergency department of a hospital.

AVKs have greatly reduced thromboembolic complications. Despite being very imperfect medications we have come to know them well. The new anticoagulants provide many advantages and will eventually move to the AVK in almost all cases.

As objective of the work, it is proposed as an instrument to support professionals in TAO consultations. Explain the general lines and contents of the EpS in TAO consultations and facilitate the initiation of an EpS proposal in TAO consultations.

KEY WORDS: Nursing, Anticoagulants, Treatment with Oral Anticoagulants (TAO) and Health Education.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad tromboembólica representa un importante problema de salud, con una alta morbi-mortalidad, consumo de recursos sanitarios y un elevado coste económico. Para la Enfermería supone un verdadero desafío al combinar la actividad clínica y asistencial de estos pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales, con la necesidad de asesorar y educar a pacientes y familiares. Para una mejor comprensión de su situación, control de factores asociados al seguimiento de su tratamiento, control de su coagulación, manejo de las pautas de actuación, adherencia al tratamiento y en la evitación de situaciones adversas.

La Enfermería se convierte en el referente de estos pacientes y como miembro de un equipo profesional sanitario, son responsables de prestar cuidados asistenciales, técnicos y humanos tanto a los pacientes como a sus familiares, mediante cuidados emocionales, informativos y tangibles. La impartición de charlas informativas por parte de los profesionales de Enfermería se convierte en un eje fundamental para la salud integral de estos pacientes.

A través de la educación sanitaria en pacientes anticoagulados es donde los enfermos consiguen aprender o consolidar sus conocimientos sobre la finalidad del medicamento, procedimiento de uso, posibles complicaciones y distinguir las consecuencias normales de su uso, saber actuar ante una complicación leve para acudir al centro de salud y una

complicación grave para acudir al servicio de urgencias de un hospital. El desconocimiento de las posibles complicaciones genera alarmismo y miedo en el paciente aunque se trate simplemente de una consecuencia normal de la toma del anticoagulante.

En condiciones normales la sangre fluye por el sistema circulatorio sin coagularse. No obstante, tiene de forma natural la capacidad de coagularse en determinadas situaciones, por ejemplo cuando nos cortamos, para taponar una herida. Los trombos y embolias son una consecuencia patológica de esta capacidad de la sangre para formar coágulos.

La medicación anticoagulante actúa alargando el tiempo que la sangre tarda en coagularse interfiriendo en la acción que la vitamina K tiene en la coagulación y así dificulta el que se puedan formar trombos o embolias. Para que la protección sea la adecuada debemos conseguir un tiempo determinado ya que si lo alargamos poco la protección será insuficiente y si lo alargamos demasiado estará bien protegido de los trombos pero con un riesgo excesivo de sangrar.

El tratamiento anticoagulante oral (TAO) con fármacos inhibidores de la vitamina K, como la

warfarina y los dicumaroles, se viene utilizando desde hace décadas para la terapia y prevención de la enfermedad

tromboembólica con una tasa pequeña de efectos secundarios, proporcionando una utilidad clínica bien contrastada. Debido sobre todo a sus características farmacológicas, interacciones medicamentosas y fármaco-alimenticias, el TAO presenta dificultad en su manejo. La gran variabilidad en la respuesta de los pacientes al tratamiento y las múltiples circunstancias que influyen en el efecto de estos fármacos hace necesario la realización de controles analíticos periódicos, para medir la intensidad del efecto anticoagulante. Es necesario llevar un adecuado control de las dosis del anticoagulante oral (ACO), de forma periódica para evitar las complicaciones que se pueden producir por una mala gestión de las dosis y siendo necesario un ajuste individual de la dosis en función de otros muchos factores que intervienen: edad, género, dieta, la ingesta de alcohol, enfermedades simultáneas, las situaciones de estrés, la interacción farmacológicas, etc.

Desde hace algún tiempo se dispone de nuevos fármacos anticoagulantes orales, aprobados por la European Medicines Agency (EMA), y algunos de ellos ya comercializados en España, como dabigatrán, rivaroxabán, apixaban y edoxaban, ofrecen nuevas expectativas en la gestión del TAO. Estos anticoagulantes de nueva generación o nuevos anticoagulantes orales (NACO) o anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) son inhibidores directos de diferentes factores de la coagulación según cada fármaco.

Los ACOD han representado un cambio de paradigma y una oportunidad de mejora, en términos de calidad y cantidad de vida, como alternativa a los anticoagulantes clásicos. En este sentido, aportan ventajas que repercuten de manera significativa, y en positivo, tanto en la reducción de eventos isquémicos y hemorrágicos como en la reducción de eventos adversos, mejorando la calidad de vida del paciente anticoagulado.

Se estima que en España alrededor de unas 800.000 personas se encuentran bajo tratamiento anticoagulante oral. Habiéndose registrado un crecimiento importante en los últimos años por el aumento de la esperanza de vida. Actualmente cada vez hay más personas que reciben tratamiento anticoagulante oral (TAO), sobre todo la población de más de 65 años de edad.

El hecho de que los pacientes con TAO tengan un buen conocimiento les permite tener un mejor control sobre su enfermedad. Desde la consulta de Enfermería hospitalaria como de Atención Primaria de Salud, los profesionales sanitarios, especialmente los enfermeros pueden y deben llevar a cabo estrategias de educación para la salud, dentro de las que se incluyen sesiones informativas con los pacientes que están tomando anticoagulantes orales.

Una vez que el paciente ha comenzado el tratamiento anticoagulante y ha sido controlado, se deriva al centro de salud para continuar sus controles de forma periódica. Este control se realiza mediante la obtención de una gota de sangre capilar, con el que se determina el resultado de la "Razón Normalizada Internacional" ["International Normalized Ratio" (INR)]. Según el resultado, un programa

informático, TaoChek®, genera una hoja de control de medicación para el paciente hasta el próximo control.

Esta educación para la salud permite que el paciente aprenda a tomar los anticoagulantes orales de la forma segura, disminuyendo riesgos y aumentando la efectividad del tratamiento. Se convierte en un instrumento informativo donde pueden consultar de forma directa las dudas que le planteen en relación al tratamiento y su aclaración. Persigue facilitar un mejor conocimiento y manejo de los mismos, consecuentemente una mayor adherencia. Un mejor control de su enfermedad y evitación de efectos adversos.

Es necesario que se realice acciones de educación para la salud que traten de dar respuestas a todas aquellas dudas que pueden surgir tanto al paciente como a sus familiares a lo largo del tratamiento. Dentro del marco de la educación para la salud es necesario explicar de forma sencilla aquellas preguntas que en algún momento se planteaban las personas con TAO, tratando de proporcionarles una cierta autonomía para resolver pequeños problemas y también enseñar al paciente a tomar los anticoagulantes orales (ACO) con el menor riesgo posible y de la forma más efectiva.

Convertirse en un referente donde puedan venir a consultar las dudas que se le planteen en relación a su tratamiento; aclarar las dudas más frecuentes acerca de este tratamiento y facilitar su mejor cumplimiento, ya que la indicación de este tratamiento está hecha en base a que el beneficio para el paciente sea superior a los posibles efectos secundarios. Proteger de posibles complicaciones asociadas a una mala gestión de su salud. El hecho de que los pacientes con TAO tengan un buen conocimiento les permite tener un mejor control sobre su enfermedad, le aconsejará sobre la mejor decisión a tomar.

Como objetivo del trabajo se propone como instrumento de apoyo a los profesionales en las consultas de TAO. Explicar las líneas generales y los contenidos de la EpS en las consultas de TAO y facilitar el inicio de una propuesta de EpS en las consultas de TAO.

METODOLOGÍA

Se basa en una descripción del trabajo realizado en los pacientes tratados en la consulta del TAO del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. Exponiendo los contenidos que se utilizan en esta consulta de forma individual, pero especialmente cuando se realiza a grupos de pacientes, para dar respuesta a las inquietudes que les surgen tanto a los propios pacientes como a sus familiares en el control de su enfermedad y sobre todo en el manejo de la medicación utilizada. Dado el nivel de autocontrol que sobre el mismo deben de tener y las consecuencias adversas en el caso de una mala gestión.

RESULTADOS

En principio se comienza con una explicación sencilla y adaptada a las capacidades cognitivas de los pacientes y de forma gradual se va aumentando la complejidad de los contenidos. Contribuir al conocimiento de la enfermedad,

manejo adecuado del tratamiento anticoagulante y su relación con sus antecedentes personales y familiares, así como otras situaciones. Pero siempre aclarando dudas y comprobando la perfecta comprensión de la información transmitida para que puedan tomar decisiones responsables y acertadas respecto a su relación con su patología. Ayudar a romper las actuaciones derivadas del miedo y de una mala información que provocan una inadecuada relación con su enfermedad y puede poner en peligro la salud de la persona anticoagulada.

El modelo de grupos de educación para la salud de pacientes anticoagulados se realiza basado en las siguientes características: Se incorporan al grupo los pacientes al alta hospitalaria en su salida hacia la continuidad de cuidados por parte de la atención primaria de salud. Con carácter de grupo abierto donde los pacientes entran y salen del grupo en fecha diferente. Con un número variable de sesiones. Y una duración variable de las sesiones en función de la dificultad presentada por el contenido y/o el propio grupo.

Es necesario planificar sesiones que incluya los siguientes contenidos: A. Introducción sobre el conocimiento de las anticoagulantes. B. El control adecuado. C. Situaciones especiales y D. Control inadecuado.

SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LOS ANTICOAGULANTES

1. ¿Qué son los anticoagulantes? Son medicamentos que

disminuyen la coagulación de la sangre para disminuir el riesgo de producción de coágulos (trombos). Anticoagulantes orales. Anticoagulantes inyectables.

El objetivo del tratamiento anticoagulante es prevenir la trombosis y la embolia. En condiciones normales, la sangre circula por el corazón, las arterias y las venas sin coagularse nunca. Cuando debido a alguna alteración se coagula decimos que se ha producido una trombosis. Si una parte de ese coágulo se desprende y taponar una arteria en el pulmón, cerebro, brazos o piernas, etc. a esta complicación se le llama embolia.

2. ¿Qué es el tratamiento anticoagulante? El medicamento entra en la sangre por el aparato digestivo y actúa en el hígado, por lo que cualquier alteración digestiva puede influir en su efecto. El anticoagulante alarga el tiempo que tarda la sangre en coagular. La única forma de saber si está en los límites adecuados es mediante controles sanguíneos. La dosis de anticoagulante es personal para cada paciente. Propiedades del Anticoagulante Ideal.

3. ¿Quiénes se benefician? Los pacientes que se benefician de este tratamiento preventivo son, los que ya han tenido una trombosis o embolia y corren peligro de que se repita y los que nunca tuvieron trombosis ni embolias pero padecen enfermedades o están en situaciones que son de alto riesgo de tenerlas.

4. Medicamentos anticoagulantes:

Anticoagulantes Orales:

- | | |
|---------------------|---|
| 1) Antivitaminas K: | I. Acenocumarol (Sintrom®): 1,4 mg |
| | II. Warfarina (Aldocumar®): 1,3,5,10 mg |
| 2) Nuevos: | I. Dabigatrán (Pradaxa). |
| | II. Rivaroxaban (Xarelto). |
| | III. Apixaban (Eliquis). |
| | IV. Edoxaban (Lixiana). |

Anticoagulantes Inyectables:

- Heparina no fraccionada (HNF)
- Heparina de bajo peso molecular (HBPM):
 - ▶ Enoxaparina (Clexane®),
 - ▶ Bemiparina (Hibor®),
 - ▶ Tinzaparina (Innohep®)
 - ▶ Dalteparina (Fragmin)
- Fondaparinux (Arixtra®)

5. Propiedades del anticoagulante ideal:

- Buena disponibilidad.
- No interacciones dieta/fármacos (Manejo fácil. Eficacia y seguridad incrementadas).
- Rápido inicio de acción.

- Ventana terapéutica amplia (Amplio margen de seguridad a las dosis efectivas)
- Respuesta terapéutica predecible. (Regulación de la coagulación segura y efectiva desde la primera dosis hasta finalizar la terapia.)
- Eficacia no dependiente de polimorfismos genéticos.
- No necesidad monitorización (Reducción de visitas por parte del personal médico y de enfermería. Reducción de costes.)
- No toxicidades inesperadas.
- Coste razonable.

6. Inicio del tratamiento:

El inicio del tratamiento anticoagulante oral debe ser individualizado y coordinado con los servicios de Hematología. Se debe realizar una valoración inicial de los antecedentes personales, tratamiento crónico (con especial atención a la utilización de antiagregantes, AINEs y posibles interacciones) y realizar una analítica con hemograma, coagulación y bioquímica con perfil hepático y renal. Tras esto se debe realizar una entrevista con el paciente para que tome una decisión informada.

Cuando el INR está fuera del rango terapéutico establecido, en primer lugar se debe preguntar al paciente por las posibles causas, y después ajustar a la situación. Con un $\text{INR} > 1,7$ el riesgo tromboembólico aumenta de forma significativa y con un INR 4 el riesgo hemorrágico.

El ajuste del INR se realiza mediante la Dosis Total Semanal (DTS), que es la cantidad de medicamento en mg que toma la persona a lo largo de la semana. En el caso de acenocumarol aunque habitualmente se utiliza la presentación de 4 mg, si la DTS es ≤ 6 mg se recomienda usar la presentación de 1 mg. Los cambios en la dosificación no se reflejarán en el tiempo de protrombina e INR hasta pasadas al menos 36 horas. En los pacientes estables el periodo entre los controles puede oscilar entre las 4-5 semanas.

EL CONTROL ADECUADO

1. El día del control: Desayunar o no. Comunicar incidencias a Enfermería a la punción para el control (cambios dieta, enfermedades, olvidos dosis, sangrados, cirugías...) y frecuencia del control (variable, hasta 4-6 semanas cuando esté estable).

2. Cifras de INR de coagulación normal: 1. En diferentes situaciones clínicas y/o diagnósticas, como cardiopatías y trombosis: 2-3 y válvula mitral metálica y algunos trombos de repetición: 2.5-3.5).

3. Recordatorio:

- Si bien la protección frente a los trombos y embolias no es total, sí disminuye mucho el riesgo si se controla adecuadamente.
- El objetivo es preventivo y no curativo. Es decir, la

anticoagulación no le va a solucionar ningún problema de salud que usted ya tenga. Para eso están los tratamientos específicos de esas enfermedades y que en algún caso usted precisará de forma añadida al anticoagulante.

- Debe recordar siempre que el beneficio que la medicación le proporciona es a costa de un pequeño riesgo hemorrágico por lo que deberá colaborar para disminuir ese riesgo. Además pondrá siempre en conocimiento de todos los médicos o personal sanitario que le atienda que toma esta medicación.
- La dosis que se le administra es personal, individualizada para cada paciente, por lo que no tiene ningún sentido compararse con la que toman otros individuos. Será en cada caso la más adecuada para conseguir un tiempo de coagulación idóneo y no tiene nada que ver la cantidad de anticoagulante que usted necesite con estar más o menos enfermo.
- El control adecuado de la medicación puede verse interferido por diversas situaciones clínicas (enfermedades), hábitos dietéticos y medicaciones por lo que es aconsejable que el paciente lea esta guía con detenimiento para tener el máximo conocimiento posible que le permita un mejor control.
- En condiciones normales la sangre fluye por el sistema circulatorio sin coagularse. No obstante, tiene de forma natural la capacidad de coagularse en determinadas situaciones, por ejemplo cuando nos cortamos, para taponar una herida. Los trombos y embolias son una consecuencia patológica de esta capacidad de la sangre para formar coágulos.
- La medicación anticoagulante actúa alargando el tiempo que la sangre tarda en coagularse interfiriendo con la acción que la vitamina K tiene en la coagulación y así dificulta el que se puedan formar trombos o embolias. Para que la protección sea la adecuada debemos conseguir un tiempo determinado ya que si lo alargamos poco la protección será insuficiente y si lo alargamos demasiado estará bien protegido de los trombos pero con un riesgo excesivo de sangrar.
- La única forma de saber si su sangre tarda el tiempo adecuado en coagularse para una correcta protección es realizar un análisis de sangre y dependiendo del resultado aumentar o disminuir la dosis a tomar.

4. Como tomar el medicamento:

Marca y presentación del medicamento:

- Sintrom® 1 y 4 mg
- Aldocumar® 1, 3, 5 y 10 mg
- Tomarlo todos los días más o menos a la misma hora, sin obsesionarse con la exactitud.
- Para evitar interferencias con la alimentación se aconseja a media mañana o media tarde o una hora antes

de la comida del mediodía o de la cena. En nuestra consulta se aconseja tomarlo por la tarde, entre las 17 y 18 horas.

- Debe evitar tomarlo a primera hora de la mañana ya que esto interferiría con los controles.
- Ante un olvido no repetir la dosis del día siguiente.
- ¿Durante cuánto tiempo tendré que tomar esta medicación?:
- Generalmente se le informará al principio del tratamiento.
- La duración es muy variable dependiendo de cuál sea la causa que lo motive y de las circunstancias de cada paciente.
- Oscila desde unas pocas semanas para casos muy particulares hasta ser un tratamiento crónico indefinido en la gran mayoría de pacientes.

5. Efectos secundarios:

- Hipersensibilidad (rash cutáneo urticarial con induraciones).
- Osteoporosis (la vitamina K influye en la mineralización ósea disminuyendo la masa ósea a largo plazo).

- Embriopatía warfarínica.
- Necrosis por cumarínicos (placas violáceas que se ulceran, esencialmente en pies, muslos, pene, nalgas y mamas entre, el 3º y 8º día de iniciado el tratamiento, por trombosis de capilares y vénulas del tejido celular subcutáneo. Es complicación usual en déficit de proteína C activada (PCa).
- Síndrome del dedo púrpura (áreas cianóticas, frías y dolorosas en los dedos de los pies por microémbolos al favorecerse la suelta de placas de ateroma).
- Alopecia (favorecida por predisposición individual), suele aparecer en el primer trimestre de ingesta del fármaco. Revierte con supresión o cambio.
- Otros: movilidad dental, impotencia, calcificaciones tráqueo-bronquiales.

6. Relación con la dieta. Alimentos que contienen vitamina K.

- “DE TODO Y SIN EXCESOS”.
- Saber en que influye la dieta
- Ingesta de verduras estable.
- Atención a vómitos y diarrea.

Contenido en vitamina K de algunos alimentos (necesidades diarias: 0,5-1,0 µg/kg)	
> 100 µg/100 g	Col, coles de Bruselas, brécol, espinacas, lechuga
50-100 µg/100 g	Aceite de oliva, coliflor, espárragos
10-50 µg/100 g	Aceite de girasol, queso, hígado, huevos, mantequilla, guisantes
1-10 µg/100 g	Aceite de maíz, tomate, zanahoria
< 1,0 µg/100 g	Plátano, naranja, patata, cebolla

- Aceite de soya. Aceite canola. Garbanzos, secos. Lentejas, secas. Hígado cocinado. Brocoli. Coles de Bruselas. Col, crudo. Coliflor, crudo. Berzas. Endibia, cruda. Cebollinos verdes, crudos. Col rizada. Lechuga. Espinaca. Nabo. Berro, crudo. Té verde, seco o cualquier clase de té que tenga sarapia, tréboles dulces y asperilla.
- (en me. por cada 100 grs. de alimento): Los alimentos más ricos en vitamina K son el chucrut (1500) y la alfalfa germinada.
- Las pipas de girasol y el germen de trigo (350) son una buena fuente, así también como las verduras de hojas verdes como la lechuga (200), espinacas (360), col (125) y coliflor (300). De las fuentes animales, los hígados (150-300) contienen gran cantidad. Aceite de girasol (500) y de maíz (50). Carnes: cordero, ternera y pollo (200-300).
- ¿Qué dieta debo seguir? ¿Hay alimentos prohibidos?
- Debe comer de todo de forma variada y equilibrada. Los únicos alimentos prohibidos son los que se le hayan restringido por otras causas como pueden ser las dietas por tensión alta, colesterol o diabetes. Es importante que vaya "rotando" los alimentos y evite basar la dieta durante días seguidos en un mismo tipo de alimento, especialmente los ricos en vitamina K como coles, brécol, repollo y otros vegetales de hoja verde, castañas, etc. que consumidos de forma preferencial pueden interferir con la medicación. No obstante, tan inadecuado como consumir una excesiva cantidad de este tipo de alimentos es el dejar de tomarlos por completo ya que su dieta sería deficitaria en vitamina K y podría ponerse en situaciones con peligro de hemorragia. En definitiva, comer de todo, de forma variada.

CONTENIDO BAJO	CONTENIDO MEDIO	CONTENIDO ALTO	CONTENIO BAJO	CONTENIDO MEDIO	CONTENIDO ALTO
VERDURA FRESCA			GRASAS Y ACEITES		
Judías verdes	Espárragos	Brócoli	Aceite de maíz	Margarina	Mayonesa
Zanahorias	Aguacates	Col de Bruselas	Aceite de cacahuets	Aceite de oliva	Aceite de soja
Coliflor	Guisantes	Endivias	Aceite de sésamo		
Apio	Lechuga verde	Espinacas	Aceite de azafrán		
Maíz	Repollo	Col	Aceite de girasol		
Berenjena		Lechuga h. rojas	OVO-LACTEOS		
Champiñón		Perejil	Mantequilla		
Cebolla		Nabos	Queso		
Pimiento verde		Berros	Yogourt		
Patatas		Acelgas	Huevos		
Calabaza		Mostaza granos	Cuajada		
Tomates			BEBIDAS VARIAS		
Pepinillos			Café		Té verde
Col fermentada			Colas diversas		
FRUTAS FRESCAS			Zumo de frutas		
Manzana			Té negro		
Plátano			Leche		
Arándanos			Agua mineral		
Melón			PASTAS Y CEREALES		
Uva			Arroz		
Pomelo			Espaguetis		
Limón			Pan		
Naranja			Cereales		
CARNES Y PESCADOS			Flour		
Buey			Oatmeal		
Pollo			Rosquillas		
Jamón			Avena		
Cerdo			MISCELANEA		
Pavo			Miel y gelatinas		
Ternera			Mantequilla cacahuets		
Atún			Azúcar		
Merluza			Traducción del artículo original publicado por Bristol Mayer Squibb		
Gambas					
Caballa					

- ¿Puedo tomar alcohol?
- Puede tomar vino o cerveza en cantidad moderada acompañando a las comidas siempre que no se le hayan restringido por otros motivos. Los excesos en la cantidad o la toma de bebidas alcohólicas más fuertes pueden llegar a hacer imposible el control del tratamiento.
- ¿Puedo tomar preparados de herboristería o suplementos vitamínicos?
 - Se desaconseja ya que algunos interfieren de forma importante con la medicación anticoagulante.
 - ¿Puedo hacer dietas especiales?
- Si va usted a iniciar una dieta, especialmente si es de adelgazamiento o vegetariana comuníquelo para que se prevean los controles necesarios para reajustar la dosificación en caso de que sea preciso.
- ¿Qué debo hacer si tengo vómitos o diarrea?
- Debe tener en cuenta que la medicación se absorbe por el aparato digestivo. Si la vomita inmediatamente después de tomarla no le va a hacer efecto por lo que tendrá que repetir la toma. En caso de diarrea deberá hacer una dieta líquida astringente y consultar a su médico de cabecera. Si la situación persiste más de dos días, además, acuda al laboratorio para realizar el control ya que es posible que necesite un ajuste en el tratamiento.

7. Disminuir factores de riesgo. Tabaquismo. Ejercicios. Obesidad. Control de la Tensión arterial:

- Dejar de fumar
- Cuidar la TA
- Evitar aumento de peso
- Introducir el ejercicio físico en la rutina diaria
- Tratar el aumento de colesterol y/o triglicéridos

8. Fármacos relacionados con el aumento o disminución coagulación sanguínea.

Potenciadores	Inhibidores
■ Analgésicos antiinflamatorios • Ácido acetilsalicílico (dosis altas) ■ Antimicrobianos y antiparasitarios • Cotrimoxazol • Tetraciclinas (tetraciclina, doxiciclina) • Imidazoles (metronidazol, ketoconazol, omeprazol) • Ciprofloxacino, levofloxacino ■ Hipolipemiantes • Fibratos (gemfibrozilo, bezafibrato, fenofibrato) ■ Diversos • Amiodarona	• Rifampicina • Barbitúricos • Carbamazepina • Fenitoína • Colestiramina • Colestipol • Suplementos dietéticos que aporten vitamina K

interferencia" debe comunicar siempre los cambios en sus tratamientos, tanto al inicio como al interrumpirlos. En general se le indicará que empiece o suspenda el medicamento y al cabo de 5-7 días realice un control.

- Cuando realice cambios en la medicación, el día del control traiga el prospecto o caja para poder conocer el nombre correcto. No sirve de nada que indique la forma, tamaño o color de las pastillas.

SITUACIONES ESPECIALES

1. Enfermedades que alteran el INR:

- La disfunción hepática que disminuye la síntesis de factores de la coagulación.
- La malabsorción de grasas.
- Antibióticos: disminución producción de vitamina K por la flora intestinal.
- Estado hipermetabólico : hipertiroidismo o la fiebre: aumento de la actividad catabólica sobre los factores procoagulantes.
- Desnutrición: reducciones de ingesta de vitamina K.

2. Embarazo, lactancia, menopausia:

- No tomar durante el embarazo (en el primer trimestre y el último mes), debido a la posibilidad de malformaciones fetales y hemorragias en el recién nacido.
- Si tomar en la lactancia (solo estudios con warfarina). Los ACO se excretan con la leche materna a bajas concentraciones y no parece tener efectos importantes en

9. Inicio de nueva medicación.

- ¿Qué debo hacer para tomar nuevas medicaciones?
- En primer lugar debe EVITAR AUTOMEDICARSE y ADVERTIR SIEMPRE a cualquier médico que le atienda que usted toma medicación anticoagulante para que se le receten medicamentos que interfieran lo menos posible con este tratamiento.
- Si necesita un analgésico de forma ocasional puede tomar los que están compuestos por PARACETAMOL.
- Salvo las medicaciones que figuran como de "No

el lactante. Sin embargo, se sugiere la conveniencia de aportar a éste su-plementos de vitamina K.

- ¿Puedo tomar tratamientos para la menopausia? Sí. Las hormonas que se administran en la menopausia en forma de parches o pastillas son compatibles con la medicación anticoagulante.

3. Pruebas diagnósticas:

- No tomar tratamiento para Endoscopias con toma de biopsia, en este caso hay que realizar terapia puente.
- Procedimientos dentales: SI/NO
 - No se prevé sangrado (limpieza de boca, empastes): INR en rango y enjuagues con Amchafibrim.
 - Para extracción simple: INR <2 ese día y enjuagues con Amchafibrim
 - Procedimiento más cruento y/o alto riesgo embolígeno: terapia puente
- Tomar tratamiento, para análisis (salvo especial de trombofilia), radiografías y TAC (aunque sean con contraste), ecografías, mamografías, etc.

4. Situaciones perioperatoria. Procedimientos invasivos urgentes:

- PREOPERATORIO: interrupción AVK 5 días antes de la cirugía para permitir un tiempo adecuado para que el INR se normalice. INR todavía está elevado (> 1,5) 1 a 2 días antes de la cirugía: administrar una dosis baja (1 a 2 mg) de vitamina K oral para normalizar el INR.
- POSTOPERATORIO: Reanudar los AVK

aproximadamente 12 a 24 h después de la cirugía, cuando haya hemostasia adecuada.

- Procedimiento quirúrgico u otro procedimiento invasivo urgente: Dosis bajas (2,5 a 5,0 mg) IV o vitamina K oral. Si se desea una reversión inmediata del efecto anticoagulante: Plasma fresco congelado u otro concentrado de protrombina además una dosis baja IV o vitamina K oral.
- Pacientes que reciben ASA, clopidogrel o ambos, se van a someter a cirugía y tienen sangrado perioperatorio excesivo o potencialmente mortal, sugerimos dar una transfusión de plaquetas o la administración de otros agentes prohemostáticos.

5. Odontológicos, Dermatológicos y Oftalmológicos:

- Procedimientos odontológicos menores: continuar los AVK alrededor del tiempo del procedimiento y administrar conjuntamente un agente prohemostático oral.
- Procedimientos dermatológicos menores: continuar los AVK alrededor del tiempo del procedimiento
- Faquectomía: continuar los AVK alrededor del tiempo del procedimiento.

6. Viajes:

- ¿Puedo viajar tomando anticoagulantes?:
- Sí. Lo que sí debe hacer es llevar consigo la cartilla de dosificación y, en caso de ir al extranjero, medicación suficiente para todo el viaje, averiguando, a ser posible antes de iniciar el viaje, el centro de control más próximo al sitio al que usted va a ir por si le coincidiera realizar el control durante ese tiempo o si tuviera alguna incidencia.
- En todos los países desarrollados existen centros donde se realiza el control mediante procedimientos muy similares o iguales a los que usted está habituado.

EL CONTROL INADECUADO

1. ¿Por qué no consigo estar bien controlado?

- ¿Tomo la medicación exactamente como se me indica?
- ¿Llevo una dieta variada y equilibrada?
- ¿Tuve cambios en mi estado de salud?
- ¿Hice cambios recientes de medicación?
- ¿Realicé viajes con cambio importante de mis hábitos?
- ¿Hago variaciones importantes en mi actividad física?

2. Hemorragias poco significantes. Pequeñas hemorragias espontáneas. Actuación ante hemorragias según INR.

- Ojo rojo (hemorragia conjuntival)

- Sangrado nasal (epístaxis)
- Esputos rojos (sanguinolentos)
- Encías que sangran (gingivorragia nocturna)
- Hematomas ("cardenales")
- Sangre roja en heces
- Hemorragia genital (metrorragia)
- ¿Qué debo hacer ante pequeños sangrados?:
- Si sangra de forma poco importante por la nariz o encías o tiene una menstruación más abundante de lo habitual o le salen pequeños moratones en la piel comuníquelo en el próximo control.
- Si tiene una hemorragia en la parte blanca del ojo, por alarmante que parezca, no reviste gravedad. No obstante comuníquelo también en el siguiente control. Vigile su tensión arterial ya que en ocasiones es la causa.
- Si tiene un muy pequeño sangrado por la orina o espitos con sangre solicite que se le adelante el control y comuníquelo. Sangrados importantes son motivo de acudir al Servicio de Urgencias.
- Pequeñas cantidades de sangre roja con las heces suelen deberse a hemorroides. No obstante comuníquelo cuando vaya al control ya que puede haber otras causas.

3. Hemorragias que obligan a acudir al Servicio de Urgencias:

- Cuando son frecuentes los espitos con sangre.
- Cuando aparece sangre en la orina.
- Cuando las heces son de color negro y no esté en tratamiento con hierro.
- Cuando aparezcan vómitos con sangre.
- Cuando aparezcan hematomas sin darse golpes.
- En casos de hemorragias vaginales intensas.
- ¿Qué debo hacer ante sangrados importantes?:
- Cualquier sangrado en cantidad importante ya sea espontáneo o después de un traumatismo es motivo de acudir al Servicio de Urgencias indicando que usted toma medicación anticoagulante para que se tomen las medidas oportunas para frenar la hemorragia y tratar el problema que la causa.
- Es importante que sepa que si la sangre procede del estómago o de la parte alta del intestino puede manifestarse como una coloración intensamente negra de las heces. Generalmente tiene muy mal olor y es de consistencia pastosa. No debe confundir esto con la coloración negra que a es de consistencia pastosa. No debe confundir esto con la coloración negra que adquieren las heces cuando se toman tratamientos que llevan hierro y que carece de importancia.

4. Recomendaciones para el paciente.

ACTUACIÓN FRENTE A HEMORRAGIAS SEGÚN INR		
SIN HEMORRAGIA SIGNIFICATIVA	INR < 5	DISMINUIR O SUSPENDER ACO REANUDARLO A MÁS BAJA DOSIS CUANDO ESTÉ EN RANGO TERAPÉUTICO (REPETIR INR EN 48 H.). REPETIR INR EN UNA SEMANA.
SIN HEMORRAGIA SIGNIFICATIVA	INR > 5 Y < 9	SUSPENDER ACO VITAMINA K ORAL (1MG= 2GOTAS). ADMINISTRAR 2 MG (INR 5 – 7), Y 4 MG (INR 7-9). REPETIR INR EN 48 HORAS Y REANUDAR A UNA DOSIS MÁS BAJA.
SIN HEMORRAGIA SIGNIFICATIVA	INR > 9	SUSPENDER ACO VIT. K (5 A 10 MG POR VÍA ORAL). REPETIR INR (48 A 72 HORAS) Y REINICIAR LA TERAPIA A MÁS BAJA DOSIS (25-50%).
HEMORRAGIA SERIA O CON RIESGO VITAL	EN CUALQUIER ELEVACIÓN DEL INR	RETIRAR EL ANTICOAGULANTE ORAL Y ENVIAR AL PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL. VITAMINA K 1 (10 MG. EN INFUSIÓN IV LENTA). CPP, PLASMA...

- Entender el tratamiento.
- Estar bien informado y tomar una postura activa en nuestro cuidado.
- Disminuir los factores de riesgo.
- Llevar una vida “ordenada” y una vida “sana” en lo posible para disminuir riesgos.

CONCLUSIONES

Las AVK han reducido de forma muy importante las complicaciones tromboembólicas. A pesar de ser medicamentos muy imperfectos hemos llegado a conocerlos bien. Los nuevos anticoagulantes aportan muchas ventajas y acabarán desplazando a la AVK en casi todos los casos. La migración debe hacerse de forma ordenada y progresiva al tiempo que se vayan conociendo mejor en su manejo y como tratar las complicaciones. La interacción clínica con el paciente anticoagulado será siempre básica para mejorar la eficacia y seguridad del tratamiento.

La EpS es una extraordinaria herramienta para el cuidado de los pacientes con tratamiento de anticoagulantes. El

inicio del paciente en tratamiento con anticoagulantes implica una serie de cambios en sus hábitos y costumbres que le crearán cierto grado de dependencia y pérdida de autonomía, por lo que la intervención de Enfermería se hace prioritaria en esta etapa de su enfermedad. La EpS de los pacientes con tratamiento de anticoagulación facilita su autocuidado, incorpora la asunción de una mayor responsabilidad y favorece una mejora en su calidad de vida de estas personas.

En la consulta hospitalaria de paciente con TOA, comienza esta educación para que posteriormente se derive para la continuidad de sus cuidados a atención primaria de salud, que se convertirá en el marco ideal para el control y seguimiento de estos pacientes de alta hospitalaria, por su accesibilidad, atención integral a los pacientes, continuando en coordinación con los Servicios de Hematología de los hospitales.

AGRADECIMIENTOS

Quiero transmitir mi más sincero agradecimiento al Dr. José González Ruano y a Dña. María García Diéz.

ANEXO



Medicamentos Anticoagulantes

• Inyectables:

- Heparina no fraccionada (HNF)

• HBPM :

- Enoxaparina (Clexane®),
- Bemiparina (Hibor®),
- Tinzaparina (Innohep®)
- Dalteparina (Fragmin)

- Fondaparínox (Arixtra®)



¿CUANDO ESTOY BIEN ANTICOAGULADO?



INR BIEN ANTICOAGULADO

•CARDIOPATIAS
•TROMBOSIS (INR 2-3)

•VALVULA MITRAL METALICA
•TROMBOS DE REPETICION (INR 2.5-3.5)

COAGULACIÓN NORMAL INR = 1

1. ¿Como tomar la pastilla ?

❑ Marca y presentación del medicamento:

- Sintrom® 1 y 4 mg
- Aldocumar® 1, 3, 5 y 10 mg

- ❑ Tomarlo todos los días más o menos a la misma hora, sin obsesionarse con la exactitud.

- ❑ Para evitar interferencias con la alimentación se aconseja a media mañana o media tarde o una hora antes de la comida del mediodía o de la cena.

- ❑ Debe evitar tomarlo a primera hora de la mañana ya que esto interferiría con los controles.

- ❑ Ante un olvido no repetir la dosis del día siguiente.



2. Dieta

**VÓMITOS
DIARREAS**

❑ "DE TODO Y SIN EXCESOS".

- ❑ Saber en que influye la dieta

- ❑ Ingesta de verduras estable.



Contenido en vitamina K de algunos alimentos (necesidades diarias: 0,5-1,0 µg/kg)	
> 100 µg/100 g	Col, coles de Bruselas, brécol, espinacas, lechuga
50-100 µg/100 g	Aceite de oliva, coliflor, espárragos
10-50 µg/100 g	Aceite de girasol, queso, hígado, huevos, mantequilla, guisantes
1-10 µg/100 g	Aceite de maíz, tomate, zanahoria
< 1,0 µg/100 g	Plátano, naranja, patata, cebolla



3. Disminuir factores de riesgo:

- Dejar de fumar
- Cuidar la TA
- Evitar aumento de peso
- Introducir el ejercicio físico en la rutina diaria
- Tratar el aumento de colesterol y/o triglicéridos



5. Enfermedades alteran INR:

La disfunción hepática: disminución en la síntesis de factores de la coagulación

La malabsorción de grasas

Antibióticos: disminución producción de vitamina K por la flora intestinal.

Estado hipermetabólico: hipertiroidismo o la fiebre:

aumento de la actividad catabólica sobre los factores INR procoagulantes.

- Desnutrición: reducciones de ingesta vitamina K.

INR



6. Embarazo:

- **NO**, durante el embarazo (en el primer trimestre y el último mes), debido a la posibilidad de malformaciones fetales y hemorragias en el recién nacido.

- **SI**, en la lactancia (solo estudios con warfarina)



7. ¿Pruebas? Suspender AVK

- **SI**, para Endoscopias, principalmente con toma biopsia.
- **SI**, para Intervenciones quirúrgicas
- Procedimientos dentales: **SI/NO**
 - no se prevé sangrado (limpieza de boca, empastes): INR en rango y enjuagues con Amchafibrin
 - para extracción simple: INR <2 ese día y enjuagues con Amchafibrin
 - Procedimiento mas cruento y/o alto riesgo emboligero: terapia puente
- **NO**, para análisis.
- **NO**, para radiografías (incluso con contrastes), ecografías, mamografías, TAC, etc....

8. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:

- ¿Durante cuánto tiempo tendré que tomar esta medicación?
- Generalmente se le informará al principio del tratamiento.
- La duración es muy **variable** dependiendo de cuál sea la causa que lo motive y de las circunstancias de cada paciente.
- Oscila desde unas pocas semanas para casos muy particulares hasta ser un tratamiento crónico **indefinido** en la gran mayoría de pacientes.

¿Por qué no consigo estar bien controlado?

- ✓ ¿Tomo la **medicación** exactamente como se me indica?
- ✓ ¿Llevo una **dieta** variada y equilibrada?
- ✓ ¿Tuve cambios en mi **estado de salud**?
- ✓ ¿Hice cambios recientes de **medicación**?
- ✓ ¿Realicé viajes con cambio importante de mis **hábitos**?
- ✓ ¿Hago variaciones importantes en mi **actividad física**?

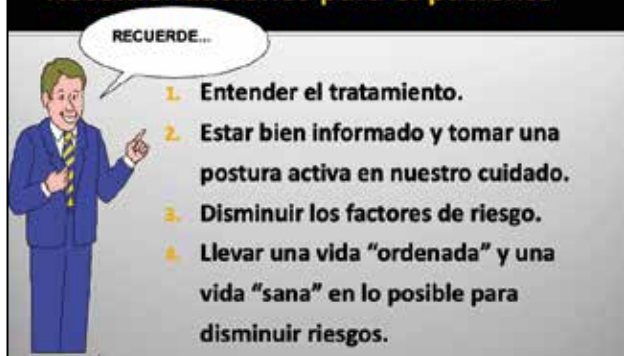
9. HEMORRAGIAS POCO SIGNIFICATIVAS:



HEMORRAGIAS QUE OBLIGAN A ACUDIR A URGENCIAS A REALIZAR UN CONTROL ANTES DE LA FECHA

- Cuando son frecuentes los esputos con sangre.
- Cuando aparece sangre en la orina.
- Cuando las heces son de color negro y no esté en tratamiento con hierro.
- Cuando aparezcan vómitos con sangre.
- Cuando aparezcan hematomas sin darse golpes.
- En casos de hemorragias vaginales intensas.

Recomendaciones para el paciente



Actuación frente a hemorragias

SIN HEMORRAGIA SIGNIFICATIVA	INR < 5	• Disminuir o suspender ACO • Reanudar a más baja dosis cuando esté en rango terapéutico (repetir INR en 48 h.) • Repetir INR en una semana
SIN HEMORRAGIA SIGNIFICATIVA	INR > 5 y < 9	• Suspender ACO • Vitamina K oral (1 mg = 2 gotas). Administrar 2 mg (INR 5-7), y 4 mg (INR 7-9). • Repetir INR en 48 horas y reanudar a una dosis más baja
SIN HEMORRAGIA SIGNIFICATIVA	INR > 9	• Suspender ACO • Vit. K (5 a 10 mg por vía oral) • Repetir INR (48 a 72 horas) y reiniciar la terapia a más baja dosis (25-50%)
HEMORRAGIA SERIA O CON RIESGO VITAL	EN CUALQUIER ELEVACIÓN DEL INR	• Reiniciar el anticoagulante oral y enviar al paciente al servicio de urgencias del hospital. • Vit K 1 (10 mg, en infusión IV lenta) • CPP plasma

BIBLIOGRAFÍA

1. Poveda Díaz-Tejero, Fátima; Cayuela Fuentes, Pedro Simón. Intervención educativa enfermera en individuos con tratamiento anticoagulante oral. Rev Paraninfo Digital, 2015; 22. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/144.php> [consultado 20/07/2019].
2. Ángel Carlos Matía Cubillo A C. et al. Guía Clínica de Consenso de Anticoagulación Oral en Castilla y León. Control y Seguimiento. 52-53.
3. Asociación madrileña de pacientes anticoagulados & cardiovasculares (AMAC). <https://www.anticoaguladosmadrid.es> [consultado 15/09/2019].
4. Fernández M.A. Manual del Anticoagulado. Barcelona. 2011.
5. Araujo P J. El paciente anticoagulado. Guía básica con recomendaciones en relación al tratamiento con anticoagulantes orales. Biblioteca Lascasas. Cuidados de salud en Iberoamérica. V-14. 2018. <http://ciberindex.com/p/lc/e11740> [consultado 20/07/2019].
6. Blanco Molina A et al. Indicadores de calidad y seguridad para la atención a pacientes con tratamiento anticoagulante oral. Informe técnico 2012 Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial. 2012.
7. Guía de Consulta para Pacientes Anticoagulados. Federación española de asociaciones de anticoagulados FEASAN. https://www.escuelas.mscbs.gob.es/po-demosAyudar/cuidados/docs/Guia_Pacientes_Anticoagulados.pdf [consultado 25/07/2019].
8. Bolaños Guisasola L. Efectividad de la educación sanitaria en el paciente anticoagulado. Trabajo fin de Grado. Facultad de Enfermería y Podología da Coruña. Julio 2015.
9. De Lucas Vázquez A. y Ramos Fariña E. La importancia de la intervención enfermera en el paciente anticoagulado. Revista Médica Electrónica Portales Médicos. Mayo 2017.
10. Gómez Torreiro, E y col. Guía para el paciente en tratamiento anticoagulante oral (Sintrom®) Fistera.com. Atención primaria en la red. [acceso julio 2019].
11. Indicadores de calidad y seguridad para la atención a pacientes con tratamiento anticoagulante oral. Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA). Informe Técnico nº 2; 2012.

CUIDADOS EN EL LUPUS

CARE IN THE LUPUS. LITERATURE REVIEW

■ PARRA MORENO M^a DOLORES. DUE HU VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.
 ■ SIERRA DÍAZ RUBEN. DUE HU VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.
 ■ SERRANO CARMONA JOSÉ LUIS. DUE HU REINA SOFÍA DE CÓRDOBA.

RESUMEN: INTRODUCCION: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad sistémica que puede afectar a cualquier órgano. Afecta sobre todo a mujeres en edad reproductiva y su índice de mortalidad es mayor que la población en general.

El objetivo de nuestro trabajo es divulgar conocimientos sobre la enfermedad y crear un plan de cuidados de enfermería.

METODOLOGIA: Se ha realizado una revisión de los artículos encontrados sobre LES encontrados en las diferentes bases de datos y páginas web.

RESULTADOS: Se han destacado las manifestaciones clínicas, criterios diagnósticos, tratamientos y cuidados de enfermería en el LES.

CONCLUSIONES: Debido a la complejidad de la enfermedad se requiere de un grupo multidisciplinar de trabajo donde la enfermería juega un papel importante, debiendo estar especializada para poder solventar las complicaciones que surjan y ofrecer cuidados de calidad.

PALABRAS CLAVES: Lupus, cuidados de enfermería y criterios diagnósticos.

ABSTRACT: INTRODUCTION: Systemic lupus erythematosus (SLE) is a systemic disease that can affect any organ. It especially affects women in reproductive age and its mortality rate is greater than the population in general.

The objective of our work is to disseminate knowledge about the disease and create a plan of nursing care.

METHODOLOGY: We carried out a review of the items found on LES found in the different databases and web pages.

RESULTS: Have been highlighting the clinical manifestations, diagnostic criteria, treatments and nursing care at the LES.

CONCLUSIONS: Due to the complexity of the disease requires a multidisciplinary group of work where the nursing plays an important role and should be specialized in order to solve the complications that arise and offer quality care.

KEY WORDS: Lupus, nursing care and diagnostic criteria.

INTRODUCCIÓN

El Lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad sistémica que puede afectar a cualquier órgano y/o sistema del cuerpo humano: articulaciones, músculos, piel, riñones, pulmones, sistema nervioso, corazón, serosa, etc.^{1, 2, 3}

Se caracteriza en que las células del sistema inmune agreden a las propias células del organismo provocando que se origine una inflamación y se dañen los tejidos. El lupus actúa produciendo anticuerpos que sobreestiman los linfocitos B (las células que producen los anticuerpos).²

Lupus proviene del latín significa “lobo”, Rogerius la nombró así por la semejanza de las manifestaciones cutáneas con la mordida de un lobo.⁴ Los primeros escritos que existen son del siglo X, que describe la curación de Hildricus (obispo de Lieja en el santuario de San Martin de Tours).⁵ En 1800, el término lupus se utilizó para describir las úlceras faciales que destruían los tejidos independientemente de la causa que lo producía.³ Ferdinand von Hebra describió en 1845 la erupción en alas de mariposas. Y fue Pierre Cazenave en 1851, quien introdujo la denominación de “Lupus eritematoso” referido al eritema malar.⁶

En 1860 Moritz Kaposi fue el primero que utilizó la descripción de “Discoide” para describir el lupus cutáneo.⁴ Y entre 1895-1903, William Osler, describió las características sistémicas de la enfermedad (LES).⁶

En 1894, JF Payner divulgó la utilidad de la quinina en el tratamiento del lupus.⁴

Malcom Hargraves, hematólogo de la Mayo Clinic, describió anticuerpos globulares que se teñían de púrpura en el aspirado de médula ósea de un niño con una enfermedad incierta.

A mediados del siglo XX, los trabajos de Philip Showalter Hench de la Clínica de Mayo sobre la eficacia de los corticoides en el tratamiento de las enfermedades reumáticas, revolucionaron el tratamiento del lupus.⁴

La primera clínica de lupus fue iniciada por Marian Ropes en Boston en 1922. En 1954, Harvey crea el nombre de lupus eritematoso sistémico.⁴

No fue hasta 1971 cuando la American Rheumatism Association (ARA) publicó los primeros criterios de clasificación del Lupus eritematoso sistémico.⁶

Su etiología es desconocida. Aunque se ha asociado a una serie de factores genéticos, hormonales, ambientales e inmunológicos.²

Su prevalencia es 10 veces mayor en sexo femenino que masculino,⁷ correspondiendo el 90% de los casos a mujeres en edad reproductiva.⁸ Afecta a todas las razas y está presente en todos los continentes aunque es más frecuente en mujeres afrodescendientes que en las caucásicas.²

El índice de mortalidad es mayor en los pacientes con lupus que en la población en general, siendo las infecciones, trombosis y la propia actividad del lupus la mayor causa de muerte.⁹

El objetivo de este trabajo es divulgar conocimientos sobre el lupus, realizar una revisión de la literatura sobre los tipos, síntomas, diagnóstico, complicaciones, tratamientos, etc. Y además, realizar un plan de cuidados de enfermería.

METODOLOGÍA

Se ha creado un grupo de trabajo multidisciplinar para la revisión de los artículos sobre el LES, destacando la clínica, diagnósticos, tratamientos, complicaciones y cuidados de enfermería.

La búsqueda de datos se ha llevado a cabo a través de diferentes bases de datos bibliográficas como fueron:

- Cuiden, donde se encontraron 20 artículos sobre LES.
- Scielo, se hallaron 894 artículos.
- Lilacs, se encontraron 2533 artículos en los que existía la palabra lupus.
- Medes, 372 artículos fueron encontrados.
- Sietes, 153 artículos que hablaban sobre el lupus.
- IME, 993 artículos hablaban sobre el lupus.
- Pubmed, en 3797 artículos se encontraba la palabra lupus.
- Enfispo, 100 artículos que hablaban sobre lupus.
- Cuidatge, 65 artículos fueron encontrados.
- Cochrane Plus, 1102 hablaban sobre el LES.

También se han utilizado para la búsqueda bibliográfica metabuscadores como Tripy NHS evidence, Además, hemos utilizados página Web como: Sociedad española de reumatología: http://www.ser.es/pacientes/enfermedades_reumaticas/lupus.shp; lupus Fundación: <http://www.lupus.org>; Centro nacional de distribución de información del instituto Nacional de artritis y enfermedades musculoesqueléticas y de la piel: <http://www.niams.nih.gov>. Federación española de lupus: <http://www.felupus.org>. Sociedad española de reumatología pediátrica: <http://www.reumaped.es>. Y Google Académico.

En cuanto a los criterios de inclusión hemos tenido en cuenta artículos que hablasen sobre lupus, manifestaciones clínicas, criterios diagnóstico, tratamientos, complicaciones y cuidados. Y se han utilizados operadores Booleanos: AND, NOT y OR. Hemos revisado artículos originales, revisiones bibliográficas y guías de la práctica clínica.

Se han excluidos artículos que no aportasen resultados significativos, aquellos cuyo idioma no fuese inglés o castellano, limitando los periodos de búsqueda entre 2004-2019.

PALABRAS CLAVES: Lupus, cuidados de enfermería y criterios diagnósticos.

RESULTADOS

El Lupus es una enfermedad autoinmune que afecta a cualquier parte del cuerpo humano. Se caracteriza por una alteración de las respuestas inmunológicas con una producción de anticuerpos que van dirigidos en contra de antígenos celulares y cuyo resultado final es la afectación de múltiples órganos y sistemas.⁹

Existen varios tipos de lupus:²

- Lupus eritematoso discoide o cutáneo (LED): enfermedad crónica y recidivante caracterizada por manchas rojas redondas de bordes bien definidos sobre la piel.
- Lupus eritematoso sistémico (LES): enfermedad autoinmune con episodios de inflamación en las articulaciones, los tendones, y otros tejidos conectivos y muy diversos órganos.
- Lupus secundario a medicamentos, es causado por algunos medicamentos (hidralazina, procainamida, isoniácidas, clorpromacinalos síntomas son algo menos severos, metildopa, sulfonamida, quinidina, etc.)

La patogenia todavía no está clara pero se cree que es causada por la interacción de ciertos genes predisponentes y diversos factores ambientales, que por razones desconocidas produce una intolerancia a sus propios antígenos dando lugar a respuestas autoinmunes anormales.¹⁰

Los antígenos presentes en la superficie celular son reconocidos por el sistema inmune creando una respuesta inmunológica. Por otro lado, la fagocitosis y la eliminación de los inmunocomplejos, de las células apoptóticas¹¹, de los restos de las células necróticas, etc. son defectuosas en el Lupus, permitiendo la presencia de antígenos e inmunocomplejos durante años, haciendo que el daño en los tejidos vaya acumulándose hasta la aparición de la enfermedad clínica.

Los linfocitos B que son los que producen anticuerpos están persistentemente activados produciendo un exceso de anticuerpos. Esto produce depósito de inmunocomplejos en los tejidos provocando una activación del sistema inmune innato que da lugar a una inflamación y daño tisular.^{2, 10}

Las manifestaciones clínicas que se producen son:^{1, 2, 3, 9, 12}

- Cansancio
- Pérdida de peso inexplicable
- Fiebre prolongada que no se debe a ningún proceso infeccioso
- Artralgias/artritis
- Mialgias
- Osteonecrosis, es la necrosis isquémica de los huesos, se sospecha ante la aparición de dolor agudo en una sola articulación, codo, cadera, rodilla y hombro.

- Lesiones cutáneas: “Eritema malar o en alas de mariposa”, pápulas o placas eritematosas, fotosensibilidad, úlceras en la boca, alopecia.
- Nefritis, ocurre en el 50% de los pacientes.
- Afectación del SNC: difusión cognitiva, convulsiones, psicosis, neuropatías periféricas y craneales (afectación de los nervios sensitivos y motores de ojo y trigémino), cuadros cerebrales, depresión, etc.
- Afectación digestiva: vómitos, diarreas, pancreatitis, alteraciones hepáticas, peritonitis, etc.
- Afectación pulmonar: pleuritis, neumonitis lúpica, etc.
- Afectación cardíaca: pericarditis, endocarditis, miocarditis.
- Afectaciones hematológicas: anemia, leucopenia, trombocitopenia, trombofilia, adenopatías y esplenomegalias.
- Alteraciones endocrinas: Hiperprolactinemia y pruebas de función tiroideas son anormales con frecuencias. Vasculitis en los ovarios y anomalías en los espermatozoides.
- Afectación ocular: El síndrome Seco, cambios vasculares retinianos, queratitis ulcerativa periférica, coroidopatía, uveítis y neuritis óptica.

En cuanto al diagnóstico no existe ninguna prueba complementaria que sea exclusiva y que determine la enfermedad, por tanto, el diagnóstico se basa en los síntomas, hallazgos clínicos y pruebas analíticas.²

Las pruebas de laboratorio nos ayudan a diagnosticar la enfermedad y a identificar posibles complicaciones.^{1, 2, 4}

En el análisis de sangre podemos encontrar:^{4, 13, 14}

- Alteraciones hematológicas: leucopenia, linfopenia y trombocitopenia.
- La velocidad de sedimentación (VSG) suele estar elevada.
- Proteína C reactiva suele ser normal.
- Los anticuerpos antinucleares (ANA), están presente en el 95% de los paciente y su ausencia puede hacer dudar el diagnóstico:
 - ✓ Anti-DNAn es muy específico del LES, se relaciona con actividad de la enfermedad y la presencia de nefritis.
 - ✓ Anti-Ro, indica mayor riesgo de padecer lupus cutáneo subagudo y neonatal.
- Factor reumatoide puede estar presente.
- Los niveles de proteínas de los componentes C3 y C4 suele estar por debajo de lo normal.
- El tiempo parcial de tromboplastina suele estar alargado.

- Presencia de anticuerpos antifosfolípidos y anticoagulante lúpico.
- Test de Coombs positivo.

En el análisis de orina, es importante para controlar la aparición de nefritis. Puede presentar:

- Hematuria.
- Leucocituria.
- Cilindros celulares.
- Proteinuria.

Para evitar variabilidad clínica y poder establecer un diagnóstico se crearon unos criterios de clasificación del LES, de los cuales el paciente debe de cumplir al menos 4 criterios, incluyendo al menos un criterio clínico y uno inmunológico (Criterios de 2012 para clasificación del Lupus Eritematoso Sistémico). Aunque no se excluye la existencia de LES sin haber cumplido los criterios de clasificación.¹⁴

TRATAMIENTO

Se hará según la sintomatología que presente y según la afectación de órganos y sistemas que presente.

Medidas generales^{2, 4, 14, 15}

- Evitar la exposición solar y utilizar cremas de protección solar de factor de protección 50+.
- Tomar dieta equilibrada “Dieta mediterránea”, restricción de sal en pacientes hipertensos y nefritis. En pacientes con nefritis se debe aumentar el consumo de proteínas debido a las pérdidas de ellas por la orina. También se debe tomar suplementos de vitamina D por la baja exposición solar.
- Realizar ejercicio de forma regular según las posibilidades del paciente para evitar la pérdida de masa muscular, la desmineralización ósea y la pérdida de fortaleza física.
- Se recomienda no fumar para evitar arteriosclerosis, trombosis, osteoporosis y cáncer.

Tratamiento farmacológico:¹⁵

- Antiinflamatorios no esteroideos (AINE).
- Antipalúdicos: hidroxycloquinas.
- Corticoides.
- Inmunosupresores: metotrexato, azatiopina, ciclofosfamida, micofenolato, leflunomida, etc. Se utilizan cuando hay afectación de algún órgano.
- Anticoagulantes: Aspirina, heparina cálcica, etc.
- Anticuerpos monoclonal: belimumab, rituximab.¹⁶

COMORBILIDAD^{3, 9}

- Infecciones, está relacionada con el grado de actividad de la enfermedad y por la toma de inmunosupresores.

- Arteriosclerosis prematura
- Afección cardíaca
- Osteoporosis
- Osteonecrosis
- Osteomalacia
- Osteodistrofia renal
- Fallo ovárico
- Daño secundario a corticoides: cataratas, accidentes cerebro vascular, hipertensión, hipercolesterolemia, etc.
- Cáncer
- Fibrionialgia
- Preclampsia y crecimiento intrauterino retrasado en embarazos.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO^{17, 18, 19}

El cuidado del paciente requiere un trabajo multidisciplinar donde la enfermera clínica especialista en LES tiene una labor específica. La enfermera hace una valoración del paciente, de las lesiones y posibles complicaciones. Se encarga de la recogida de datos del paciente, de informar sobre la enfermedad, tratamiento, de dar recomendaciones generales, etc. También controla su toxicidad mediante la extracción de analíticas rutinarias y administra los tratamientos en caso que se precise.

A continuación detallamos los diagnósticos de enfermería, criterios de resultados (NOC) e intervenciones de enfermería (NIC) más frecuentes en los pacientes con LES (Tabla 2).

CONCLUSIONES

El LES es una enfermedad sistémica que puede afectar a cualquier órgano o sistema del cuerpo humano siendo la clínica muy variada dependiendo del órgano afecto, por lo que, debemos tratar al enfermo y no la enfermedad.

Según los datos que hemos recopilados el fármaco que ha sido aprobado como tratamiento específico en LES es el

anticuerpo monoclonal (Belimumab y Rituximab), fármacos de administración intravenosa.

Existen estudios que apuntan que la dieta mediterránea puede tener un efecto protector relevante en la prevención y mejora del pronóstico del lupus, por sus propiedades antiinflamatoria, su capacidad antioxidante y por su efecto sobre la obesidad y el síndrome metabólico.

También hay estudios in vitro e in vivo que indican que aceite de oliva y sus polifenoles pueden mejorar los síntomas de enfermedades inflamatorias autoinmunes.

Dada la complejidad de la enfermedad y de las terapias para tratar la enfermedad se han creado grupos internacionales de reumatólogos y expertos en LES. Además de, consultas monográficas donde se realiza un trabajo multidisciplinar con reumatólogos, neumólogos, hematólogos, dermatólogos, nefrólogos, expertos en patologías de la boca, en osteoporosis, etc. Y cuenta con una enfermería especialista en LES.

La enfermería juega un papel fundamental, siendo de suma importancia que disponga de suficiente formación y experiencia, para saber detectar y resolver los síntomas adversos y complicaciones que surjan. Y para poder ofrecer un cuidado de calidad, información y educación sanitaria sobre la enfermedad del LES.

La creación de un plan de cuidados como método de trabajo de la práctica enfermera nos permite mejorar en la calidad de los cuidados, una evaluación dinámica de ellos, una claridad de los registros y recopilación de datos, permitiendo su investigación.

Tras la recopilación de datos en nuestra revisión hemos llegado a la conclusión que a pesar de los muchos estudios que existe sobre LES todavía quedan muchas lagunas en cuanto al diagnóstico y tratamiento. Y se ha podido comprobar la falta de estudios de investigación de enfermería sobre el cuidado en el LES.

Debido a la complejidad de la enfermedad y la gran cantidad de afectados, sólo en España afecta a 40000 personas, consideramos que se debe apostar por una mayor investigación en esta enfermedad.

DIAGNÓSTICOS NANDA	NOC (resultados)	NIC (Intervenciones)
00146 ANSIEDAD r/c: Cambios en el estado de salud m/p: Nerviosismo Inquietud	1212 Nivel de estrés 1402 Autocontrol de la ansiedad	5820 Disminución de la ansiedad 5270 Apoyo emocional 5830 Aumentar el afrontamiento
0004 RIESGO DE INFECCIÓN r/c: Aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos (brotes) inmunosupresión	1924 Control de riesgo: proceso infeccioso	6540 Control de las infecciones 6550 Protección contra las infecciones 6530 Manejo de la inmunización vacuna
00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES r/c: Falta de exposición m/p: Informa del problema	1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad 1808 Conocimiento: medicación 1802: Dieta	5616 Enseñanza: medicamento prescrito. 5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad 5614 Enseñanza: dieta prescrita
00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA r/c: Radiación Factores inmunológicos	1925 Control de riesgo: Exposición al sol 0602 Hidratación	3590 Vigilancia de la piel Identificación de riesgos 3660 cuidados de las heridas

COMPLICACIONES POSIBLES	NIC (Intervenciones)
Dolor Astenia Infecciones Lesiones isquémicas Reacciones adversa a medicamentos Alergias Fracaso renal convulsiones	1400 Manejo del dolor 4050 Manejo del riesgo cardiaco 4270 Manejo de la terapia trombolítica 2690 Precauciones contra las convulsiones 2100 Terapia de Hemodiálisis 6650 Vigilancia 6410 Manejo de la alergia 2080 Manejo de líquidos/electrolitos

REQUERIMIENTOS DIAGNOSTICOS	NIC (Intervenciones)
	7820 Manejo de muestras 4238 Flebotomía: muestra de sangre venosa. 4235 Flebotomía: Vía canalizada

REQUERIMIENTOS TERAPÉUTICOS	NIC (Intervenciones)
	4200 Terapia intravenosa 2304 Administración de medicación: oral 0200 Fomento del ejercicio

Tabla 2. Plan de cuidados estándar en el LES. Elaboración propia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caggiain Marina. Lupus eritematoso sistémico en niños y adolescentes. *Archivo de pediatría de uruguay* 2015; 86 (4): 273-283.
2. Instituto nacional de Artritis y enfermedades Musculo-esqueléticas y de la piel. ¿Qué es el Lupus? Disponible en: www.niams.nih.gov.
3. Guía de práctica clínica del lupus eritematoso sistémico. Aprendo a conocer y vivir con lupus Eritematoso sistémico. (Acceso 16 febrero 2016) Disponible en: <http://portal.guiasalud.es>.
4. Federación española de Lupus. Disponible en: <http://www.felupus.es>
5. Mallavarapu RK, Grimsley EW. The history de lupus erythematosus. *South Med J*. 2007; 100(9): 8-896.
6. Fonollosa Pla V., Vilardell Tarres M., Antecedentes históricos y conceptos actuales. En *Lupus eritematoso sistémico* (3º edición). Caduceo multimedia S.L.; 2009.
7. Severiche Maury D.M., Respeto Escobar M., Gonzales Naranjo L.A., Vanegas García A. L., Muñoz Vahos C. H., Vásquez Duque Gloria María. Ciento quince pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Revista colombiana de reumatología* 2014. 21 (4): 183-192.
8. Vasudevan AR, Ginzler EM. Clinical features of Systemic lupus erythematosus. En: *Rheumatology*. Mosby Elsevier; 2011.
9. Úcar Angulo E., Ribera García N., Comorbilidad en el lupus eritematoso sistémico. *Revista de Reumatología clínica* 2008; 4 (1): 17-21.
10. Enríquez Mejías M.G., Fisiopatología del lupus eritematoso sistémico. *Revista de medicina e investigación* 2013; 1 (1) 8-16.
11. Sánchez Rodríguez S. H., Barajas Vásquez Gerardo E., Ramírez Alvarado E. D., Moreno García A., Barbosa Cisneros O. Lupus eritematoso: enfermedad autoinmune sistémica y órgano específico. *Revista biomed* 2004; 15: 173-180.
12. Edworthy SM., Manifestaciones clínicas del Lupus eritematoso sistémico. En: *Tratado de la reumatología* (7º edición). Harris ED. Barcelona: Elsevier; 2006.
13. Petri M., Orbai AM., Alarcon GS, Gordon C., Merrill JT, Fortin PR, Bruce IN. Derivation and validation of the system Lupus international collaborating clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 2012; 64 (8): 2677-86.
14. Sociedad española de reumatología pediátrica. Lupus eritematoso sistémico. XLV Congreso nacional de reumatología 2019. Disponible en: <http://www.reumaped.es/index.php/documentos/protocolos-reumatologia>.
15. Lupus Foundation of America. Disponible en: <http://www.lupus.org>.
16. Calvo Alén Jaime, Silva Fernández Lucia, Úcar Angulo Eduardo, Pego Reigosa José María, Olivé Alejandro, Martínez Fernández Carmen, etc. Consenso de la Sociedad Española de Reumatología Sobre el uso de terapias biológicas en el Lupus eritematoso sistémico. *Rev. Reumatología clínica*. 2013; 9 (5): 281-296.
17. Herman, TH. NANDA internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. Barcelona: Elsevier. 2012-2014.
18. Moorhead Sue, Johnson Marion, MaasMeridean L., Swanson Elisabeth. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Barcelona: Elsevier. 2014.
19. Bulechek Gloria M., Butcher Howard K., Docheterman Joanne M., Wagner Cheryl M. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Barcelona: Elsevier. 2014.

DOLOR POSTOPERATORIO TRAS ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

POST-OPERATIVE PAIN AFTER TOTAL KNEE ARTHROPLASTY

- MARÍA MONTSERRAT BARRANCO OBIS. ENFERMERA DEL CENTRO DE SALUD MONZÓN URBANO (HUESCA).
 - MARÍA ELENA FORNIÉS BAQUEDANO. ENFERMERA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET, ZARAGOZA.
 - ALBERTO MILLÁN VICENTE. ENFERMERO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET, ZARAGOZA.
 - PATRICIA BARRANCO OBIS. ENFERMERA DEL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO, ZARAGOZA.
 - TANIA SÁNCHEZ GUIDO. ENFERMERA EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ, ZARAGOZA.
 - ANA PILAR-SÁNCHEZ LÓPEZ. ENFERMERA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET, ZARAGOZA.
- ESTE TRABAJO FUE REALIZADO CON LOS DATOS DEL HOSPITAL SAN JORGE (HUESCA).

RESUMEN: Objetivo: Evaluar la eficacia de los fármacos y el tratamiento del dolor a través de la Escala visual analógica entre los pacientes que recibieron como tratamiento analgésico el bloqueo femoral y los que recibieron otras técnicas, 24 horas postoperatorio intervenidos por artroplastia de rodilla en personas mayores de 65 años.

Método: Estudio descriptivo transversal realizado en el Hospital San Jorge (Huesca) durante 26 meses.

Resultados: La muestra se formó por 124 pacientes mayores de 65 años, intervenidos de artroplastia total de rodilla. Al relacionar las diferentes variables tan solo se demostró asociación significativa entre la EVA y el descanso nocturno, tanto en reposo como en movimiento ($p=0,001$ y $p=0,007$, respectivamente).

Conclusión: Es necesario un protocolo consensuado para el manejo de dolor agudo postoperatorio en la artroplastia total de rodilla, que incluya una analgesia multimodal consistente en unos fármacos específicos asociados a analgesia de bloqueo nervioso vía femoral.

PALABRAS CLAVE: artroplastia, dolor, escala EVA, analgesia.

ABSTRACT: Objective: To evaluate the efficacy of drugs and the treatment of pain, patients who are over 65 years old have 24 hours the post-operative period due to knee arthroplasty, through VAS among patients received femoral block like analgesic treatment and other patients who received other technique.

Method: Cross-sectional study carried out in the Hospital San Jorge (Huesca) for 26 months. The pain unit recovered the data and the different variables through a computerized form of the Anaesthesiology Service.

Results: The sample was got of 124 patients over 65 years old, who had to be operated total knee arthroplasty. When relating the different variables, only a significant association was demonstrated between EVA and night rest, both at rest and during activity ($p = 0.001$ and $p = 0.007$, respectively).

Conclusions: A consensual protocol is necessary during the post-operative period in total knee arthroplasty to control of acute pain, including a multimodal analgesia consisting of specific drugs associated with femoral nerve block analgesia.

KEY WORDS: arthroplasty, pain, EVA scale, analgesia.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades músculo esqueléticas son prevalentes en nuestro país, siendo la artrosis de rodilla una de las frecuentes, un 10,2% en la edad adulta y un 33% en la población mayor de 70 años (1). El número de prótesis de rodillas en España es de unas 30.000 anuales (2). Este tipo de intervenciones en personas mayores son, en la mayoría de los casos, situaciones muy dolorosas e invalidantes (3). La artroplastia de rodilla está catalogada como cirugía que presenta un dolor agudo postoperatorio severo. La definición de dolor actual es aquella considerada como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño real o potencial del tejido (4). O bien, definido como todo lo que la persona que lo padece considere que es en sí dolor, en cualquier momento en que el propio afectado lo considere como tal (5). Actualmente la incidencia del dolor postoperatorio es elevada, situándose entre el 46 y 53% (6). Por ello es, muy importante el buen control del dolor en cirugía protésica para conseguir una buena rehabilitación funcional precoz, acortando la estancia hospitalaria, favoreciendo la autonomía y la capacidad de movilidad del paciente. (7). El dolor agudo postoperatorio

es más específico, y se puede describir como aquel que se presenta en el paciente quirúrgico en relación con una alteración preexistente, asociado a la propia cirugía (8). Un buen control del dolor, con una óptima terapia analgésica instaurada y mantenida en el tiempo necesario, facilita la convalecencia a corto y a largo plazo (9). El control del dolor constituye un elemento fundamental para una buena rehabilitación. Por ello, es importante una correcta evaluación del dolor en las personas mayores. Las escalas más utilizadas para evaluar la intensidad del dolor, son: EVA, la numérica, la verbal simple y la facial. La EVA es la que probablemente sea objeto de más estudios, de esta manera podemos considerar la EVA como método de referencia en la evaluación del dolor. Su mayor limitación es que precisa de unos niveles adecuados en agudeza visual, función motora y habilidad cognitiva, para trasladar la sensación del dolor en una distancia media en una regla (10). El tratamiento fallido del dolor postquirúrgico con técnicas basadas en opioides, hizo que aparecieran nuevas tendencias como es la analgesia multimodal. Los opioides son analgésicos eficaces y adecuados para el control del dolor de intensidad moderada a severa, limitados por sus efectos adversos, dosis dependientes que producen: náuseas, vómitos,

prurito, mareos, sedación, alteraciones cognitivas y del patrón del sueño, disminución de la motilidad intestinal, estreñimiento y disfunción vesical (11). El paracetamol es un fármaco muy utilizado, como analgésico y antipirético, sin efecto antiinflamatorio (12). Los antiinflamatorios no esteroideos son fármacos usados como analgésicos, y sus efectos antiinflamatorios reducen la sensibilización de los nociceptores, atenúan la respuesta inflamatoria al dolor, previenen la sensibilización central y mejoran el alivio del dolor. El uso de estos fármacos a nivel hospitalario es de forma intravenosa (IV), aquí enfermería juega un papel importante en la comunicación con el paciente, ya que a veces las personas consideran que solo por ser mayores tienen que tener y resistir el dolor. De hecho, hay cambios significativos que ocurren en los sistemas corporales con la edad. A nivel del SNC se produce una disminución del flujo sanguíneo cerebral, de la densidad de neuronas y de neurotransmisores (13). Todo esto implica dificultad para la evaluación del dolor, y, a veces, implica una analgesia inadecuada, la cual puede producir angustia y trastornos del sueño (14). En el sistema cardiovascular, en las personas mayores hay menor gasto cardíaco y menor respuesta β -adrenérgica, esto conlleva hipovolemia o disminución en la respuesta simpática tras anestesia neuroaxial, y aumento de las concentraciones pico tras la administración de morfina IV (15). En el sistema digestivo hay una disminución del flujo y vaciamiento gástrico, del tránsito intestinal y de la excreción hepática de drogas, esto implica un mayor riesgo de inducir daño en mucosa gástrica por los AINES, mayor estreñimiento con el uso de opioides y anti colinérgicos. Los anestésicos locales en infiltración en la herida quirúrgica deberían tenerse en cuenta en técnicas multimodales, tanto a nivel ambulatorio como en pacientes ingresados. La anestesia regional que incluye la anestesia epidural y los bloqueos nerviosos periféricos, son otras opciones. Una técnica epidural analgésica óptima consiste en la colocación del catéter y la infusión de fármacos, fundamentalmente anestésicos locales con o sin opioides, administrada durante al menos 24 horas. Los bloqueos nerviosos como suplemento de la anestesia general, mejoran la analgesia postoperatoria y reduce los efectos secundarios de los opioides, facilitando el proceso de recuperación (16). Existen pocos estudios cuyo objetivo sea evaluar estas técnicas en el paciente anciano, pero los beneficios al compararlos con la morfina endovenosa o con la anestesia epidural son significativos, tanto en la calidad de la analgesia, como en los efectos secundarios (17), disminuyendo la incidencia de delirio postoperatorio y permitiendo una mayor rapidez en la movilidad del paciente (18). La analgesia multimodal consiste en la administración de una combinación de diferentes analgésicos y de diferentes vías de administración. Los objetivos de esta técnica son conseguir un efecto sinérgico, mejorar la biodisponibilidad y minimizar la frecuencia e intensidad de los efectos secundarios y adversos (19). La analgesia multimodal no debe considerarse un término aislado en el contexto de tratamiento del dolor, sino que debe situarse en un ámbito global que integra al paciente, cirugía y ámbito hospitalario, con el objetivo de acelerar el regreso al

domicilio lo más precozmente posible, con una restauración rápida a las actividades de la vida diaria. Actualmente existe evidencia científica que recomienda el uso de la terapia multimodal, ya que el uso aislado de opioides se asocia con muchos efectos secundarios, y el uso de una única técnica analgésica no opioide no proporciona una adecuada analgesia en procedimientos con dolor moderado-severo. La analgesia multimodal es un método recomendado para el tratamiento del dolor agudo postoperatorio (20), pero no se ha logrado todavía un control óptimo del dolor en la mayoría de los pacientes, como se refleja en las últimas encuestas sobre la incidencia del dolor tras la cirugía (21).

El objetivo que se planteó fue evaluar la eficacia de los fármacos y tratamiento del dolor a través de EVA a las 24 horas de la intervención quirúrgica por artroplastia de rodilla en personas mayores de 65 años. El objetivo específico es comparar el dolor mediante la EVA entre los pacientes que tuvieron como tratamiento analgésico el bloqueo femoral y los pacientes que recibieron otras técnicas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo donde se seleccionaron aquellos pacientes mayores de 65 años, intervenidos de artroplastia total de rodilla, durante 26 meses. La muestra se compuso de 124 pacientes, los cuales recibieron atención postquirúrgica tras artroplastia total de rodilla. Se excluyeron todos aquellos pacientes que no recibieron tratamiento analgésico postoperatorio en el servicio de Anestesiología, aquellos a los que se les administró analgesia exclusivamente en plexo femoral, sin analgesia vía sistémica, pacientes que recibieron analgesia vía epidural y pacientes que, no pudieron ser valorados a las 24 horas, y, por tanto, se carecía de datos.

El tratamiento de analgesia postoperatoria se inicia en la unidad de reanimación postoperatorio (URPA) a todos los pacientes. Los pacientes se les administra perfusión continua con AINES y/o morfina y algunos de estos pacientes también se les realiza bloqueo del nervio femoral con anestésico local. Los fármacos son elegidos a criterio del anestesiólogo responsable del paciente. A las 24 horas de la intervención, se realizó una encuesta al paciente acerca del control del dolor postoperatorio, donde se recogió las siguientes variables: Eva en reposo y movimiento, necesidad de analgesia de rescate, calidad del sueño nocturno y efectos secundarios a la analgesia, como el vómito o el prurito.

La fuente de información utilizada fue diseñada como una plantilla, para ser utilizada en el postoperatorio inmediato y tardío. Una vez recogidos y clasificados los datos mediante el programa Microsoft Office Excel, estos fueron importados al programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

RESULTADOS

El Hospital de San Jorge realizó un total de 133 artroplastias de rodilla de los cuales 124 pacientes cumplieron los

criterios de inclusión, de los cuales 43 fueron hombres (34,6%) y 81 mujeres (65,4%). Asimismo, la muestra se dividió en dos grupos de edad, ≤ 79 años ($n=97$) y > 79 años ($n=27$). Al analizar la EVA (en reposo y en movimiento) con la edad, demostró no ser estadísticamente significativo ($p=0,92$ y $p=0,49$, respectivamente).

Ningún paciente manifestó prurito. El 83,1% de los pacientes no presentó vómitos, al relacionarlo con la EVA, no demostró ser estadísticamente significativo. Respecto al descanso nocturno, el 16,1% manifestó deterioro del sueño, esto se relacionó con una puntuación en la EVA mayor. Al relacionar la variable EVA con el descanso nocturno demostró ser estadísticamente significativo, tanto en reposo como en movimiento ($p=0,001$ y $p=0,007$, respectivamente).

Al relacionar la necesidad de rescate o no con EVA en reposo y en movimiento, no se demostró asociación significativa. De igual modo, la realización o no de analgesia en plexo femoral al relacionarlo con la EVA en reposo y movimiento, tampoco demostró ser estadísticamente significativo. No se pudo analizar el tipo de analgesia debido a la gran variedad de modalidad de analgesia.

DISCUSIÓN

Se ha puesto de manifiesto que las artroplastias de rodilla son un recurso beneficio-coste tanto para la población como para los servicios de salud (3). Los resultados obtenidos en el estudio muestran que no existe asociación significativa entre ser mujer u hombre y la escala EVA. Por el contrario, Ramírez et al, en su estudio encontró que las mujeres presentan medias superiores a los hombres (22). La edad tampoco influye en el dolor, según los resultados del estudio. Este aspecto podría abrir otras líneas de investigación. El paciente anciano puede considerar el dolor unido inexorablemente al proceso de envejecimiento. Varios estudios han sugerido que los pacientes de edad avanzada informan de una menor intensidad de dolor que los de menor edad (23). Al relacionar la calidad del descanso nocturno con la pauta analgésica, se comprueba que es estadísticamente significativa, siendo los pacientes que descansan peor, los que presentan peor puntuación en la escala EVA, datos que coinciden con el estudio de

Collado et al, que apoya la relación de la intensidad del dolor y el descanso nocturno (25). Además de conseguir un buen control del dolor con analgesia, es muy importante la educación continuada del personal sanitario, así como la información entregada al paciente relacionado con el dolor postoperatorio, todo ello fundamental para un tratamiento efectivo y seguro de los mismos (24). Aunque EVA en este estudio es mayor en los pacientes que han precisado rescate, no existe asociación significativa entre estas variables. Tampoco existe asociación estadística entre la variable vómitos y el dolor. Por el contrario, el estudio de Guevara et al habla de dolor y vómitos, los cuales se relacionan con dolores abdominales o de cabeza (26). A pesar que la EVA es mayor en los pacientes que no llevan analgesia vía plexo femoral respecto a los que lo llevan, esta diferencia no demuestra ser significativa en el estudio. Esto puede ser debido, bien al pequeño tamaño muestral, o bien a la falta de experiencia del personal sanitario en el manejo y cuidado de los catéteres femorales durante el período postoperatorio, lo que conduce a una inapropiada calidad analgésica con esta técnica. El bloqueo femoral continuo es una alternativa válida, disminuyendo el consumo de opiáceos de rescate y la intensidad del dolor (especialmente a las 48 horas) respecto al bloqueo femoral aislado (27).

CONCLUSIONES

El estudio demuestra que los pacientes que reciben bloqueo del nervio femoral como analgesia postoperatoria no refieren una puntuación menor en la escala visual analógica. El uso de la analgesia de plexo femoral en el estudio no muestra relación significativa con la disminución del dolor. Además, la EVA es mayor en los pacientes que recibieron analgesia vía plexo femoral. Esto puede deberse a que la muestra sea pequeña. Por otro lado, aquellos pacientes que presentaron más dolor tuvieron peor descanso nocturno. Debido a que actualmente en el Hospital de San Jorge se utilizan muchas variedades de asociaciones farmacológicas, sería interesante hacer un protocolo consensuado para el manejo de dolor agudo postoperatorio en la artroplastia total de rodilla, que incluyera una analgesia multimodal consistente en unos fármacos endovenosos específicos asociados a analgesia vía femoral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Trujillo E, Rodríguez C, Rojas P, Sampedro J, Carmona L. grupo de trabajo EPISER 2000. Prevalencia de la artrosis de rodilla en la población española. Estudio EPISER 2000. Rev Esp Reum 2000;27:S181.
2. Kurtz SM, Ong KL, Lau E, Widmer M, Maravic M, Gómez-Barrena E, et al. International survey of primary and revision total knee replacement. Int Orthop 2011;35(12):1783-1789.
3. Riestra B, Rubio-Terrés C, Nadipelli V, Collado AC, Brotons FM. Análisis costo-efectividad de enoxaparina en la profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa en pacientes sometidos a cirugía mayor ortopédica. Farmacia Hospitalaria 2003;27(4).
4. Herr KA, Mobily PR. Comparison of selected pain assessment tools for use with the elderly. Applied Nursing Research 1993;6(1):39-46.

5. Bajo Pesini R, Cojo Peces Ed, Delgado García I, Macías Pingarrón J, Asencio Moreno A, Luque Merino V. Manejo del dolor postoperatorio en artroplastia/ artroscopia de rodilla en nuestro medio: Déficit de concurso del Servicio de Anestesiología. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2010;17(2):89-98.
6. Muñoz-Blanco F, Salmerón J, Santiago J, Marcote C. Complicaciones del dolor postoperatorio. *Rev Soc Esp Dolor* 2001;8(3):194-211.
7. Dickenson AH. Gate control theory of pain stands the test of time. *Br J Anaesth* 2002 Jun;88(6):755-757.
8. Martínez-Vázquez de Castro J, Torres L. Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. *Rev Soc Esp Dolor* 2000;7:465-476.
9. Bujedo BM, Bizueta IT, Santos SG, Garde RA. Estrategias para el abordaje multimodal del dolor y de la recuperación postoperatoria. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2007;54(1):29-40.
10. Bijur PE, Latimer CT, Gallagher EJ. Validation of a verbally administered numerical rating scale of acute pain for use in the emergency department. *Acad Emerg Med* 2003;10(4):390-392.
11. Walder B, Schafer M, Henzi I, Tramer M. Efficacy and safety of patient-controlled opioid analgesia for acute postoperative pain. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001;45(7):795-804.
12. Remy C, Marret E, Bonnet F. Effects of acetaminophen on morphine side-effects and consumption after major surgery: meta-analysis of randomized controlled trials. *Br J Anaesth* 2005 Apr;94(4):505-513.
13. Silveira ED, García MM, Errasquin BM, Castellano CS, Gallagher PF, Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 2009;44(5):273-279.
14. Moreno Rodríguez A. El delirio en enfermos con fractura de cadera, su incidencia. *Enfermería global* 2010(20):0-0.
15. Guzmán Pruneda ME. Fisiopatología del paciente de edad avanzada. *Rev Mex Anest* ;30:5234-5236.
16. Hadzic A, Arliss J, Kerimoglu B, Karaca PE, Yufa M, Claudio RE, et al. A comparison of infraclavicular nerve block versus general anesthesia for hand and wrist day-case surgeries. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists* 2004;101(1):127-132-127-132.
17. Foss NB, Kristensen BB, Bundgaard M, Bak M, Heiring C, Virkelyst C, et al. Fascia iliaca compartment blockade for acute pain control in hip fracture patients: a randomized, placebo-controlled trial. *Anesthesiology* 2007 Apr;106(4):773-778.
18. Greer N, Rossom R, Anderson P, MacDonald R, Tacklind J, Rutks I. Delirium: Screening, Prevention, and Diagnosis—A Systematic Review of the Evidence Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US). Washington DC: Department of Veterans Affairs (US) 2011.
19. Kirkness CS, McAdam-Marx C, Unni S, Young J, Ye X, Chandran A, et al. Characterization of patients undergoing total hip arthroplasty in a real-world setting and pain-related medication prescriptions for management of postoperative pain. *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy* 2013;27(3):235-243.
20. Michaloliakou C, Chung F, Sharma S. Preoperative multimodal analgesia facilitates recovery after ambulatory laparoscopic cholecystectomy. *Anesthesia & Analgesia* 1996;82(1):44-51.
21. Vidal M, Torres L, De Andrés J, Moreno-Azcoitia M. Estudio Observacional sobre el dolor postoperatorio leve o moderado desde el punto de vista del anestesiólogo en España: PATHOS. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2007;14(8):550-567.
22. Ramírez Maestre C, Anarte M, Esteve R, López Martínez A. Diferencias en la percepción del dolor relacionadas con las variables sexo y edad. *Rev.Soc.Esp.Dolor* 2001:562-568.
23. Życzkowska J, Szczerbińska K, Jantzi MR, Hirdes JP. Pain among the oldest old in community and institutional settings. *Pain* 2007;129(1):167-176.
24. Fernández-Galinski D, Gordo F, López-Galera S, Pulido C, Real J. Conocimientos y actitudes de pacientes y personal sanitario frente al dolor postoperatorio. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2007;14(1):3-8.
25. Collado F, Torres L. Asociación de Fentanilo TTS matricial Citrato de Fentanilo Oral Transmucosa (CFOT), en pacientes que no han recibido tratamiento previo con opioides y padecen dolor crónico intenso de etiología osteoarticular: Haciendo realidad el Ascensor Analgésico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2007;14(4):257-265.
26. Guevara-López U, Covarrubias-Gómez A, Delille-Fuentes R, Hernández-Ortiz A, Carrillo-Esper R, Moyao-García D. Parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo perioperatorio. *Cirugía y Cirujanos* 2005;73(3):223-232.
27. Mesa DS, Ruiz VDV, Fayad MF, Carreno FC, Rodríguez IB, Castano RG, et al. Control del dolor postoperatorio en artroplastia de rodilla: bloqueo del nervio femoral con dosis única frente a bloqueo femoral continuo. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación* 2012;59(4):204-209.

PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DE UN PLAN DE ACTUACIÓN FRENTE A UNA CATÁSTROFE HOSPITALARIA

PROCEDURE FOR THE ELABORATION OF AN ACTION PLAN AGAINST A HOSPITAL CATASTROPHE

ANA MARÍA RODRÍGUEZ ESTEPA. DIPLOMADA EN ENFERMERÍA

RESUMEN: Ante las situaciones de catástrofes, ya sean a nivel hospitalario o extrahospitalario, la organización y coordinación de recursos humanos y materiales se convierte en un pilar esencial para conseguir reducir sus consecuencias. En el siguiente artículo se presenta un esquema donde se podrán identificar aquellas etapas imprescindibles para elaborar un plan de actuación adecuado para la atención de múltiples víctimas en un medio hospitalario.

PALABRAS CLAVE: catástrofe hospitalaria, plan de actuación, atención a múltiples víctimas

ABSTRACT: In the face of catastrophe situations, whether at the hospital or extrahospital level, the organization and coordination of human and material resources becomes an essential pillar to reduce their consequences. The following article presents a scheme where you can identify those essential stages to develop an action plan suitable for the care of multiple victims in a hospital environment.

KEY WORDS: hospital catastrophe, action plan, care for multiple victims

INTRODUCCIÓN

La catástrofe es un problema que causa un gran número de víctimas en un corto espacio de tiempo, lo que supone la necesidad de una correcta organización de los servicios para conseguir una respuesta rápida y eficaz, reduciendo así, en la medida de lo posible, el mayor número de víctimas y daños materiales.

Existen diferentes tipos de catástrofes, obedeciendo a su causa o a sus consecuencias. Actualmente, adquieren mayor frecuencia aquellas producidas por causas naturales y por la mano del hombre. Con todo ello, se mantiene una actitud profesional enfocada a la prevención de dichos eventos, mediante la correcta elaboración de planes de emergencias preparados para su puesta en marcha de forma inmediata si fuese necesario.

OBJETIVOS

- Conocer los procedimientos necesarios para la elaboración de un plan de emergencias y su puesta en marcha.
- Destacar los componentes esenciales para una correcta organización sanitaria en caso de catástrofe.

METODOLOGÍA

El siguiente trabajo se ha elaborado llevando a cabo una revisión bibliográfica y lectura analítica de manuales y estudios enfocados hacia la elaboración de un correcto plan de actuación ante una catástrofe hospitalaria, indicados mediante la bibliografía correspondiente.

ORGANIZACIÓN SANITARIA

Cuando nos encontramos ante cualquier tipo de situación en la que exista una desproporción entre las necesidades de atención y los recursos de lo que se dispongan (es el caso de las catástrofes y los accidentes de múltiples víctimas),

será clave la adecuada organización sanitaria, tanto a nivel de recursos humanos como materiales.

PLANIFICACIÓN PREVIA

Deberemos conocer todos los recursos de los que disponemos y saber distribuirlos y organizarlos para satisfacer el mayor número de necesidades que se establezcan, logrando así, un tratamiento eficaz del mayor número de víctimas que puedan encontrarse.

PREVISIÓN DE RECURSOS

Se deberá llevar a cabo un estudio de los diferentes recursos disponibles, materiales y de personal cualificado. Además, se deberá contar con equipos de emergencias que puedan realizar una intervención rápida en el lugar de la catástrofe. En base a este estudio, cada hospital deberá elaborar un catálogo de recursos disponibles permanentes, para situaciones especiales y aquellos que puedan ser movilizados en caso de catástrofe o accidente de múltiples víctimas.

RESPUESTA POSIBLE

Teniendo en cuenta el catálogo de servicios disponibles se establecerá un tiempo de respuesta determinado que deberá garantizarse los 365 días del año 24 horas al día. Coordinando a su vez los recursos externos necesarios en caso de ser requeridos por la magnitud del problema.

RECURSOS HUMANOS

El hospital deberá mantener a sus profesionales en constante formación y cualificación, dándoles a conocer el plan de emergencias elaborado y permitiendo que se familiaricen con los procedimientos específicos de cada situación, mediante la realización de diferentes simulacros periódicos y formación continua. A su vez, deberá contar con equipos de profesionales cualificados en el ámbito de las

emergencias, que en caso de catástrofe serán los encargados de coordinar la asistencia y la estabilización y traslado de los pacientes afectados.

· **RECURSOS MATERIALES**

El hospital deberá contar no sólo con material para la asistencia de heridos, sino también con todo lo necesario para establecer un correcto traslado y evacuación de las víctimas, mediante recursos móviles

· **MANDO Y COORDINACIÓN**

En toda actuación en la que se requiera la intervención de más de una persona, será necesario elaborar una cadena de mando que deberá ser conocida y respetada por todos los profesionales y recursos humanos que presten servicio en dicha situación. Esta cadena de mando, deberá quedar correctamente identificada en los planes de emergencias de cada hospital. Del mismo modo, los responsables de cada grupo de actuación, deberán estar en constante coordinación tanto con los propios servicios hospitalarios, así como aquellos servicios externos de los que se requiera su colaboración, como es el caso de autoridades locales, servicios de bomberos o militares.

ELABORACIÓN DEL PLAN DE EMERGENCIAS

- **COMPONENTES ESENCIALES**

- Triage eficiente
- Sistema eficaz de aviso y asignación de personal
- Cadena de mando
- Entrenamiento del personal
- Coordinación con autoridades civiles y militares locales

- **FASES**

En general las emergencias se desarrollan mediante cuatro fases, que se describen a continuación:

PREIMPLANTACIÓN DEL PLAN

Se trata de una primera puesta en contacto con la situación, en la que nos encontraremos con una desproporción entre necesidades y recursos que harán necesaria la actuación rápida y eficaz de los equipos con lo que cuente el hospital. En esta primera actuación se deberá adquirir una mayor información sobre la repercusión de la catástrofe, para conseguir una correcta organización del resto de recursos.

En todos los hospitales se deberá establecer una COMITÉ DE CATÁSTROFES la cual se encargará de coordinar la ejecución de las medidas reflejadas en el plan de actuación.

COMPOSICIÓN DEL COMITÉ DE CATÁSTROFES

- DIRECTOR GERENTE, o en su ausencia, el Director Médico. El puesto será el responsable de la coordinación del Comité. En caso de ausencia de ambos, la responsabilidad recaerá sobre el Coordinador de Urgencias.
- COORDINADOR DE URGENCIAS, o en su ausencia el

jefe del Hospital o de la guardia. El Coordinador de Urgencias ostentará la responsabilidad del área específica de urgencias.

- DIRECTOR DE ENFERMERÍA, o en su ausencia, el supervisor de la guardia.
- JEFE DE CELADORES, o en su ausencia, el supervisor del turno.
- JEFE DEL SERVICIO TÉCNICO, o en su ausencia, el responsable de mantenimiento del turno.

MAPA DE RIESGOS

Si nos centramos en el caso específico de las catástrofes debidas a incendios, debemos tener en cuenta, que este tipo de situaciones representan el mayor número de siniestros producidos en el ámbito hospitalario. Considerando, a su vez, su mayor gravedad y necesidad de rapidez en cuanto a la adopción de medidas de actuación.

La elaboración de un MAPA DE RIESGOS permitirá establecer el tipo de comportamiento necesario ante este tipo de catástrofes.

En primer lugar, la COMISIÓN DE CATÁSTROFES deberá analizar la localización del Hospital con respecto al entorno en el que se encuentra. Teniendo en cuenta no sólo su ubicación, sino también sus accesos, sus límites con respecto a otros edificios y sus posibles comunicaciones.

La COMISIÓN DE CATÁSTROFES deberá evaluar las distintas áreas e instalaciones del Hospital, estableciendo a cada zona un nivel de riesgo determinado, para el cual se establecerá una actuación específica en el Plan de Emergencias pertinente. El número de ocupantes del centro, a nivel de personal y distintos turnos, así como el índice de ocupación de cada área, también deberá ser calculado y tenido en consideración para su planificación concreta.

MEDIOS DE PROTECCIÓN

Se realizarán PLANOS DE SITUACIÓN en lo que se deberán indicar no sólo las áreas específicas del Hospital con su correspondiente clasificación por niveles de riesgo, sino también aquellas instalaciones y medidas de protección localizadas en el edificio.

Se deberá disponer de un inventario de todos los medios de protección de los que puedan hacer uso no sólo los profesionales de centro, sino también los sistemas de apoyo que se precisen.

IMPLANTACIÓN DEL PLAN

Una vez recibida la comunicación del siniestro el COMITÉ DE CATÁSTROFES se deberá reunir en un lugar determinado, que pasará a denominarse PUESTO DE MANDO. Desde este único punto se llevará a cabo la organización y puesta en marcha de todas las actuaciones necesarias para la resolución de la situación de emergencia. A su vez, deberá generarse toda la información referente al suceso. El emplazamiento del puesto de mando, deberá estar reflejado en el Plan de emergencias del centro. Debiendo tener

en cuenta el establecimiento de comunicaciones y coordinación necesaria desde tal punto. El área de dirección del centro, suele ser el lugar más adecuado para este emplazamiento.

Se establecerá un CENTRO OPERATIVO, en constante coordinación con el PUESTO DE MANDO, que suele localizarse en el área de urgencias.

El área de urgencias en la que se establece el Centro Operativo, deberá sectorizarse para llevar a cabo los distintos niveles de atención que se requieran. Las diferentes zonas que deberán limitarse serán:

- ZONA DE RECEPCIÓN Y CLASIFICACIÓN

Se llevará a cabo la identificación y triage de las víctimas.

- ZONA DE SOPORTE VITAL

Se tratarán a aquellas víctimas clasificadas con riesgo inminente y máxima prioridad de atención.

- ZONA DE TRATAMIENTO URGENTE

Se tratará a aquellos pacientes con lesiones de prioridad intermedia que requieran tratamiento demorable.

- ZONA DE TRATAMIENTO NO URGENTE

Para el tratamiento de lesiones leves que no comprometen la vida del paciente.

- ESCASA REVERSIBILIDAD

Se creará en caso de que los recursos disponibles puedan permitir la atención a víctimas con mal pronóstico y escasas posibilidades de recuperación.

- IRREVERSIBLES Y FALLECIDOS

Para aquellos pacientes que presentasen lesiones incompatibles con la vida y fallecidos.

Además del Puesto de Mando y Centro Operativo, se deberá localizar una zona de ALMACÉN, donde se puedan controlar todos los recursos materiales de los que se dispongan, para uso exclusivo de este tipo de situaciones.

DESARROLLO DEL PLAN

Una vez implantados los distintos puestos de actuación ante la emergencia, se deberá llevar a cabo con la mayor rapidez y eficacia, la clasificación y evacuación de las víctimas de la catástrofe.

CLASIFICACIÓN DE LAS VÍCTIMAS. TRIAGE

Definimos el concepto de TRIAGE como: "Proceso de categorización de lesionados basado en la urgencia de sus lesiones y la posibilidad de supervivencia". En condiciones normales, los pacientes serían clasificados en función de su gravedad, en el caso de la catástrofe tendremos que priorizar a aquellos pacientes graves pero que puedan

llegar a sobrevivir utilizando una actuación rápida mediante los recursos de los que se disponga.

El triage se establecerá ante situaciones de desproporción entre necesidad de asistencia y recursos disponibles por lo que el objetivo principal será que los equipos que lleven a cabo la atención a las víctimas el nivel de las lesiones y las prioridades de tratamiento y evacuación. Al tratarse de un proceso específico, deberán existir profesionales que estén cualificados en su manejo, para así garantizar su correcto procedimiento.

Existen unos principios básicos para realizar el Triage:

- Debe ser individualizado
- Evitar evacuaciones indiscriminadas
- Nunca retener a una víctima para realizar un tratamiento más completo
- Nunca evacuar en sentido retrógrado
- Se llevará a cabo en cada punto de la cadena asistencial
- El triage se realizará teniendo en cuenta el número de víctimas, de la distancia a los centros asistenciales, los medios de transporte y de la capacidad asistencial.
- Ha de ser rápido, nunca se retendrá una víctima ya clasificada y estabilizada demorando su evacuación.
- Ninguna víctima debe evacuarse antes de ser clasificada, con las excepciones de oscuridad, condiciones meteorológicas adversas, o existencia de riesgo potencial importante.

El tipo de clasificación más utilizado en la zona de impacto es el denominado Triage Tetrapolar, en el que se establece un sistema de cuatro colores para el establecimiento de la prioridad de atención a cada paciente.

- ROJOS: Máxima prioridad. Su atención y evacuación no pueden demorarse.
- AMARILLOS: Graves. Prioridad media que podría demorarse un máximo de 3 horas.
- VERDES: Leves. No precisan atención inmediata, puede demorarse sin riesgo vital.
- NEGROS: Pacientes fallecidos o irrecuperables.

EVACUACIÓN Y TRASLADO

Una vez llevado a cabo el Triage correspondiente, será necesario el establecimiento de las diferentes vías de acceso y evacuación hacia el área de la catástrofe, tanto para las unidades asistenciales como para las no asistenciales. Así como el lugar de instalación de las unidades de reserva destinadas a llevar a cabo acciones de apoyo en caso de ser requeridas por la magnitud de la emergencia.

Los responsables de la evacuación de víctimas serán

designados por el Comité de Catástrofes, y deberán estar correctamente identificados y cualificados para ello.

Para una correcta evacuación deberán seguirse las siguientes normas:

- Mantener la calma
- Eliminar obstáculos de las vías de evacuación
- No volver a entrar en el área después de ser evacuada
- Promover la ayuda mutua
- Mantener el orden en las áreas de seguridad
- Cerrar puertas y ventanas
- Desconectar enchufes
- Mantener libre las líneas telefónicas

En el exterior del hospital será necesario establecer una ruta de acceso consensuada con los responsables de tráfico. Sólo se deberán trasladar hasta el lugar de la catástrofe aquellas unidades que sean necesarias. Una vez determinado que se cuenta con las suficientes unidades, se detendrá su entrada al centro.

El responsable de la evacuación deberá solicitar las unidades a la central para el traslado de heridos cuando el responsable del Centro Operativo lo crea oportuno.

VUELTA A LA NORMALIDAD

Una vez llevada a cabo la evacuación y traslado de las víctimas, puede ser necesario mantener una unidad preventiva. Se realizará el retorno de los recursos extraordinarios que se han utilizado, así como la vuelta al funcionamiento normal de los operativos que se encuentran en cada área hospitalaria. Teniendo en cuenta, a su vez, la necesidad de relevos entre el personal del centro y la reposición del material empleado, Consiguiendo finalizar el procedimiento, reestableciendo los recursos.

CONCLUSIÓN

A nivel hospitalario se pueden dar diferentes tipos de catástrofes en cualquier momento. Situaciones que deben poder ser tratadas de forma rápida y eficaz. De ahí la enorme importancia que recae sobre la organización y coordinación de los distintos sistemas que ponen en marcha un Plan de Emergencias para hacer frente a esta situación.

La formación y cualificación de los profesionales implicados, jugará un papel primordial en la atención a las catástrofes. Siendo imprescindible la implicación de las Unidades de Gestión del Hospital que mantengan la organización y constante actualización de este personal.

BIBLIOGRAFÍA

- María Aránzazu Menchaca Anduaga, Ángel Huerta Arroyo, José Carlos Cerdeira Varela et al. Manual de procedimientos de enfermería SUMMA 112. Disponible en: www.madrid.org.
- Carlos Álvarez Leiva. Manual de Atención a Múltiples Víctimas y Catástrofes. Editorial ARÁN. 3ª Edición Madrid 2008.
- Máximo A. González Jurado, Pilar Fernández Fernández, Rosa M.ª Suarez Bustamante. Actuación de Enfermería en Urgencias y Emergencias. Editorial ARÁN. 2010.
- Márquez Bravo, Adolfo. López Martín, Almudena. Álvarez Fernández, Jesús Andrés. Guía para la elaboración de planes de catástrofes en hospitales. Instituto Nacional de Salud.

PRÓTESIS DE RODILLA

MANUEL OLVERA MARTÍNEZ. D.U.E. SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE. SEVILLA.

RESUMEN: La prótesis de rodilla es una de las resoluciones quirúrgicas para pacientes que presentan una gonartrosis avanzada de rodilla. Es importante destacar la labor de enfermería en este tipo de procesos, desde el ingreso del paciente de forma programada para la intervención quirúrgica, así como los cuidados pre y postquirúrgicos, generando de forma personalizada diagnósticos y cuidados de enfermería que se reciclarán y actualizarán adecuándolos a la situación del paciente, los cuales y de forma genérica veremos mas adelante. La educación sanitaria que realiza la enfermería durante todo el proceso es esencial para el paciente y familiares, no solo mediante las instrucciones pre o postquirúrgicas, sino mediante una serie recomendaciones e instrucciones, movilización precoz tras la intervención, valoración y control del dolor, deambulación y posteriormente el iccae tras el alta hospitalaria.

PALABRAS CLAVE: Prótesis, Osteoporosis, rodilla, quirúrgica.

INTRODUCCIÓN

La artrosis es una enfermedad que afecta a miles de españoles, y es sin duda, el factor más determinante en paciente que precisan finalmente una prótesis de rodilla

La enfermedad suele aparecer entre los 50 y 60 años de forma progresiva, donde la opción quirúrgica se desestima como último recurso, siendo previamente tratada farmacológicamente mediante antiinflamatorios no esteroideos así como infiltraciones esteroideas.

Siendo una dolencia progresiva, merma paulatinamente la calidad de vida del paciente, provocando dolor y deterioro de la movilidad, en casos avanzados por tanto la artroplastia de rodilla se presenta una de las opciones más acertadas en este aspecto.

Es entonces la artroplastia de rodilla la resolución quirúrgica para pacientes con una gonartrosis avanzada, mayoritariamente total, y en menor medida unicompartmental. (Figuras 1-5)

En condiciones normales la artrosis de rodilla transcurre en su conjunto por igual, de ahí la colocación de una prótesis total de rodilla, que consta de una zona protésica que abarca los dos cóndilos femorales, y otra en la zona de la meseta tibial, solo en condiciones en el que se presenta un varo o valgo pronunciado, existe un desgaste desigual entre el cóndilo femoral externo e interno, optando en este sentido por una prótesis unicompartmental.

La composición de la prótesis suele ser variada: aleaciones de cobalto y cromo, titanio, acero inoxidable, etc.

La pieza que sustituirá a los meniscos será de polietileno, cuya densidad la hace duradera y resistente al desgaste.

A continuación se describe paso por paso, y desde el punto de vista de enfermería, los distintos diagnósticos que se le asignan a un paciente con prótesis de rodilla, desde su ingreso hasta el alta hospitalaria.

Ingreso del paciente, preoperatorio

El paciente es puesto en lista de espera, e ingresa de forma programada el día de la intervención, se realiza una valoración prequirúrgica donde se pregunta posibles alergias, enfermedades de interés, medicación domiciliaria, se aplica protocolo de lateralidad donde se pregunta al paciente miembro a intervenir y se corrobora con la lateralidad en hoja preanestésica y hoja de demanda quirúrgica realizada por traumatólogo especialista. A continuación os describo los diagnósticos mas frecuentes en un paciente que ingresa para una intervención de prótesis de rodilla, luego se añadirán diagnósticos mas personalizados en función de las patologías previas, y situación específica del mismo:

***Déficit autocuidado: alimentación R/c Deterioro de la movilidad.**

***Déficit autocuidado: Uso del orinal WC R/c Deterioro de la movilidad.**

***Déficit autocuidado: vestido acicalamiento R/C deterioro de la movilidad.**

***Déficit autocuidado baño/higiene R/c deterioro de la movilidad.**

***Riesgo (moderado) de deterioro de la integridad cutánea R/c alteración e la movilidad.**

Como se puede observar en estos cinco primeros diagnósticos el deterioro de la movilidad en estos pacientes es importante .

Por tanto proteger zonas de riesgo es vital, como sacro y especialmente los talones tras la intervención, ya que habitualmente para control del dolor estos pacientes traerán de quirófano una catéter epidural, que merma la sensibilidad y hace posible la aparición de lesiones en talones.

***Riesgo de caída R/c deterioro de la movilidad.**

***Riesgo de estreñimiento R/c deterioro de la movilidad.**

***Riesgo de infección R/c presencia de catéter de venoclisis.**

Se canaliza vía venosa periférica con catéter nº18 como norma general, aunque en ocasiones se indica un calibre mayor tras la valoración de anestesia, y se administra suero terapia prescrita.

***Riesgo de lesión R/c proceso fisiopatológico.**

***Dolor R/c proceso fisiopatológico.**

Catalogada como una de las intervenciones más dolorosas, habitualmente este tipo de pacientes tras la intervención presenta una bomba de perfusión continua con ropivacaina mediante un catéter epidural, o en ocasiones un catéter femoral o perfusión de cl. Mórfoico intravenoso, según la valoración del anestesta.

Además añadiremos los siguientes diagnósticos :

***Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos diagnósticos/terapéuticos**

***Riesgo de lesión R/c procedimiento quirúrgico.**

***Temor R/c intervención quirúrgica.**

Postoperatorio

Tras la intervención y la estancia posterior en la unidad de recuperación postanestésica (URPA), el paciente regresa a planta. Se realiza a su llegada una valoración quirúrgica, tomando constantes vitales, estado del apósito, dolor y observando la presencia o no de: catéter urinario, drenaje quirúrgico aspirativo (concertina o de alto vacío), catéter epidural, vía central, bomba de perfusión de analgesia intravenosa (iv) o epidural.

Importante en este momento la movilización precoz de la articulación intervenida, explicando a pacientes y familiares los ejercicios de flexo-extensión a realizar para evitar adherencias.

A su regreso le asignaremos los siguientes diagnósticos:

***Déficit de autocuidado baño/higiene R/c deterioro de la movilidad.**

***Déficit de autocuidado : Uso del orinal W/C R/c deterioro de la movilidad.**

***Riesgo (moderado) de deterioro de la integridad cutánea R/c alteración de la movilidad.**

Se mantiene talones en descarga para evitar sufrimiento tisular y úlceras por presión

***Deterioro de la eliminación urinaria R/c Efecto anestesia.**

***Deterioro de la integridad tisular R/c Procedimiento quirúrgico.**

La primera cura se realiza a las 48 horas, a menos que de forma accidental se desprenda el apósito. Normalmente utilizan sutura tipo agrafes, y se realiza cura de herida plana, limpieza desde el interior con suero fisiológico hacia el exterior, y aplicando con la misma técnica, solución antiséptica de povidona yodada, colocando por último apósito oclusivo.

***Deterioro de la integridad tisular R/c Drenaje quirúrgico.**

La retirada del drenaje coincide con la primera cura, es decir a las 48 horas de la intervención, colocando posteriormente apósito compresivo en zona.

***Deterioro de la movilidad física R/c deterioro músculo-esquelético.**

***Deterioro del patrón del sueño R/c Factores ambientales.**

***Dolor R/c Proceso quirúrgico.**

***Nauseas R/c efectos de la anestesia.**

Se inicia tolerancia oral con líquidos tras 4 horas de la intervención si la anestesia es vía epidural y de 6 horas si esta es general.

***Protección inefectiva R/c procedimiento quirúrgico.**

***Riesgo de infección R/c procedimientos invasivos diagnósticos/terapéuticos.**

***Riesgo de infección R/c cateterismo vesical.**

En caso de que tenga bomba de perfusión de analgesia iv, la sonda vesical se retira a las 24 horas de la intervención, mientras que si la perfusión es vía epidural, el sondaje permanece hasta la retirada del catéter epidural, siendo en condiciones normales a las 48 horas.

***Riesgo de lesión R/c Procedimiento quirúrgico.**

***Temor R/c intervención quirúrgica.**

Cabe destacar que en muchas ocasiones, la pérdida hemática de los paciente intervenidos es considerable, y que mediante analíticas periódicas, se tiene un control del mismo, decidiendo en algunos casos en los que la hemoglobina esta por debajo de 80 mg/dl, la transfusión de uno o varios concentrados de hematíes, teniendo en cuenta la edad del paciente y si presenta sintomatología o inestabilidad hemodinámica. Si el valor de la hemoglobina se sitúa entre 80-110mg/dl se procede al tratamiento con hierro iv, con una posología de 200mg de sulfato ferroso intravenoso cada 48 horas.

Transcurridas 48 horas desde la intervención, se realiza cura de herida quirúrgica, se retira drenaje y sonda vesical en caso de aun tenerla, y se retira catéter epidural, en esto último especial cuidado a la hora de su retirada teniendo en cuenta la administración de la heparina de bajo peso molecular, dejando unas 8 horas de separación entre ambas para prevenir el riesgo de hematoma epidural.

Durante la tarde se realiza la sedestación al sillón del paciente y posteriormente la deambulación con ayuda de un andador.

A las 72 horas salvo complicaciones, se procede al alta hospitalaria.

Recomendaciones al alta de enfermería

- Mantener la pierna elevada siempre que sea posible, para

evitar la edematización del miembro intervenido, aun así la pierna intervenida suele estar más hinchada que la contralateral durante las primeras semanas.

- Aplicar hielo en la zona intervenida 2 o 3 veces al día con sesiones de 20 minutos cada una, para disminuir el proceso inflamatorio.
- Movilizar activamente en tobillo y dedos de la pierna intervenida..
- Realizar los ejercicios que su médico le ha explicado (flexión/extensión de la rodilla cuando esté sentado/a, elevación de la pierna en extensión y apretar la corva contra la cama cuando esté acostado/a.)
- Vigilar la coloración y sensibilidad de la extremidad y sus dedos.
- Caminar con ayuda del andador, con la mayor normalidad.
- Retirar alfombras o mobiliario que pueda provocarle una caída. Cuidado con el suelo mojado.
- Use calzado cómodo y cerrado que le sujete el pie y sin tacón.
- Tomar la medicación prescrita en su informe de alta. Es importante que consulte con su médico de cabecera.
- Dieta rica en hierro para recuperarse de la anemia y rica en fibra acompañada de abundante líquido para evitar el estreñimiento.
- Realizar cura a las 48/72 horas por personal sanitario y seguir según evolución y criterio de Atención Primaria. Si no pudiera ser así, realizar lavado de la herida (no utilizar agua a presión, sino por arrastre) secar muy bien y a continuación pintar generosamente con solución yodada.

Por último colocar apósito limpio y seco.

- Retirada de los puntos de grapa por enfermería de zona según indicación médica, normalmente se procede a su retirada a partir de los 21 días desde la intervención.
- En caso de fiebre mayor a 38° acudir a urgencias, independientemente de cual se sospeche que sea la causa, para descartar un proceso séptico postquirúrgico.
- Signos y síntomas a comunicar:
 - Palidez en los dedos de la extremidad afectada.
 - Color azulado en los dedos de la extremidad afectada.
 - Disminución de la temperatura en los dedos de la extremidad afectada.
 - Mal relleno capilar, en los dedos de la extremidad afectada. Para ello presione la uña de un dedo, ésta se pondrá blanca para cuando suelte volverá a ponerse de su color normal; si no ocurriera tendría un mal relleno capilar.
 - Falta de sensibilidad en los dedos de la extremidad afectada.
 - Pérdida de fuerza en la extremidad afectada.
 - Ausencia o disminución del pulso en la extremidad afectada.
 - Dolor muy intenso que no cede con analgésicos.
 - Inflamación excesiva de la extremidad.
 - Zona enrojecida, endurecida y dolorosa en la extremidad afectada
 - Secreciones de la herida que manchan el vendaje y que dan mal olor.



Figura 1. Gonartrosis



Figura 2. Rx anteroposterior de prótesis unicompartmental



Figura 3. Rx lateral prótesis unicompartmental



Figura 4. Rx anteroposterior de rodilla



Figura 5. Rx lateral prótesis de rodilla

DISCUSIÓN

La enfermería cobra un papel determinante en la evolución de los paciente intervenidos con prótesis de rodilla desde su ingreso hasta el alta hospitalaria, mediante la valoración continua y la asignación de diagnósticos de enfermería se reducen las complicaciones y riesgos reales y potenciales en este tipo de pacientes, desempeñando este colectivo una labor esencial dentro de un marco multidisciplinar.

BIBLIOGRAFÍA

<https://www.operarme.es/noticia/411/cuanto-dura-la-operacion-de-protesis-de-rodilla/>

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/17677/1/TFG-H412.pdf>https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/cuidados_enfermeria/protesis_rodilla.pdf

<http://www.traumazamora.org/infopaciente/ptrinfo.html>



Tener un coche y no tener preocupaciones

AutoRenting de Banco Sabadell significa tener el coche que quieres y no tener preocupaciones, como mantenimiento, impuestos, revisiones, y, además, con vehículo de sustitución y seguro a todo riesgo para todo tipo de conductores.

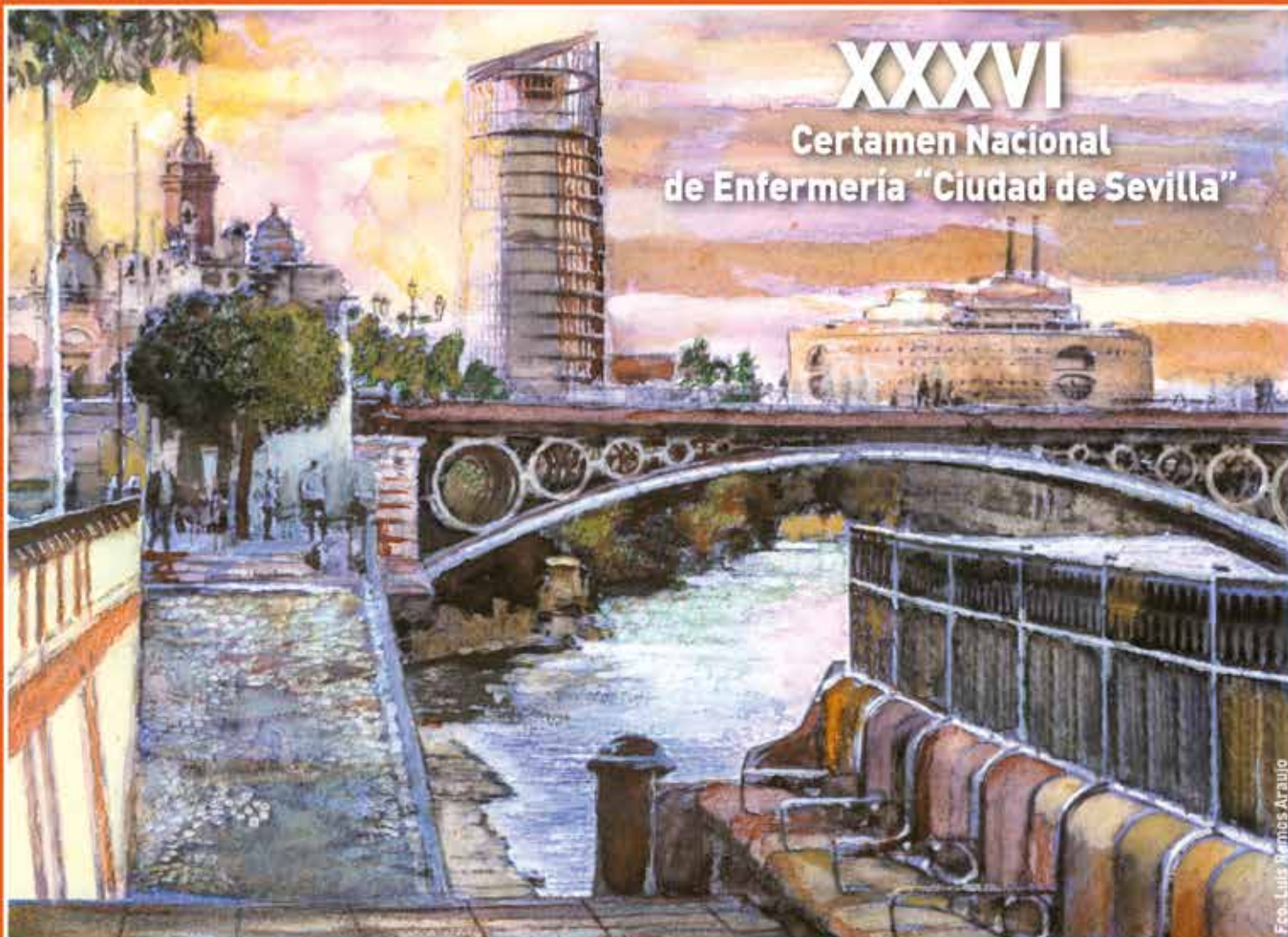
Porque todas estas ventajas están incluidas en **una sola cuota mensual**.

Dispones también de una amplia gama de coches eléctricos en condiciones especiales.

Infórmate sobre todos los vehículos disponibles y otras opciones accediendo a bancosabadell.com/renting o llamando al 900 100 677.

La otra forma de tener

B Sabadell
Renting



PREMIOS: PRIMERO: 4.140 € SEGUNDO: 2.070 € TERCERO: 1.380 € Accésit ENFERMERÍA JOVEN: 1.150 €

Los premios se concederán al autor o autores que mejor contribución aporten a la investigación y trabajos científicos de Enfermería y cumplan las siguientes

BASES

- DENOMINACIÓN:** Título: "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla"
- OBJETO:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, inéditos y que, con anterioridad, no se hubiesen presentado a ningún otro Premio o Certamen de esta misma naturaleza, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo. No serán objeto de estos premios los trabajos subvencionados por otras entidades científicas o comerciales, ni las tesis doctorales presentadas a tal fin. El Certamen se amplía con un Accésit denominado "Enfermería Joven" y dotado con 1.150 €. Se otorgará al estudio monográfico o trabajo de investigación inédito de los presentados al Certamen por profesionales de enfermería colegiados que hubiesen terminado los estudios universitarios hasta cuatro años anteriores a la presente convocatoria, debiendo presentar documento que acredite el año de finalización de los estudios de enfermería. Un mismo trabajo no se podrá presentar, conjuntamente, a los Premios y al accésit. Cualquier colegiado que cumpla los requisitos indicados en el párrafo anterior, podrá optar por alguna de las dos modalidades. En el caso de presentarse para el "Accésit Enfermería Joven", habrá de hacer constar expresamente en el sobre cerrado el lema: "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla. Accésit Enfermería Joven". Con el fin de cumplimentar el objeto de los premios del Certamen Nacional de Enfermería "Ciudad de Sevilla", el autor o primer firmante de cada trabajo deberá presentar en la documentación establecida en el punto 9 de estas bases, una declaración jurada de que el trabajo es inédito y no ha sido anteriormente presentado en ningún evento o publicado en cualquier otro medio. Del mismo modo, no tendrán la consideración de trabajos inéditos actuaciones consistentes en pequeñas variantes o modificaciones sobre el título o el contenido de cualquier trabajo anterior conocido o publicado por el mismo autor.
- DOTACIÓN:** La dotación económica será de **4.140 €** para el trabajo premiado en primer lugar; **2.070 €** para el premiado en segundo lugar y **1.380 €** para el premiado en tercer lugar y **Accésit Enfermería Joven 1.150 €**.
- PRESENTACIÓN:** Los trabajos que opten a este Certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada Convocatoria anual marque, no tendrán limitación de espacio y acompañarán Bibliografía. Se presentarán por triplicado, en tamaño D.I.N. A-4, mecanografiados a doble espacio por una sola cara y encuadrados. Incluirán en separata un resumen de los mismos, no superior a dos páginas; así mismo, también se incluirá un pen drive que contenga el texto del trabajo.
- CONCURSANTES:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de Graduado o Diplomado en Enfermería que se encuentren colegiados.
- JURADO:** Será Presidente del Jurado el del Colegio de Enfermería de Sevilla o persona en quien delegue. Serán vocales, cada uno de los cuales pertenecerán: uno al Colegio de Sevilla, uno a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y cuatro a la Facultad de Enfermería o sus unidades docentes y centros adscritos. Todos los miembros del Jurado serán Graduados o Diplomados en Enfermería. Actuará como Secretario, el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El Jurado será nombrado anualmente.
- INCIDENCIAS:** El hecho de participar en este Certamen supone la aceptación de las Bases.
- DECISIÓN DEL JURADO:** Los concursantes, por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial contra el fallo del Jurado, que será inapelable. Los premios no podrán quedar desiertos ni ser compartidos entre dos o más trabajos.
- DOCUMENTACIÓN:** Los trabajos serán remitidos por correo certificado con acuse de recibo o cualquier otra empresa de cartería, al Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla, Avda. Ramón y Cajal, 20-Acc. 141.005 Sevilla, en sobre cerrado con la indicación "XXXVI CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA CIUDAD DE SEVILLA". No llevarán remite ni ningún otro dato de identificación. Las personas que residen en la provincia de Sevilla podrán depositar el trabajo, si lo prefieren, personalmente en la Sede colegial. En su interior incluirá: El trabajo conforme se indica en el punto 4º de estas bases, firmado con seudónimo; sobre cerrado, identificado con el mismo seudónimo incluyendo nombres, y dirección completa de autor o autores, teléfono de contacto del 1º firmante, certificado de colegiación reciente y curriculum vitae de la totalidad del equipo si lo hubiere. Los trabajos presentados omitirán obligatoriamente referencias a localidad, centro o cualquier apartado, que pudiera inducir a los miembros del jurado a la identificación, antes de la apertura de las plicas, de la procedencia o autores de los mismos.
- PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:** Los trabajos que se presenten en el certamen quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo, habrá de hacerse mención a su autor. Los autores premiados solicitarán autorización por escrito a este Colegio para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que ha sido premiado en el "XXXVI Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- TITULAR DEL PREMIO:** Será Titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante del trabajo.
- Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el 31 de octubre de 2020.** Los premios serán comunicados a sus autores o primer firmante por el Secretario del jurado, mediante correo certificado. **El fallo del jurado se hará público el día 16 de diciembre de 2020.**

Patrocinan



Sabadell



PREMIADOS 2019

1º Premio: Hiraya Maqueda Cayetano (Sevilla)
2º Premio: Encarnación Bella Ramírez López (Sevilla)
3º Premio: Ana Cantero Izquierdo (Jaén)
Accésit Enfermería Joven: María García Rodríguez (Sevilla)