Revista Científica

# HYGIA de ENFERMERIA

Nº 59, Año XVII 1º Cuatrimestre de 2005

Colegio de Enfermería de Sevilla

## Plan de Cuidados Estandarizados para pacientes sometidas a Histerectomía

## Estudio en Adolescentes sobre hábitos tóxicos

## Factores de riesgo de la Arteriopatía Coronaria. Prevención

# SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

## TU COLEGIO TE PROTEGE CON 300 MILLONES DE PESETAS

¡No te olvides!

tu seguridad, ante todo

ORGANIZACIÓN
COLEGIAL DE ENFERMERÍA

SEVILLA

# Taxonomía N N N ¿Por qué usarla?

NANDA
(North American Nursing Diagnosis Association)

NOC
(Nursing Outcomes Clasification)

NIC
(Nursing Interventions Classification)

Últimamente parece que se han puesto de moda los términos NANDA, NIC y NOC que han venido a sustituir palabras que las enfermeras españolas vienen utilizando desde el comienzo de su carrera profesional como son: diagnóstico enfermero, objetivos y actividades. Quizás al igual que ocurre con el término taxonomía (en sustitución de clasificación), las N. N. N. implican conceptos más amplios y globales, rodeados de matices que les confieren ciertas diferencias.

Los diagnósticos enfermeros (taxonomía NANDA) son conocidos por la mayoría, aunque no utilizados lo suficiente en la práctica diaria. Hay que tener en cuenta, que la mayoría de las enfermeras asistenciales han tenido contacto con estos proyectos muy recientemente y están haciendo un gran esfuerzo por formarse muchas veces de forma autodidacta y de integrar y globalizar conceptos. Si a esto le añadimos nuevas taxonomías para denominar intervenciones enfermeras (NIC o CIE) y criterios de resultado esperados (NOC o CRE), su utilización se ve dificultada. Por otra parte hay que reconocer que estos instrumentos por su origen anglosajón presentan dificultades de adaptación cultural a nuestro medio y problemas de traducción, que dificultan su plena utilización en la práctica diaria.

Sin embargo todos somos conscientes de que para satisfacer las necesidades de salud de la población debemos prestar cuidados con la mayor calidad y ello exige utilizar una metodología enfermera sistemática y el uso de una terminología propia que la facilite.

Por tanto se debe normalizar la nomenclatura, estandarizando el lenguaje profesional para facilitar una comunicación rápida y universal entre enfermeros, con otros profesionales y también con los ciudadanos. En definitiva, se trata de potenciar un lenguaje común dentro del campo de los cuidados. El uso de las taxonomías hace "visible" la Enfermería, al dejar constancia de nuestra práctica profesional, de acuerdo a un método científico y riguroso.

El Diagnóstico Enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente procesos vitales / problemas de salud reales o potenciales. Proporcionan la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los resultados que son responsabilidad de la enfermera.

Formular diagnósticos enfermeros requiere análisis, síntesis y exactitud al interpretar y dar un sentido a los complejos datos clínicos. Este proceso de pensamiento crítico que se desarrolla de forma invisible, nos permite tomar decisiones.

Para que este proceso complejo pueda ser interpretado por otras enfermeras y otros profesionales, debe darle nombre. Así, el uso de un lenguaje diagnóstico estandarizado (taxonomía NANDA) para documentar el pensamiento enfermero es una forma efectiva de lograr el entendimiento interdisciplinar.

Los Criterios de Resultado son los cambios favorables o adversos en el estado de salud real o potencial de personas, familias o comunidades, que pueden atribuirse a los ciudados enfermeros.

Son instrumentos para medir resultados intermedios y finales de las intervenciones enfermeras, a partir de unas escalas de Lickert que mide el estado en que se encuentra el paciente, cuidador o familia, respecto a un resultado esperado.

Entre las razones para el desarrollo de esta taxonomía destaca el poder permitir evaluar y cuantificar el estado del paciente, familia o comunidad respecto a un resultado concreto, y de esa forma se mejora el rendimiento enfermero (efectividad / eficiencia), se aumenta el conocimiento enfermero y se aportan datos para planificar los recursos.

Es de todos, el proyecto más reciente y por tanto puede presentar dificultades para su desarrollo en la práctica diaria, aunque ya existen en nuestro medio, experiencias para solucionar estas dificultades, presentando un futuro esperanzador pues integra un gran número de respuestas humanas sensibles a la intervención enfermera.

Se denomina Intervención Enfermera a todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza una enfermera para favorecer el resultado esperado del paciente.

Es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realiza los profesionales de enfermería. No es un simple listado de actividades, sino que ésta clasificación tiene una relación ordenada que facilita su uso y hace posible la integración y relación con la clasificación diagnóstica y con la de criterios de resultado.

Cada intervención está integrada por diferentes actividades, gracias a las cuales, nuestros cuidados pueden individualizarse.

La NIC sería el vademécum de cuidados enfermeros que nos podría representar como Profesión y en un futuro cercano podría servir como criterio para las acreditaciones profesionales.

Entre las razones para su desarrollo destacan la posibilidad de normalizar la nomenclatura, facilitando el registro informatizado de los cuidados, la determinación de los costes y la planificación de los recursos para la

**EDITA**
Ilte. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla

**DIRECTOR**
José María Rueda Segura

**SUBDIRECTOR**
Francisco Baena Martín

**DIRECCIÓN TÉCNICA**
Miguel Angel Alcántara González

**CONSEJO DE REDACCIÓN**
Comisión Ejecutiva

**TIRADA**
9.000 ejemplares

**ISSN**
1.576-3056

**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
Telf.: 954 93 38 00/Fax: 954 93 38 03
Página Web:
www.enfermundi.com/sevilla
Correo Electrónico:
coleg41@enfermundi.com

**MAQUETACIÓN, FOTOMECÁNICA E IMPRESIÓN**
Tecnographic, S.L.
Telf. 95 435 00 03/Fax 95 443 46 24

# Sumario

HYGIA

Nº 59


3 *Editorial*

5 *Plan de Cuidados Estandarizados para pacientes sometidas a Histerectomía*

15 *Estudio en adolescentes sobre hábitos tóxicos*

19 *Prevención de la Flebitis en la canalización de Vías Endovenosas*

25 *Factores de riesgo de la Arteriopatía Coronaria. Prevención*

32 *Alzheimer en las Residencias Geriátricas de la Zona Básica de Salud de Alcalá de Guadaira*

36 *Estudios con Radiología*

42 *El Auxiliar de Ayuda a Domicilio*

47 *Elaboración de un Plan de Emergencias*

Título: Derrumbe
Autor: Euro 6


*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.*

# Plan de Cuidados Estandarizados para pacientes sometidas a Histerectomía

■ Joaquín Rubio Revuelta
■ José Ángel González Burguillos
Diplomados en Enfermería. 4ª planta Hospital Universitario de Valme. Sevilla

**PALABRAS CLAVE**

Histerectomía.
Plan de Cuidados.
Diagnóstico Enfermero.
Resultados.
Intervenciones.
Actividades.

## RESUMEN

En este trabajo desarrollamos un Plan de Cuidados para pacientes sometidas a histerectomía.
Se estructura en forma de Plan Estandarizado abarcando siete diagnósticos enfermeros más comunes, tanto en la etapa preoperatoria como postoperatoria.
Junto con estos Diagnósticos se identifican los Resultados (objetivos) más importantes a satisfacer, adjuntando los Indicadores que creemos preeminentes para una posterior evaluación, junto con su escala de valoración acreditada.
Posteriormente escogemos las Intervenciones Enfermeras sobre las que queremos trabajar, para en base a los resultados antes referidos, lograr su satisfacción.
El último paso en la confección del Plan sería identificar las Actividades a realizar propias de cada Intervención.
Esta elaboración debería, para mantener una coherencia en su estructura, inspirarse en un modelo teórico enfermero. Pensamos que el modelo de Virginia Henderson es actualmente una de los más aceptados y aporta consistencia al conjunto del Plan.
La Enfermera actúa apoyando psicológicamente en el preoperatorio (D.E. Ansiedad), así como supliendo aquellas necesidades que en el postoperatorio la paciente no puede satisfacer sola ( D.E. Déficit Autocuidado, D.E. Deterioro eliminación urinaria…..). Aparte se presta, naturalmente, atención a aquellos Diagnósticos que tienen especial influencia sobre la seguridad de modo real o potencial (D.E. Dolor agudo, D.E. Nauseas, etc).
Se aplica terminología y codificación validada por taxonomía NANDA-NIC-NOC. Esto garantizan un correcto y completo cuidado y seguimiento de la paciente hasta el Alta.
Este Plan sería evidentemente susceptible de individualización como meta de desarrollo futuro.

## INTRODUCCIÓN

Siguiendo la línea de desarrollo profesional por el que la Enfermería discurre en las últimas décadas, hemos querido, mediante este artículo, sumarnos a una forma de trabajo global, que entiende al enfermo como un todo y que intenta cubrir sus necesidades bio-psíquicas, diseñando un Plan de Cuidados, que en este caso en la paciente histerectomizada, pretende satisfacer sus necesidades más importantes, tanto en la fase de preoperatorio como en el postoperatorio inmediato.

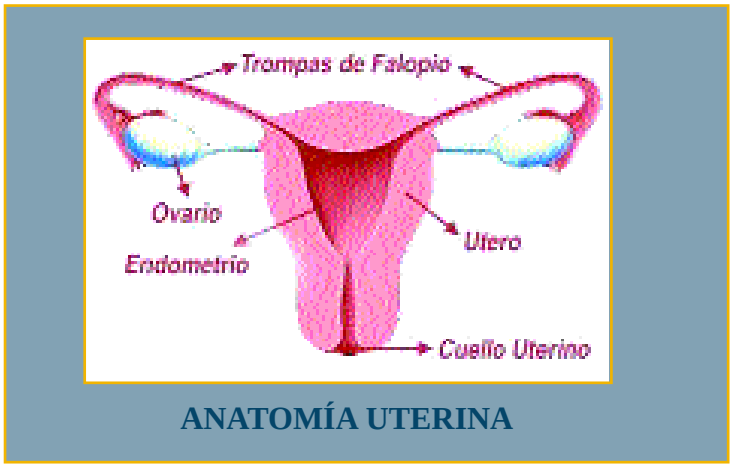
Este plan se presenta en forma de Plan Estandarizado como método de inicio de la actividad, entendiendo que la individualización del mismo, es un factor que se desarrollaría en etapas posteriores, cuando la maduración en el desarrollo de las nuevas técnicas de cuidados permitiera el manejo de más etiquetas diagnósticas, tanto en número como en complejidad.

Queda, con las aquí expuestas cubiertas las principales necesidades de la enferma histerectomizada, consiguiendo unificación de actuaciones y uniformidad de vocabulario.

La elaboración de este Plan, se consiguió a través de sesiones conjuntas de Diplomados y Auxiliares de Enfermería, que prestan sus servicios en la unidad de hospitalización quirúrgica de Ginecología, utilizando técnicas de grupo ( “brain storming”, técnica nominal de grupo, diagramas de flujos, parrillas de priorización, etc).

## Consideraciones Generales

**Histerectomía.**
Es la extirpación quirúrgica del útero.



ANATOMÍA UTERINA

**Indicaciones de la histerectomía.**

- Tumores en:
  - Útero.
  - Cuello uterino.
  - Ovarios.
- Fibromas.
- Dolor pélvico prolongado.
- Sangrado vaginal abundante.
- Prolapso uterino.
- Endometriosis.

**Evolución.**
La mayoría de las pacientes se recuperan por completo después de un histerectomía.
Sin embargo se pueden presentar efectos físicos, una paciente que todavía tiene los ovarios no experimentará los síntomas que acompañan frecuentemente a la menopausia. Si los ovarios también fueron extirpados junto con el útero, entonces habrá efectos de tipo hormonal. Estos suelen ser tratados con terapia hormonal sustitutiva.
También encontramos efectos emocionales, algunas pacientes pueden sentirse deprimidas en función de su situación personal, edad, deseo de descendencia, etc.
Otros efectos se relacionan con la vida sexual:

- No existen contracciones uterinas durante el orgasmo.
- Si se realiza extirpación del ovario se presentan signos como sequedad vaginal que se aliviarían con el uso de estrógenos.
- Si existe resección de parte de la vagina, una penetración profunda puede ser dolorosa.
- Un efecto positivo sería la ausencia de miedo al embarazo.

## PLAN DE CUIDADOS

## Diagnósticos de Enfermería:

***Ansiedad***

Código NANDA: 00146

**Resultados esperados:**

1.- Control de la ansiedad.
Código NOC: 1402.

*Histerectomía, herida.*

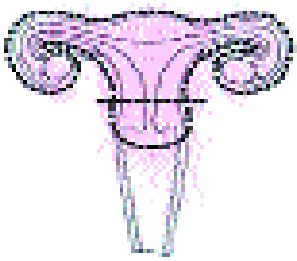
| Indicadores | Cód. NOC: 1402 | Nunca | Raramente | En ocasiones | Con frecuencia | Constantemente |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 140204 | Busca información para reducir la ansiedad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 140207 | Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 140212 | Mantiene la concentración | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 140214 | Refiere dormir de forma adecuada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 140215 | Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 140216 | Ausencia de manifestaciones de una conducta ansiosa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2.-Superación de problemas.

Código NOC: 1302.

| Indicadores | Cód. NOC: 1302 | Nunca | Raramente | En ocasiones | Con frecuencia | Constante mente |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 130203 | Verbaliza sensación de control | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 130204 | Refiere disminución de estrés | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 130205 | Verbaliza aceptación de la situación | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 130208 | Se adapta a los cambios en desarrollo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 130216 | Refiere disminución de los síntomas físicos de estrés | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 130218 | Refiere aumento del bienestar psicológico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## Intervenciones de Enfermería:



**HISTERECTOMÍA RADICAL**

a) Disminución de la ansiedad.
Código NIC: 5820
Actividades:
- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso.

b) Enseñanza prequirúrgica.
Código NIC: 5610
Actividades:
- Conocer las experiencias quirúrgicas previas del paciente y el nivel de conocimiento relacionado con la cirugía.
- Describir las rutinas preoperatorias (anestesia, dieta, preparación intestinal, pruebas de laboratorio, eliminación de orina, preparación de la piel, terápia IV, vestimenta, zona de espera para la familia y traslado al quirófano), si procede.
- Describir las rutinas/equipos postoperatorios (medicamentos, tratamientos respiratorios, catéteres, máquinas, vendajes quirúrgicos, deambulación, dieta y visita de familiares) y explicar su objeto.

c) Aumentar el afrontamiento.
Código NIC: 5230
Actividades:
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella.

***Deterioro de la integridad tisular***

Código NANDA: 00044

## Resultados esperados:

1.- Curación de la herida. Por primera intención.
Código NOC: 1102.

| Indicadores | Cód. NOC: 1102 | Ninguna | Escasa | Moderada | Sustancial | Completa |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 110201 | Aproximación cutánea. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 110204 | Superación de la secreción sanguinolenta de la herida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 110207 | Resolución de la secreción serosangunilenta de la herida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 110208 | Resolución del eritema cutáneo circundante. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 110209 | Resolución del edema perilesional. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2.- Curación de la herida. Por segunda intención.

Código NOC: 1103.

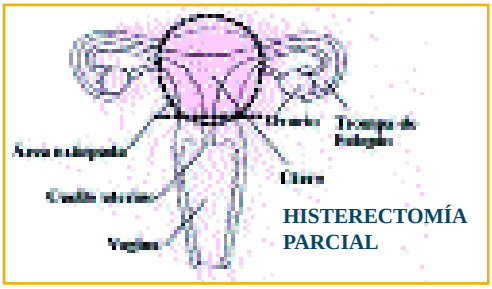
| Indicadores | Cód. NOC: 1103 | Ninguna | Escasa | Moderada | Sustancial | Completa |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 110301 | Granulación | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 110302 | Epitelización. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 110306 | Resolución de la secreción serosanguinolenta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 110307 | Resolución del eritema cutáneo circundante. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 110308 | Resolución del edema perilesional. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 110318 | Resolución del tamaño de la herida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3.- Conocimiento: Régimen terapéutico.

Código NOC: 1813.

| Indicadores | Cód. NOC: 1813 | Ninguna | Escasa | Moderada | Sustancial | Extenso |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 181301 | Descripción de la justificación del régimen terapéutico. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 181302 | Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 181304 | Descripción de los efectos esperados del tratamiento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 181307 | Descripción de la actividad prescrita. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## Intervenciones de Enfermería:



HISTERECTOMÍA PARCIAL

a) Cuidados de las heridas:

Código NIC:3660.

Actividades:

- Despegar los apósitos y limpiar los restos de la herida.
- Anotar las características de la herida.
- Anotar las características de cualquier drenaje producido.
- Limpiar con jabón antibacteriano, si procede.
- Aplicar un vendaje oclusivo, si procede.
- Mantener técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida.
- Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.
- Comparar y registrar cualquier cambio producido en la herida.

b) Cuidados del sitio de incisión.

Código NIC: 3440..

Actividades:

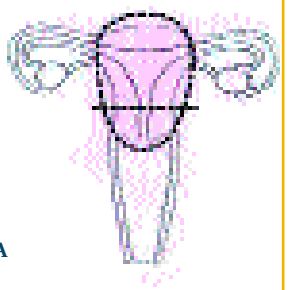
- Inspecionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.
- Tomar nota de las características de cualquier drenaje.

c) Control de hemorragias.

Código NIC: 4160.

Actividades:

- Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre.
- Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente (comprobar si hay sangre franca u oculta en todas las secreciones.


HISTERECTOMÍA TOTAL

***Dolor agudo***

Código NANDA: 00132

**Resultados esperados:**

1.- Nivel del dolor.
Código NOC: 2102.

| Indicadores | Cód. NOC: 2102 | Intenso | Sustancial | Moderada | Ligero | Ninguno |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 210201 | Dolor referido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 210203 | Frecuencia del dolor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 210204 | Duración de los episodios de dolor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 210205 | Expresiones orales de dolor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 210208 | Inquietud. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2.- Control del dolor.
Código NOC: 1605.

| Indicadores | Cód. NOC: 1605 | Nunca | Raramente | En ocasiones | Con frecuencia | Constante-mente |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 160502 | Reconoce el comienzo del dolor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 160506 | Utiliza los signos de alerta para solicitar ayuda. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 160507 | Refiere síntomas al profesional sanitario. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 160509 | Reconoce los síntomas del dolor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 160511 | Refiere dolor controlado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## Intervenciones de Enfermería:

a) Administración de analgésicos.
Código NIC: 2210.
Actividades:
- Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente
- Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.

b) Manejo del dolor.
Código NIC: 1400.
Actividades:
- Seleccionar y desarrollar medidas farmacológicas y no farmacológicas.

*Histerectomía, herida curada.*

***Deterioro de la eliminación urinaria***

Código NANDA: 00016
**Resultados esperados:**

1. Continencia urinaria.
Código NOC: 0502.

| Indicadores | Cód. NOC: 0502 | Nunca | Raramente | En ocasiones | Con frecuencia | Constante-mente |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 050201 | Reconoce la urgencia miccional. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 050203 | Responde de forma adecuada a la urgencia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 050206 | Micción > 150 ml cada vez. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 050207 | Ausencia de pérdidas de orina entre micciones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 050208 | Capaz de comenzar e interrumpir el chorro de la orina. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 050211 | Ausencia de pérdidas de orina al aumentar la presión abdominal (estornudar, levantar peso, etc) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2.- Conducta terapéutica: Enfermedad o lesión.
Código NOC: 1609.

| Indicadores | Cód. NOC: 1609 | Nunca | Raramente | En ocasiones | Con frecuencia | Constante-mente |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 160901 | Cumple las precauciones recomendadas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 160902 | Cumple el régimen terapéutico recomendado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 160903 | Cumple los tratamientos prescritos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 160905 | Cumple el régimen de medicación. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 160907 | Realiza cuidados personales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3.-Eliminación urinaria.
Código NOC: 0503.

| Indicadores | Cód. NOC: 0503 | Extremada-mente | Sustancial-mente | Moderada-mente | Leve-mente | No |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 050301 | Patrón de eliminación en el rango esperado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 050303 | Cantidad de orina en el rango esperado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 050304 | Color de orina en el rango esperado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 050308 | Entradas y salidas durante 24 horas equilibradas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 050312 | Continencia de orina. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## Intervenciones de Enfermería:

a) Manejo de la eliminación urinaria.
Código NIC: 0590.
Actividades:
- Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, volumen y color..

*Histerectomía, momento de la cura*

b) Cuidados de la retención urinaria.
Código NIC: 0620..
Actividades:
- Realizar una evaluación urinaria.
- Insertar catéter urinario, si procede.
- Observación y registro de signos y síntomas de retención.

c) Cuidados de la incontinencia urinaria.
Código NIC: 0610..
Actividades:
- Observación y registro de signos y síntomas de incontinencia.
- Sondaje urinario si procede.

### *Riesgo de infección*

Código NANDA: 00004

**Resultados esperados:**

1.- Conducta terapéutica: Enfermedad o lesión.
Código NOC: 1609.

| Indicadores | Cód. NOC: 1609 | Nunca | Raramente | En ocasiones | Con frecuencia | Constante-mente |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 160901 | Cumple las precauciones recomendadas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 160902 | Cumple el régimen terapéutico recomendado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 160903 | Cumple los tratamientos prescritos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 160905 | Cumple el régimen de medicación. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 160907 | Realiza cuidados personales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2.- Conocimiento: Control de la infección.
Código NOC: 1807.

| Indicadores | Cód. NOC: 1807 | Ninguna | Escasa | Moderada | Sustancial | Extenso |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 180701 | Descripción del modo de transmisión. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 180702 | Descripción de los factores que contribuyen a la transmisión. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 180703 | Descripción de las prácticas que reducen la transmisión. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 180704 | Descripción de signos y síntomas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3.- Control del riesgo.

Código NOC: 1902.

| Indicadores | Cód. NOC: 1902 | Nunca | Raramente | En ocasiones | Con frecuencia | Constante-mente |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 190201 | Reconoce el riesgo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 190202 | Supervisa los factores de riesgo medioambientales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 190203 | Supervisa los factores de riesgo de la conducta personal. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 190209 | Evita exponerse a las amenazas para la salud. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## Intervenciones de Enfermería:

a) Control de las infecciones.
Código NIC: 6540.
Actividades:
- Poner en práctica normas de precaución universales.
- Enseñar al paciente y familia a evitar infecciones.

***Déficit de autocuidados (Baño/higiene, vestido/acicalamiento, uso del WC)***

Código NANDA: 00108-00109-00110

**Resultados esperados:**

1.- Cuidados personales: Baño, higiene, vestir, uso del inodoro.
Código NOC: 0301-0305-0302-0310

| Indicadores | Cód. NOC: 0301 | Dependiente | Con ayuda personal y dispositivo | Con ayuda personal | Independiente con ayuda de dispositivo | Independiente |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 030107 | Se lava en el lavabo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 030109 | Se baña en la ducha. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 030111 | Se seca el cuerpo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 030501 | Se lava las manos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 030503 | Se limpia la zona perineal. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 030506 | Mantiene la higiene bucal. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 030204 | Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 030205 | Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 030210 | Se pone los zapatos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 031003 | Entra y sale del cuarto de baño | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 031005 | Se coloca en el inodoro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 031008 | Se levanta del inodoro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 031007 | Se limpia después de orinar o defecar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## Intervenciones de Enfermería:

a) Ayuda en los autocuidados: Baño/higiene, vestir/arreglo personal, aseo.
Código NIC: 1801-1802-1804.
Actividades:
- Facilitar el aseo individual si procede.

b) Enseñanza individual.
Código NIC: 5606.

Actividades:
- Instruir al paciente, cuando proceda.

### *Náuseas*

Código NANDA: 00134.

**Resultados esperados:**

1.- Gravedad del síntoma.
Código NOC: 2103.

| Indicadores | Cód. NOC: 2103 | Grave | Sustancial | Moderada | Ligero | Ninguno |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 210301 | Intensidad del síntoma. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 210302 | Frecuencia del síntoma. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 210303 | Persistencia del síntoma. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 210304 | Malestar asociado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## Intervenciones de Enfermería:

a) Manejo de la medicación.
Código NIC: 2380.
Actividades:
- Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo.

b) Manejo del vómito.
Código NIC: 1570.
Actividades:
- Valorar el color, la consistencia, la presencia de sangre, la duración y el alcance de la emesis.
- Determinar la frecuencia y la duración del vómito.

c) Manejo de las náuseas.
Código NIC: 1450.
Actividades:
- Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, la intensidad y factores desencadenantes.

## CONCLUSIONES

Como conclusión al trabajo habría que destacar la constatación del método que se analiza (Planes de Cuidados), como una forma eficaz y rigurosa de práctica enfermera que dota a los profesionales de instrumentos normalizados de trabajo, asegura al paciente un mejor e integral seguimiento de su proceso y para la profesión supone un paso clave al identificar grupos estandarizados y pautas de trabajo que se pueden medir y contrastar con otras de una forma más rigurosa al existir indicadores que valorarían el éxito o fracaso de las Intervenciones Enfermeras.

## BIBLIOGRAFÍA


1.- Conceptos de Enfermería en la práctica, “Modelo de Orem”. Dorotea E. Orem Edit. Masson-Salvat Enfermería. 1993.
2.- Diagnósticos de Enfermería Taxonomía NANDA. Traducción: Mercedes Ugalde Apalategui y Assumta Rigol i Cuadra. Edit. Masson. 1997.
3.- Joven Maried, J., Villanoba Artero, C., Juliá Sedä, G., González-Huix Lladó, F. 1993. Diccionario de Medicina. Artel. Barcelona.
4.- BRUNNER, SUDDARTH. Enfermería Médico Quirurgica 7º ed. Interamericana 1994. Madrid.
5.- Plan general de intervención enfermera ante pacientes ingresados para intervención quirúrgica programada. Muñoz de Alba. J. HUPR. 1995.
6.- Planes de cuidados de Enfermería. Modelo de referencia, métodos e instrumentos. Antonia María Tomás Vidal. Edit. Olalla Ediciones. 1996.
7.- Planes de cuidados estandarizados. Curso de Calidad, Hosp. Valme. 1998.
8.- UROLOGÍA: Libro del residente. Asociación Española de Urología.1998.
9.- NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación. Harcourt. 2001-2002.
10.- Proyecto de Intervenciones IOWA. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Interventions Classification (NIC). Joanne C. McCloskey, Gloria M. Bulechek. Tercera Edición. Harcourt. 2002.
11.- Proyecto de Resultados IOWA. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). Nursing Outcomes Classification (NOC). Marion Johnson, Maridean Maas, Sue Moorhead. Segunda Edición. Harcourt. 2002.
12.- “Planes de cuidados y documentación en enfermería. Diagnósticos de enfermería y problemas asociados” Carpenito L.S. McGraw-Hill Interamericana. 1994.
13.- “Manual Signo II”. Club de enfermería. Dirección General del INSALUD. Subdirección General Atención Especializada. 1995.
14.- “Planes de cuidados de enfermería, modelos de referencia, métodos e instrumentos”. Tomas Vidal A.M. Olalla Ediciones. 1996.
15.- “Aplicación del proceso enfermero, guía paso a paso”. Alfaro-Lefevre R. Springer. 1998.
16.- “Manual de enfermería médico-quirúrgica”. Pamela L. Swearingen. Harcourt. Brace. 1998.
17.- “Enfermería quirúrgica. Planes de cuidados”. Guillement Lloveras A.; Jerez Hernández J.M. Springer. 1999.
18.- “Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica”. Luis Rodrigo M.T. Masson. 2000.
19.- “Manual de enfermería urológica”. Fernández del Busto E.; Martínez de Iturrate Arín J. Secretariado de publicaciones e intercambio editorial. Universidad de Valladolid. 2000.


## Fe de Erratas

**En la Revista Nº 58, en el Artículo: Un nuevo yacimiento de Empleo para la Enfermería Andaluza. Pág. 38**

| Donde dice: | Debe decir: |
|---|---|
| ■ Ana María Rivera González. | ■ Ana María Rivera González de Eiris. |

**En la Revista Nº 58, en el Artículo: Centro de Infecciones de Transmisión Sexual. Un desconocido entre el Personal Sanitario. Pág. 45**

**Debe figurar como cuarta firmante Dª Mª Carmen Nogales Pérez. Facultativo Especialista en Microbiología, Área del Servicio de Microbiología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.**

# Estudio en adolescentes sobre hábitos tóxicos

Rocío Fernández Jiménez
Lucía Torres Valera
I. Sofía Briviesca Pérez
Almudena Arroyo Rodríguez
Diplomadas en Enfermería.

## RESUMEN

Este estudio sobre los hábitos tóxicos de los adolescentes, se ha realizado con el objetivo de saber cómo, cuándo y por qué empiezan los jóvenes a consumir tabaco y alcohol. Algunas de las conclusiones obtenidas en el mismo son: un 40% de los jóvenes encuestados (entre 12 y 16 años) han probado el tabaco; un 70% de los mismos has probado alguna vez bebidas alcohólicas; la edad de inicio en el tabaco, casi en un 50 %, es entre los 10 y 14 años; un 54,28% se inicia en el alcohol con un familiar; casi el 90 % conoce el peligro del consumo del alcohol.

## PALABRAS CLAVES

ADOLESCENTES, ALCOHOL, CONSUMO, HÁBITO Y TABACO

## INTRODUCCIÓN

La influencia de los medios de comunicación en el consumo de tabaco y alcohol es evidente. Estudios publicados y presentados en revistas científicas y congresos demuestran que la publicidad sobre el tabaco y el alcohol instan a los adolescentes a iniciarse en el hábito de fumar y beber.

La única forma de hacer frente al aumento cada vez mayor del consumo de drogas entre los jóvenes españoles es la prevención. Con este trabajo pretendemos demostrar ese hábito entre los jóvenes.

Los profesionales de enfermería son los que en el ámbito sanitario se encargan de transmitir hábitos saludables a la población, no solo en materia de prevención de drogas sino también en la transmisión de hábitos alimentarios y sexuales, y dar educación sanitaria contra el consumo de alcohol, tabaco, etc….

Ejemplos de esta influencia los tenemos en la misma televisión, con anuncios de alcohol, entre ellos: Baileys, Martíni, y programas de televisión de máxima audiencia entre la juventud como Gran hermano, donde se ve claramente la adicción al tabaco entre sus concursantes.

Por todo esto hemos realizado un cuestionario cuya finalidad es conocer las conductas de los adolescentes respecto al consumo de tabaco y alcohol.

## OBJETIVOS

El objetivo general que nos hemos planteado es:

Saber Cuándo, Cómo, y Por qué se inician los jóvenes en el consumo de tabaco y alcohol, y conocer las ideas erróneas que las campañas publicitarias inculcan a los mismos.

## METODOLOGÍA

Como instrumento de trabajo para conocer los hábitos de consumo de alcohol y tabaco en los jóvenes hemos utilizado un cuestionario, ya que es una forma rápida y eficaz de obtener información de los adolescentes.

Características del cuestionario: El cuestionario utilizado consta de diez preguntas, de las cuales la primera y la segunda están relacionadas con la edad y el sexo respectivamente. Hemos dividido el cuestionario en dos partes, una con cuatro preguntas sobre tabaco y otra con cuatro sobre alcohol.

Tipos de preguntas: Las preguntas son abiertas, cerradas, tipo test y de enlazar con flechas. (Ver anexo 1).

Características de la muestra: Para responder el cuestionario hemos elegido un grupo heterogéneo de jóvenes adolescentes cuyas edades están comprendidas entre los 12 años y los 18 años.

Los centros donde hemos realizado esta investigación son los Institutos de Enseñanza Secundaria que citamos a continuación:

I.E.S. Punta del Verde. Sevilla.
I.E.S. Macarena. Sevilla.
I.E.S. Puerta de Córdoba. Sevilla.

**La duración** de este estudio la podemos dividir en cuatro fases:

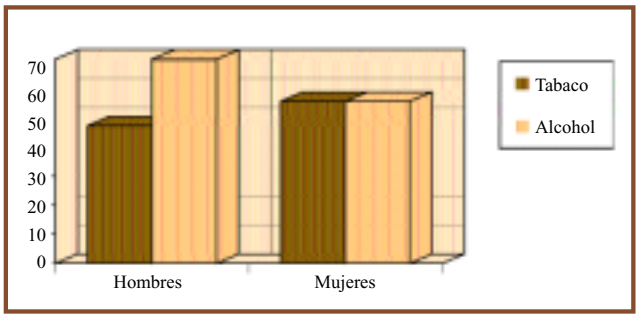
1. *Primera fase o fase de preparación:* Realización del cuestionario. Duración una semana.
2. *Segunda fase o fase de ejecución:* Elección de la muestra (126 adolescentes ) y realización de la encuesta a la misma. Duración dos semanas.
3. *Tercera fase o fase de análisis:* Estudio estadístico de los resultados de la encuesta. Duración dos semanas.
4. *Cuarta fase o fase de conclusión:* Valoración de los resultados obtenidos en función de los objetivos planteados. Duración una semana.

Después del análisis de dichos resultados hemos llegado a las siguientes conclusiones:

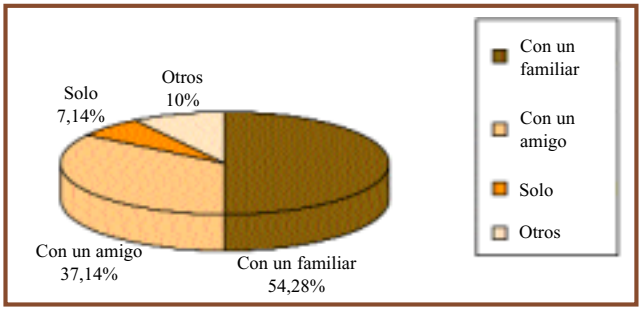
## CONCLUSIONES

- Las edades de los adolescentes encuestados están comprendidas entre los 12 y 16 años.
- El sexo masculino son el 70 % de los jóvenes encuestados.
- Un 85 % no fuma habitualmente, pero el 40% de los mismos reconoce haberlo probado.
- Solo un 15% fuma todos los días y un 25% de forma ocasional, en ambos casos siempre de 1 a 5 cigarros de tabaco rubio.
- Destaca un 9% que fuma tabaco mezclado con otras sustancias.
- Casi un 50% se inició en el tabaco entre los 10 y los 14 años.
- El 70 % de ellos fumaron la 1ª vez con un amigo, el 40 % fuma porque le gusta y el 20% por probarlo.
- Sobre los efectos nocivos del tabaco, hay un porcentaje alto de conocimiento sobre el tema, destacando casi un 50 % que tiene la idea errónea de que el tabaco relaja y adelgaza.
- El 70% ha probado alguna vez bebidas alcohólicas lo más bebido entre los adolescentes son los cubatas y los licores.
- Casi todos consumen habitualmente alcohol.
- La cantidad de alcohol que se consume es de 1 a 2 copas normalmente.
- El 50 % probó la primera copa con un familiar y un 35 % fue con un amigo.
- El 40 % bebe porque le gusta y el 16 % sólo bebe en fiestas o celebraciones.
- En cuanto a los efectos nocivos del alcohol, casi en 90 % conoce el peligro de su consumo.

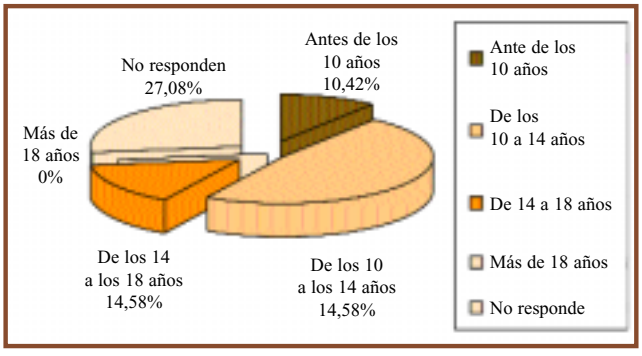
Para concluir podemos decir que beben más los hombres que las mujeres, mientras que las mujeres son más adictas al tabaco.




*Incidencia del tabaco y alcohol en ambos sexos.*




*Como comienzan los jóvenes el alcoholismo.*




*Edades de inicio del tabaquismo.*

# Anexo 1

## CUESTIONARIO

(Este cuestionario es totalmente anónimo)

**1.- Edad:**

**2.- Sexo:** **Hombre** ☐ **Mujer** ☐

**TABACO**

**3.- ¿Fumas habitualmente?** ☐ **Sí** ☐ **No**
Si tu respuesta ha sido NO: ¿Lo has probado alguna vez? ☐ Sí ☐ No.
Si tu respuesta ha sido SÍ:
- Indica tu hábito uniendo con flechas:

| | | |
|---|---|---|
| Ocasionalmente | De 1 a 5 cigarros | Tabaco rubio |
| Todos los días | De 5 a 10 cigarros | Tabaco negro |
| Solo los fines de semana | Más de 10 cigarros | Con otras sustancias |
| Más de 1 paquete | | |

- ¿A qué edad empezaste?:
  - ☐ Antes de los 10 años.
  - ☐ De 10 a 14 años.
  - ☐ De 14 a 18 años.
  - ☐ Más de 18 años.

**4.- ¿Con quién fumaste tu primer cigarro?**
- ☐ Solo.
- ☐ Con un amigo.
- ☐ Con un familiar.
- ☐ Otros

**5.-¿Por qué fumas?**
- ☐ Porque me gusta.
- ☐ Para parecer mayor.
- ☐ Porque fuman mis amigos.
- ☐ Otros

**6.- Señala Verdadero (V) o Falso (F):**

| | | |
|---|---|---|
| El tabaco puede matar | V | F |
| El tabaco provoca impotencia | V | F |
| El tabaco relaja y adelgaza | V | F |
| Fumar acorta la vida | V | F |
| El tabaco ayuda a relacionarse | V | F |
| Fumar durante el embarazo afecta el crecimiento del feto | V | F |

## ALCOHOL

**7.- ¿Has probado bebidas alcohólicas alguna vez?** **Sí** ☐ **No** ☐

Si tu respuesta es SÍ une con flechas:

| | | |
|---|---|---|
| Cerveza | Ocasionalmente | 1 ó 2 |
| Cubata | Sólo fines de semana | De 2 a 5 |
| Vino tinto | Todos los días | Más de 5 |
| Licores (Baileys, etc). | | |

**8.- ¿Con quién probaste el alcohol por primera vez?**

☐ Solo.
☐ Con un amigo.
☐ Con un familiar.
☐ Otros

**9.- ¿Por qué bebes?**

☐ Porque me gusta.
☐ Para parecer mayor.
☐ Ayuda a relacionarnos.
☐ Porque mis amigos beben.
☐ Otros .

**10.- Señala Verdadero (V) o Falso (F):**

| | | |
|---|---|---|
| El alcohol provoca enfermedades mortales | V | F |
| El alcohol ayuda a hacer amigos | V | F |
| El alcohol ayuda en las relaciones sexuales | V | F |
| El alcohol perjudica las actividades de la vida diaria (trabajo, familia) | V | F |
| El alcohol provoca cambios en la personalidad | V | F |

## GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

*Alumnos realizando el cuestionario para el Estudio*

## BIBLIOGRAFÍA


1. Mundo Sanitario, 16-30 Nov 2003. Art. de Educación Sanitaria, en relación Laboral.
2. "Satse alerta sobre la urgencia de implantar Educación para la Salud en los colegios".
3. "Toxicología de la drogadicción". M. Repetto y colaboradores. Ediciones DÍAZ DE SANTOS, S.A. Madrid/1985.
4. "Drogas y Terapias". L . L . Constantine. Ed. Alhambra. Madrid / 1985.

**Páginas WEBS:**

http://members.tripod.com/~Dr0gAs/consumodedrogas.html
www.sedet.es/sedet/html/enl/enlaces.htm
www.webgenio.com/ srch.php?searchs=imagenes%20de%20cigarros
http://salud.medicinatv.com/webcast/muestra.asp?id_wc=488

# Prevención de la Flebitis en la canalización de Vías Endovenosas

Jesús S. Rivas Doblado
ATS/DE. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Virgen del Rocío S.A.S.
Jose L. Artes León.
ATS/DE. Cirugía. Hospital Universitario Virgen del Rocío S.A.S.
Francisco Javier Arjona Barcia.
ATS/DE. Unidad de Prematuros. Hospital Universitario Virgen Macarena. S.A.S.
David Carmona Heredia.
ATS/DE. U.C.I. Hospital Universitario Virgen Macarena S.A.S.
Fco. Javier Soriano Vilanova
ATS/DE. Quirófano. Hospital Universitario Virgen de Valme S.A.S.
Fco. Manuel Mejías Montaño.
ATS/DE. Cirugía General. Hospital Universitario Virgen Macarena S.A.S.
Antonio Javier Medina Fernández

## RESUMEN

La canalización venosa es una técnica de enfermería, cuya finalidad es la de administrar medicación con fines diagnósticos y/o de tratamiento.
Entre las complicaciones derivadas de los accesos venosos encontramos las *flebitis*, inflamación vascular de diferentes etiologías.
Realizamos en el presente trabajo un estudio analítico, en 2.572 pacientes, para analizar, e intentar disminuir la incidencia de las flebitis de origen traumático.
Llegamos a la conclusión que el uso de alargaderas tras las llaves de tres vías, o sistemas de infusión y el catéter venoso, disminuyen considerable el riesgo de aparición de flebitis traumáticas. Disminuyendo además las molestias para los pacientes, el aumento de trabajo hacia los profesionales de la enfermería que se deriva de la aparición de flebitis vasculares y el coste del proceso de atención sanitaria a los pacientes.

## SUMMARY

The veined canalisation is an infirmary technique whose purpose is the one of administering medication with ends diagnoses treatment y/o.
Among the derived complications of the veined accesses we find the phlebitis, vascular inflammation of different causes.
We carry out work presently an analytic study, in 2.572 patients, to analyse, and to try to diminish the incidence of the phlebitis of traumatic origin.
We reach the conclusion that the use of extensions after the keys of three roads, or infusion systems and the veined catheter, they diminish considerable the traumatic risk of phlebitis appearance. Also diminishing the nuisances for the patients, the work increase toward the professionals of the infirmary that he/she is derived of the vascular phlebitis appearance and the cost from the process of sanitary attention to the patients.

## PALABRAS CLAVE

Flebitis.
Canalización de vías venosas.
Flebitis traumática.
Alargadera
Catéter.

# INTRODUCCIÓN

La *canalización de vías* venosas, es una de las muchas técnicas de enfermería, de la cual se derivan, una serie de diagnósticos y cuidados de enfermería.

El objetivo de la canalización venosa, **Fig. 1-2,** es el de administrar medicación, con finalidad diagnóstica y/o de tratamiento. (1)

La técnica de canalización de una vía venosa difiere según cada "escuela", pero el objetivo que se persigue es el mismo: introducir un *catéter*, en la luz de la vena.

El catéter puede ser de diferentes calibres y materiales, siendo los mas usados los de PVC y Polivinilo. (10,11,12)

Una de las principales complicaciones tras la canalización de una vena es la *flebitis.* Esta es una inflamación de la propia vena, como respuesta a una agresión externa. Puede ser de origen séptico, químico o traumático.

La **flebitis séptica** ocasionada por una infección, secundaria a la canalización de la vía, producida por la propia flora del paciente o cualquier otro tipo de agente bacteriológico externo. Esta comienza justamente desde el punto de la venopunción (**Fig. 4-5-7**) (3,7)

La **flebitis química** está producida por el contacto entre la intima de la vena y las diversas sustancias que se infunden al paciente, que sobre la base de su pH y osmolaridad, irrita en mayor o menor grado la vena. (**Fig. 4-5-7**).

La inflamación (calor, rubor, dolor) y aparición de un cordón indurado, que corresponde con el trayecto venoso, se produce desde la punta del catéter –salida de las sustancias a infundir- siguiendo la trayectoria de la vena canalizada. Si se deja evolucionar puede acabar afectando a un mayor trayecto venoso.

Por último las ***flebitis traumáticas***, de las que nos ocuparemos en el presente trabajo, son originadas por el daño continuo del catéter sobre la pared del vaso en el que esta alojado. Al mismo tiempo, con el movimiento del paciente, se produce un movimiento colateral de transmisión del sistema de suero y del propio catéter insertado. Al igual que la flebitis séptica, la vena comienza a inflamarse a partir del punto de punción, siguiendo el trayecto venoso. (**Fig. 4-5-7**) (5,9)

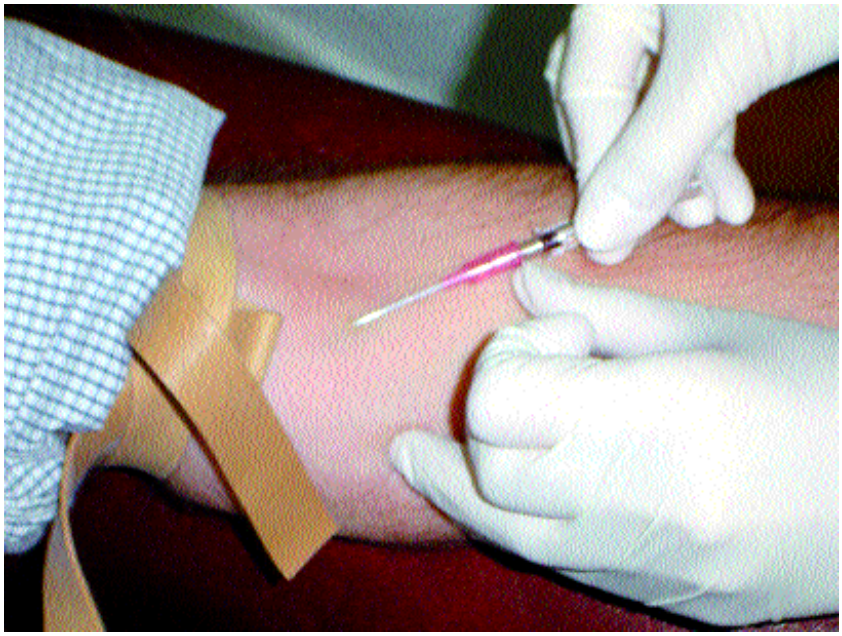


*Fig. 1. Momento de la canalización venosa*

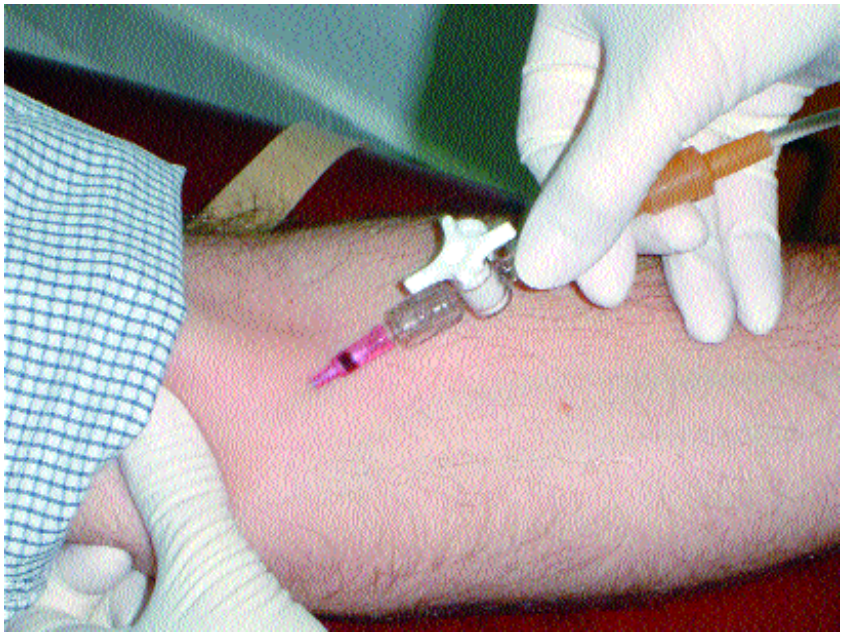


*Fig. 2. Canalización de vía venosa con catéter y llave de tres vías.*

*Fig. 3. Vía venosa sin uso de alargadera entre llave de tres vías y catéter.*

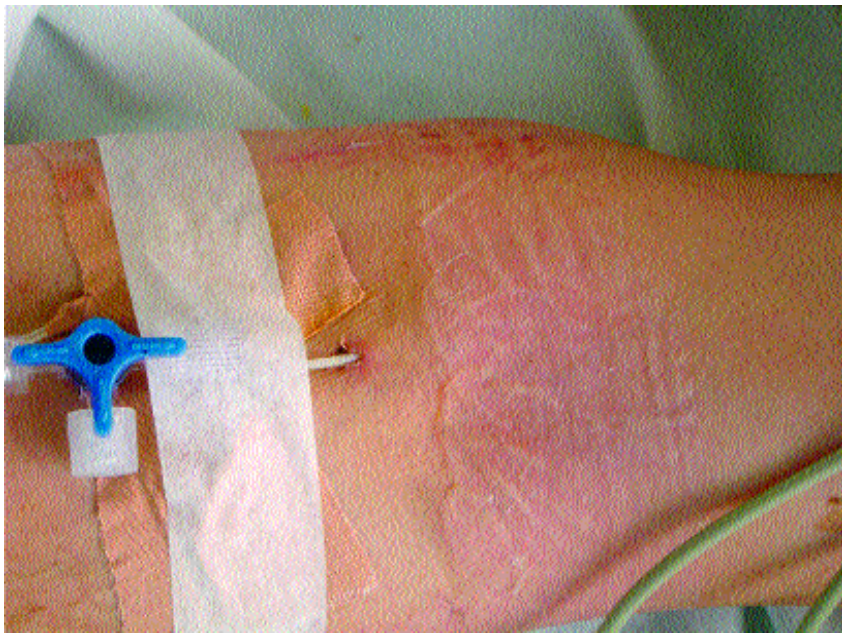


*Fig. 4. Vía venosa con aparición de flebitis.*

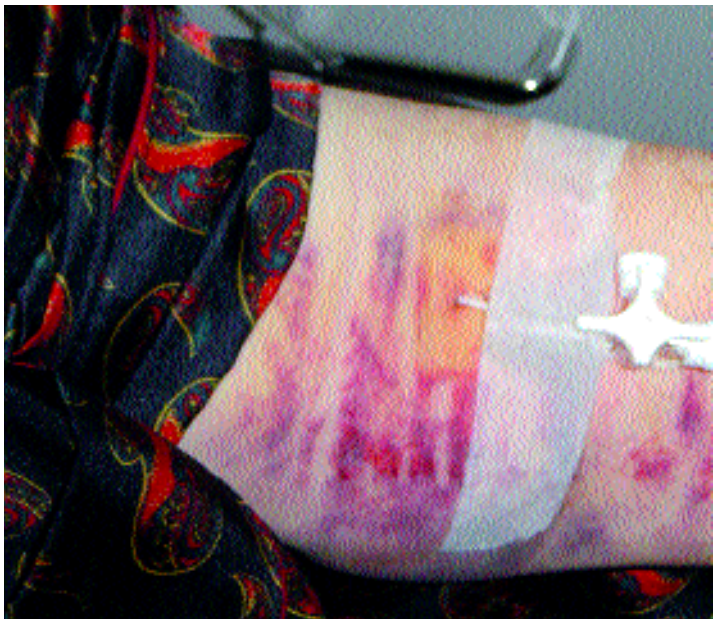


*Fig. 5. Vías venosas con aparición de flebitis.*

La flebitis no solo conlleva las inoportunas molestias, para el paciente, como es dolor, malestar, fiebre… y que se añaden a las propias de su patología, por la cual necesita recibir los cuidados de enfermería. (6)

Además supone una mayor carga de trabajo para enfermería: retirada del catéter venoso, restablecer en la medida de las posibilidades el miembro afectado, y tener que canalizar otra vía venosa, para continuar administrando el tratamiento farmacológico. (2,4)

Siguiendo los protocolos y procedimientos de cada hospital sobre canalización y cuidados de las vías venosas, conseguiremos los medios adecuados para evitar la aparición de flebitis; pero debemos añadir otros procedimientos que pensamos son también muy efectivos:

- Dilución de los fármacos administrados, consiguiendo disminuir la capacidad de irritación química de las venas. la cura del punto de punción (cada 24 h o 48 h, según el protocolo del centro de trabajo), y
- El uso de medidas para disminuir la movilidad del catéter:
  - Conectar una "alargadera" de sistema de suero entre el catéter y la llave de tres vías.
  - Conseguir una buena fijación de todo el sistema para evitar una tracción excesiva sobre la vía, derivado del inevitable movimiento del paciente y la manipulación por parte del personal de enfermería. (**Fig. 6-8**. (2,4,8)

## MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado un estudio analítico de cohortes prospectivo, la variable resultado es la **aparición de flebitis** con o sin alargadera. El método estadístico usado para el análisis de los datos fue mediante una distribución de frecuencia de cada variable, se estudió mediante un análisis univariante, categorización de la variable. Fue sometido al test de hipótesis chi2 y t de student.

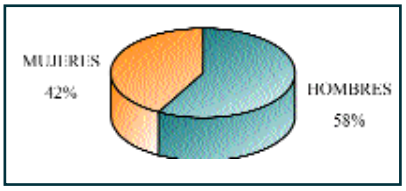
Se han sometido a estudio a un total de 2.684 pacientes.

De los cuales se descartaron 112 pacientes, por las siguientes causas:

- 85 pacientes fueron trasladados a otros servicios, haciéndose imposible realizar un exhaustivo seguimiento.
- 27 pacientes sufrieron un cambio de catéter por causas ajenas a las motivadas en este trabajo, principalmente por la necesidad de canalización de vías de mayor calibre.

Por lo que el universo final de estudio fue de 2.572 pacientes. (Gráfica 1)

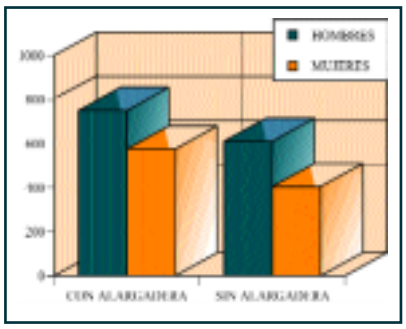
Todos los pacientes sometidos a estudio debían tener tratamiento antibiótico, dado que los fármacos son de mayor poder "flebotógeno". A ninguno de estos pacientes se les suministraba nutrición parenteral.
De estos 1.480 eran de sexo masculino y 1.092 mujeres.
Con todos los pacientes se uso la misma metodología de canalización venosa.
En un grupo control de 1.419 pacientes optamos por colocar, al final del sistema de suero, una "llave de tres vías" seguida por una ***alargadera***
En el otro grupo de 1.153 pacientes se colocó la "llave de tres vías" pero sin ***alargadera.*** (Gráfica 2)
Se curaron todas las vías sometidas a estudio diariamente según protocolo, con solución antiséptica de povidona Iodada. De esta forma realizamos una valoración objetiva por parte de enfermería y/o valoración subjetiva por parte de los pacientes (dolor en la zona de punción, molestias...). El intervalo del estudio fue de 10 meses desde el 17 de marzo del 2003 hasta el 24 de enero de 2004.
Se incluyeron en el estudio aquellos pacientes que tuvieran canalizados catéteres venosos de los números 18, 20 y 22. Estos fueron de las marcas comerciales Abboth,, Becton Dickinson y Terumo. Las llaves de tres vías con y sin alargadera de la marca Braun, y Becton Dickinson,. (Gráfica 3, Tabla 1)



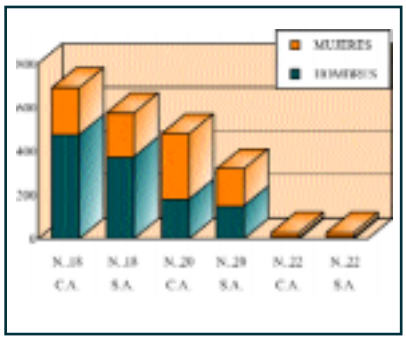

*Gráfica 1: Universo de Estudio*

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HOMBRES | VIA Nº 18 | 967 | CON ALARGADERA | 522 | SIN FLEBITIS (S.F.) | 510 | 97,7 |
| | | | | | CON FLEBITIS (C.F.) | 12 | 2,299 |
| | | | SIN ALARGADERA | 445 | S.F. | 319 | 71,69 |
| | | | | | C.F. | 126 | 28,31 |
| | VIA Nº 20 | 477 | CON ALARGADERA | 258 | S.F. | 251 | 97,29 |
| | | | | | C.F. | 7 | 2,713 |
| | | | SIN ALARGADERA | 219 | S.F. | 161 | 73,52 |
| | | | | | C.F. | 58 | 26,48 |
| | VIA Nº 22 | 36 | CON ALARGADERA | 19 | S.F. | 18 | 94,74 |
| | | | | | C.F. | 1 | 5,263 |
| | | | SIN ALARGADERA | 17 | S.F. | 12 | 70,59 |
| | | | | | C.F. | 5 | 29,41 |
| MUJERES | VIA Nº 18 | 476 | CON ALARGADERA | 267 | S.F. | 258 | 96,63 |
| | | | | | C.F. | 9 | 3,371 |
| | | | SIN ALARGADERA | 209 | S.F. | 165 | 78,95 |
| | | | | | C.F. | 44 | 21,05 |
| | VIA Nº 20 | 512 | CON ALARGADERA | 287 | S.F. | 276 | 96,17 |
| | | | | | C.F. | 11 | 3,633 |
| | | | SIN ALARGADERA | 225 | S.F. | 187 | 83,11 |
| | | | | | C.F. | 38 | 16,89 |
| | VIA Nº 22 | 104 | CON ALARGADERA | 58 | S.F. | 55 | 94,83 |
| | | | | | C.F. | 3 | 5,172 |
| | | | SIN ALARGADERA | 46 | S.F. | 33 | 71,74 |
| | | | | | C.F. | 13 | 28,26 |

*Tabla 1. Resultados del estudio según sexos, número de catéter, uso de alargaderas y aparición de flebitis.*




*Gráfica 2: Estudio por sexos porcentaje en que se usan las alargaderas*




*Gráfica 3: Tamaño del cáteter por sexos con y sin alargadera*

## RESULTADOS

La hipótesis que barajamos al iniciar el trabajo es que al añadir una ***alargadera*** a los sistemas de suero tras la llave de tres vías, conseguiremos una menor movilidad, tracción o empuje del catéter introducido en la vena, y por ende sobre la piel. De esta forma disminuirá de forma notable la aparición de las flebitis traumáticas. (Fig. 6-8)

Hemos observado, en los pacientes sometidos al estudio, que la principal diferencia entre las flebitis traumáticas y las sépticas radica en que en las primeras, en el punto de punción se produce un daño tisular, al estar el cono del catéter constantemente lesionando la piel, lo que provoca un aumento del tamaño de la abertura de la venopunción, quedando el daño más localizado. Esta característica no se ha observado en las flebitis sépticas, que como

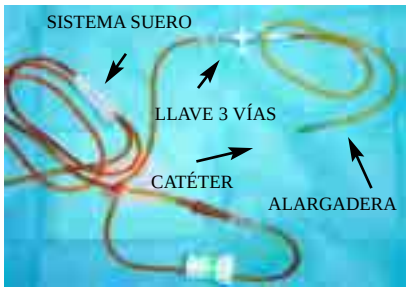
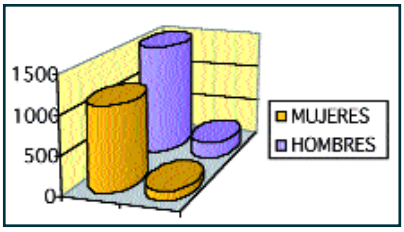



*Fig. 6. Sistema de canalización utilizado en el estudio*

sabemos comienza en el punto de punción pero sin que exista lesión tisular de la piel.

La flebitis puede estar originada por multitud de factores causales, siendo la única forma de discernir




*Gráfica 4: Porcentaje de aparición de flebitis por sexos*

su origen con un examen anatomopatológico de la vena. A pesar de ello creemos que la **flebitis**, en su más amplio concepto, se produce por la combinación de factores químicos y traumáticos.

Con nuestro estudio demostramos que el uso de alargaderas de sistemas de infusión, entre la llave de tres vías y el catéter venoso, reduce notablemente la aparición de flebitis, independientemente de su origen. Con lo que queda demostrada una relación directa

*Fig. 7. Vías venosas con aparición de flebitis.*

entre el uso de alargaderas y la disminución de flebitis.

No se incluyó en el estudio a ningún paciente diabético, conocido, dado que la propensión a alteraciones vasculares, mala circulación, etc... es mas frecuente en los individuos afectados de esta patología.

Se observaron los siguientes resultados en el estudio.

Aparecieron un total de 327 casos de flebitis (12,71%), de estos 118 fueron hombres y 209 mujeres.

Respecto al tamaño de los catéteres se encontraron los siguientes resultados:

- Catéter Nº 18, con alargadera aparecen 21 casos de flebitis, un 1,45%
- Catéter Nº 18, sin alargadera aparecen 170 casos de flebitis, un 11,79%
- Catéter Nº 20, con alargadera aparecen 18 casos de flebitis, un 1,82%
- Catéter Nº 20, sin alargadera aparecen 96 casos de flebitis, un 9,70%
- Catéter Nº 22, con alargadera aparecen 4 casos de flebitis, un 2,85%
- Catéter Nº 22, sin alargadera aparecen 18 casos de flebitis, un 12,89%

El total de flebitis usando alargadera tras la llave de tres vías fue de 43 pacientes (1,67%), y las flebitis sin el uso de alargaderas fue de 284 pacientes 11,04%). La aparición de flebitis no está condicionada por el uso de materiales, de las diferentes casas comerciales, que usamos en el estudio.(Tabla 2, Gráfica 4-5-6)

## CONCLUSIONES

La principal conclusión que obtenemos del presente trabajo es que el uso de alargaderas, entre el catéter y la llave de tres vías o los sistemas de infusión disminuye considerablemente la aparición de flebitis.

El uso de estos dispositivos provoca que se produzcan menos movimientos de tracción o empuje sobre los catéteres, este puede ser ocasionado por la movilidad inherente al paciente, o por la manipulación del personal de enfermería al administrar medicación o conectar otros sistemas de suero.

Las alargaderas eliminan el factor de lesión provocado por el movimiento del catéter sobre el punto de punción. A su vez se ha de evitar introducir el catéter venoso en su totalidad, dejando 1 o 2 mm entre la piel y el cono de conexión. (Fig. 8)

Evidenciamos también que el número o tamaño del catéter tiene escasa relevancia sobre la aparición de flebitis por causas traumáticas. Así mismo la edad no es determinante, aunque creemos que influye, ya que está demostrado que a mayor edad aumente la fragilidad vascular. Un factor que no influye es el sexo.

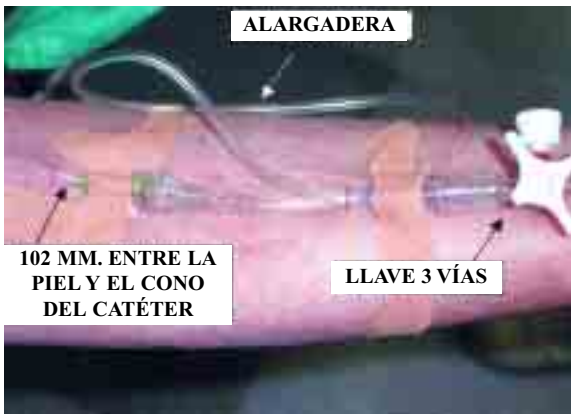


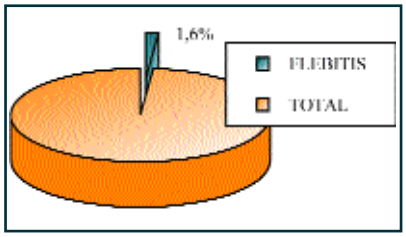

*Fig. 8. Con este sistema se disminuye la aparición de flebitis*

Hemos comprobado que la zona de inserción del catéter afecta a la aparición de flebitis traumática, dado que si el catéter está canalizado en una zona de flexión, (flexura del codo), o de gran movilidad, (como son las manos), aparecen más lesiones que en zonas con escasa movilidad, (antebrazo).

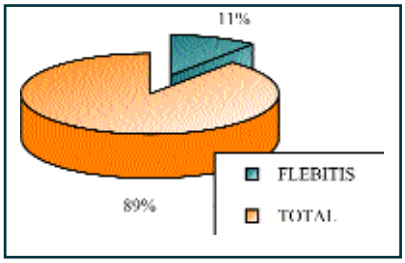
A la luz de los resultados nos permitimos aconsejar no solo el uso de las alargaderas, sino también sistemas de fijación que contribuyan a disminuir la movilidad las vías venosas. Es recomendable usar métodos de fijación, que tengan poca elasticidad, siendo los más óptimos para esto los esparadrapos tradicionales de tela o papel. Todo esto, unido a la cura frecuente de las vías, evitando así la aparición de flebitis ocasionada por microorganismos de la propia flora del paciente, o ajena a él.

| | | | % |
|---|---|---|---|
| **MUJERES** | 118 | 1092 | 10,80586 |
| **HOMBRES** | 209 | 1480 | 14,12162 |

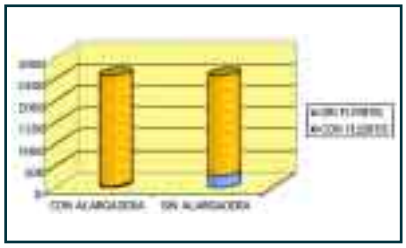
*Tabla 2. Resultados del estudio según sexos, número de catéter, uso de alargaderas y aparición de flebitis.*




*Gráfica 5: Aparición de flebitis con el uso de alargaderas*




*Gráfica 6: Aparición de flebitis sin el uso de alargaderas*



*Gráfica 7: Comparación de la aparición de flebitis según el uso o no de alargaderas*

## BIBLIOGRAFÍA


1 Castro Miranda, et al. *La venopunción y las complicaciones locales en pacientes pediátricos.* Desarrollo Científico Enferma. 10(6):165-170. Original, artículo.

2 Chumillas Fernández, et al. *Plan de cuidados para la prevención de* ***flebitis*** *por inserción de catéter periférico.* Enferm Univ Albacete. 15:35-40. Protocolo y pautas de actuación.

3 Dios, Rosa de Catalá Moya, et al. ***Flebitis****. Aspectos generales. Factores de riesgo.* Rev. ROL Enferm. Año X(109): 33-40. Revisión sistemática.

4 Garitano, Begoña Barberena, et al. *Revisión sistemática: efectividad de los cuidados en el mantenimiento de catéteres de inserción periférica.* Enferm Clínica. 12(4): 166-172. Revisión sistemática.

5 Joyeux, A y Moreau, P. *Complicaciones agudas de las* ***flebitis****.* Enferm Científ. 9:30-32. Revisión, artículo.

6 Lara Barrón, Ana María, et al. *Complicaciones en la instalación y manejo de la Venoclisis.* Desarrollo Científ. Enferm. 3(1): 19-27. Original, artículo.

7 Miranda Ruiz, Antonia y Sojo González, Guadalupe. ***Flebitis*** *infecciosa y química relacionada con catéteres venosos periféricos.* Metas Enferm. V(42): 38-42. Estudio descriptivo.

8 López Rodríguez, Luis, et al. *Llave de tres vías con alargadera en complicaciones asociadas a la vía intravenosa.* Enferm Clínica. 8(3): 104-109. Original, artículo.

9 Complicaciones de los accesos vasculares. www.adeci.org.ar/terapeutica/accesos vasculares.htm.

10 ENFERMERIA MÉDICO-QUIRÚRGICA (7ª Ed.) **Autor:** BRUNNER Y SUDDARTH **Editorial:** INTERAMERICANA - McGraw-HILL.

11 ENFERMERÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA **Autor:** BEARE/MYERS **Editorial:** MOSBY COMPANY

12 GUÍA DE PROCEDIMIENTOS PARA ENFERMERAS **Autor:** Smith-temple, J. (2ª ed.) **Editorial:** Médica Panamericana SACF

13 TÉCNICAS BÁSICAS DE ENFERMERIA **Autor:** LLORENS TARAZONA, C. **Editorial:** EDITORIAL PARANINFO S.A.

14 TRATADO DE ENFERMERÍA MOSBY. **Autor:** BEARE/MYRES **Editorial:** ORIENTE

# Factores de riesgo de la Arteriopatía Coronaria. Prevención


- **Garzón Sánchez, Nuria**
  D.E. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla
- **Gómez Reina, María Vanessa**
  D.E. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla
- **Zapata Sampedro, Marco Antonio**
  D.E. Hospital Universitario de Valme. Sevilla



## RESUMEN:

Los estudios epidemiológicos señalan diversas variables que aumentan las probabilidades de sufrir **lesiones ateroscleróticas** o de agravar sus consecuencias y, por tanto, de padecer una **arteriopatía coronaria**. Entre ellas, destacamos:

- Los **marcadores de riesgo,** que no son modificables. Son consecuencia de rasgos genéticos, sobre los que el individuo no posee control alguno (p.e.: sexo); y,
- Los **factores de riesgo,** que son modificables. Sobre estos sí tiene control la persona, ya sea cambiando algún hábito personal o el estilo de vida (p.e.: tabaquismo). Estos pueden operar de manera independiente o ligados a otros. Cuantos más sume una persona, tanto mayor será la probabilidad de que padezca una arteriopatía coronaria.

Es primordial para el **diplomado en enfermería** la comprensión de la hipertensión, la hiperlipidemia, la diabetes y el tabaquismo como factores de riesgo cardinales que contribuyen a un mayor riesgo de arteriopatía coronaria, puesto que a través de la educación sanitaria aspira a lograr un cambio de hábitos en la población, con el fin de conseguir la no aparición, reducción, o desaparición de estos factores de riesgo, promoviendo un estilo de vida saludable (**prevención**).



**PALABRAS CLAVE:**

Arteriopatía coronaria, aterosclerosis, arteriosclerosis, ateroma, IAM, necrosis isquémica, promoción de la salud.


## INTRODUCCIÓN

La **arteriopatía coronaria** se refiere a una variedad de estados patológicos que obstruyen el flujo a través de las arterias que irrigan el corazón. Está estrechamente relacionada con la aterosclerosis (hasta en un 90%), debido a que la estructura anatómica tortuosa de las arterias coronarias las hace especialmente susceptibles a su patogénesis. (1,2)

No obstante y, en primer lugar, debemos diferenciar entre arteriosclerosis y aterosclerosis.

La **arteriosclerosis** es el trastorno más frecuente de las arterias; literalmente significa “endurecimiento de las arterias”. Es un proceso difuso, en el que el endotelio y las fibras musculares de las paredes de las arterias pequeñas y arteriolas se engruesan. Esto propicia un incremento de la resistencia vascular periférica, lo que conlleva a un aumento de la presión arterial. Está más bien relacionado con la edad. (3)

Sin embargo, la **aterosclerosis** implica un proceso diferente. Este término, introducido en 1904 por Marchand [4], se refiere a un trastorno progresivo, pero que puede limitarse y, en algunos casos, revertirse. Se caracteriza por la acumulación anormal de lípidos, carbohidratos, componentes sanguíneos, calcio y tejido fibroso en la íntima de la pared vascular. El desarrollo continuo de la aterosclerosis implica también una respuesta inflamatoria. [1,2,3,5]

*Se debe evitar el consumo de bebidas de alta graduación*

Las consecuencias directas más comunes de la aterosclerosis son el estrechamiento de la luz del vaso (estenosis) y la obstrucción por trombosis; indirectamente, repercute en la falta de nutrición y de oxigenación de las células a las que irriga dicha arteria esclerótica. Esta deficiencia puede conducir a la muerte de células cardiacas por riego sanguíneo deficiente (necrosis isquémica), y a su reemplazo por tejido fibroso, que requiere mucha menos nutrición. Y dependiendo de la zona a la que afecte o a su extensión, dar lugar a la muerte al sujeto.

Como vemos, la ateroesclerosis es uno de los estados patológicos que predisponen en gran medida a sufrir la que es la primera causa de muerte en el mundo occidental; y, por ello, debemos tener muy en consideración los factores que la provocan o que agravan sus consecuencias, y que es el objeto de este trabajo.

## ATEROSCLEROSIS. FISIOPATOLOGÍA

La primera lesión que se forma dentro de la pared, invadiendo la íntima, es un depósito de grasa. A medida que progresan estos cambios ateroscleróticos, los linfocitos T y los monocitos (que se convierten en macrófagos) infiltran el área para fagocitar los lípidos y después morir. Esto lleva a que las células de músculo liso dentro de los vasos proliferen y formen una capa fibrosa sobre el núcleo de tejido graso necrosado, que al mismo tiempo tiende a calcificarse. Estos depósitos, llamados **ateromas** o placas, sobresalen hacia la luz del vaso, estrechándolo y obstruyendo el flujo sanguíneo.

Si la capa fibrosa de la placa es gruesa, la acumulación de grasa permanece relativamente estable, resiste a la presión del flujo sanguíneo y al movimiento del vaso. Si la capa es delgada, el núcleo graso puede crecer y propiciar su rotura, lo que favorece la formación de un trombo. Si este obstruye el flujo sanguíneo coronario ocurre un infarto agudo de miocardio (IAM), que es la muerte de tejido cardiaco a causa de la isquemia. [1,3]

Son muchas las variables que inciden en la aparición y/o agravamiento de la aterosclerosis y, por tanto, en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular con mayor prevalencia, la arteriopatía coronaria. Entre esas variables destacamos los marcadores de riesgo y los factores de riesgo.

## MARCADORES DE RIESGO

Los marcadores de riesgo son expresión de rasgos genéticos, sobre los que el individuo no tiene control alguno. [3] Por lo tanto, no son modificables. Destacamos:

- **Edad:** La incidencia de las enfermedades coronarias y del infarto miocárdico aumenta linealmente con la edad. [1]
- **Sexo:** En las mujeres premenopáusicas, la incidencia de la arteriopatía coronaria es significativamente más baja que en los varones. Sin embargo, el riesgo de la mujer posmenopáusica tiende a igualarse al riesgo del hombre. Esto se atribuye a la disminución de los niveles de estrógenos. [1]
- **Antecedentes familiares:** Cuando la tendencia familiar es positiva se asocia con un mayor riesgo de cardiopatía, lo que hace pensar en la presencia de factores genéticos. [5]

## FACTORES DE RIESGO

Los **factores de riesgo** son aquellos sobre los que sí tiene control la persona. Por lo tanto, son suscepti-

bles de ser modificados, ya sea cambiando algún hábito personal o el estilo de vida.

Se habla de cuatro factores de riesgo cardinales para la arteriopatía coronaria (hipertensión, hiperlipidemia, tabaquismo y diabetes), porque no necesitan combinarse con otras variables, sino que tienen capacidad de actuar *per se*. [1,2,3,5]

## - Hipertensión arterial (HTA)

La hipertensión se define como mediciones de la presión arterial que repetidamente exceden de los 140/90 mmHg, aunque en personas con más de 65 años se habla de hipertensión cuando las cifras superan los 160/90 mmHg.

La presión arterial elevada por tiempo prolongado puede resultar en mayor rigidez de las paredes de los vasos, lo que conduce a su lesión, provocando una respuesta inflamatoria en la íntima.

Por otro lado, la HTA incrementa la carga de trabajo del ventrículo izquierdo, que debe bombear más fuerte para impulsar la sangre hacia las arterias. Con el tiempo provoca que el corazón se agrande y engruese (hipertrofia), condición que eventualmente conduce a insuficiencia cardiaca.

## - Hiperlipidemia

La hiperlipidemia se refiere al aumento de los niveles de colesterol y triglicéridos en sangre. El colesterol puede obtenerse directamente de los alimentos de origen animal, o puede ser producido por el hígado y el intestino. Por su parte, los triglicéridos derivan de los ácidos grasos encontrados en el tejido adiposo o en la dieta.

La correspondencia entre los niveles elevados de colesterol en sangre y las cardiopatías está bien establecida y aceptada. De hecho, el riesgo se multiplica entre 3 y 6 veces cuando están incrementadas las concentraciones séricas de colesterol.

Aunque el metabolismo de las grasas es complejo y difícil de entender, hay diversos componentes clave para comprender el desarrollo de las cardiopatías. Las grasas, que son insolubles en agua, están rodeadas por lipoproteínas hidrofílicas de modo que puedan transportarse por el sistema circulatorio, cuya base es el agua. Tres de estos elementos del metabolismo de las grasas, el colesterol total, las lipoproteínas de baja densidad (LDL), y las lipoproteínas de alta densidad (HDL) se citan como factores básicos en el desarrollo de enfermedad cardiaca.

Las LDL producen efectos dañinos en las paredes arteriales y aceleran el proceso aterosclerótico; por el contrario, las HDL ayudan a la utilización del colesterol total al transportar las LDL al hígado donde son biodegradadas y posteriormente excretadas.

*Las medidas de prevención del tabaquismo resultan claves.*

Probablemente, el estudio estadístico más importante en el que se ha relacionado a las concentraciones más bajas de colesterol con una menor incidencia de la arteriopatía coronaria sea el llevado a cabo en EE.UU. por el Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial (LRC-CPPT), ya que los datos fueron analizados con diversos métodos estadísticos y todos ellos ofrecieron los mismos resultados. [4]

## - Tabaquismo

Los fumadores presentan un riesgo hasta diez veces mayor de muerte cardiaca súbita que el resto de las personas. Además, se cree que la exposición al humo de otros fumadores (tabaquismo pasivo) causa enfermedad cardiaca en no fumadores. [1,3]

El riesgo de sufrir una arteriopatía coronaria crece de forma proporcional al consumo de cigarrillos por día. Este hábito contribuye a la aparición y a la gravedad de la enfermedad, debido a que:

*El control de la hipertensión y la diabetes son imprescindibles*

* La inhalación de humo aumenta el nivel de monóxido de carbono en sangre. Debido a su mayor susceptibilidad a combinarse con la hemoglobina, el monóxido de carbono priva a los tejidos de oxígeno; entre ellos, al miocardio.
* El ácido nicotínico desencadena la liberación de catecolaminas, que elevan tanto el ritmo cardiaco como la presión arterial. Del mismo modo, puede causar constricción de las arterias coronarias, agravando posibles lesiones ateroescleróticas existentes.
* El tabaquismo provoca una respuesta vascular disminuida y aumenta la adhesión plaquetaria, lo que conduce a una mayor probabilidad de formación de trombos.
* El tabaco modifica el perfil lipoproteíco, disminuyendo los niveles de HDL.
* El tabaco interfiere en la eficacia de los medicamentos, aumentando la probabilidad de recidiva del IAM y de muerte súbita. Por ello, los fumadores tienen peor pronóstico.

## - Diabetes

La relación entre la diabetes mellitus y las cardiopatías están asentadas. Se ha apreciado que la aterosclerosis coronaria es de dos a tres veces más prevalente en las personas con diabetes, sin importar los niveles de lípidos séricos. La diabetes acelera el proceso aterosclerótico al engrosar la membrana basal de los vasos.

La hiperglucemia favorece una mayor agregación plaquetaria y un funcionamiento alterado de los eritrocitos, lo que puede conducir a formación de trombos.

Por otra parte, se ha observado en los diabéticos una predisposición a la degeneración vascular y al metabolismo anormal de los lípidos.

La hiperglucemia controlada sin modificar otros factores de riesgo no reduce la posibilidad de cardiopatía. Si están presentes otros factores de riesgo, deben mantenerse bajo control. (1)

## - Otros factores de riesgo

Se han descrito otras variables que parecen contribuir, ligadas a las anteriores, a un mayor riesgo de sufrir una arteriopatía coronaria.

Se cree que el **estrés y ciertos patrones de conductas** contribuyen a la patogénesis de la arteriopatía coronaria y a los eventos cardiacos, sobre todo en mujeres. Los estudios psicológicos y epidemiológicos describen comportamientos que caracterizan a personas propensas a enfermedad cardiaca: competitividad excesiva, impaciencia, agresividad y hostilidad. Una persona con este tipo de conductas se clasifica como tipo A propensa a eventos coronarios.

Los individuos que se encuentran en esta clasificación tal vez no sean proclives a arteriopatía coronaria como se pensaba en el pasado; la evidencia de esto es inconclusa. A pesar de todo, como medida de prevención, dichas personas deben alterar sus conductas y respuestas a sucesos desencadenantes, y reducir otros factores de riesgo. (1,3)

A su vez, debemos indicar que la **obesidad** está altamente relacionada con la hipertensión arterial, la hiperlipidemia y la diabetes, siendo por tanto muy estrecha su vinculación a la enfermedad cardiaca.

Otro factor de riesgo a tener en cuenta es el **sedentarismo**. Se han demostrado los efectos beneficiosos del ejercicio físico.

Se han mencionado otros muchos factores como **hiperuricemia, los niveles altos de fibrinógeno, consumo de alcohol**, etc. (2)

## PREVENCIÓN. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

*Se recomienda el consumo del aceite de oliva por sus propiedades*

La enfermería juega un papel decisivo en la prevención de la arteriopatía coronaria, al haber adquirido los conocimientos y la experiencia necesarios para impartir enseñanzas profilácticas en la comunidad.

Es primordial para el diplomado en enfermería la comprensión de la hipertensión, la hiperlipidemia, la diabetes y el tabaquismo como factores de riesgo cardinales que contribuyen a un mayor riesgo de sufrir una arteriopatía coronaria, puesto que a través de la educación sanitaria aspira a lograr un cambio de hábitos en la población, con el fin de conseguir la no aparición, reducción, o desaparición de estos factores de riesgo, promoviendo un estilo de vida saludable (prevención).

Además, estará capacitado para realizar una detección precoz de sujetos de alto riesgo, que son aquellas personas en la que se asocian más de un factor de riesgo. Su labor con este segmento de población será la de proporcionar educación y recomendaciones individualizadas, así como una vigilancia y atención continuas.

Por otro lado, el empeño de cada persona por fomentar su salud es una cuestión muy personal, y depende estrechamente de los deseos y motivaciones internas de cada uno. Debido a esto, la enfermería, a través de los programas de promoción de la salud, también pretende alentar al individuo a que asuma el compromiso de su propio bienestar y a desarrollar actuaciones que tengan efectos positivos sobre este.

Así, los individuos que aceptan que el estilo de vida tiene efectos determinantes sobre la salud, evitan conductas de alto riesgo como el tabaquismo, consumo excesivo de bebidas alcohólicas, sobrealimentación y otros comportamientos no saludables. De igual forma, se responsabilizan en adquirir hábitos que influyen de manera positiva en la salud como ejercitarse con regularidad o ingerir una dieta equilibrada.

Las líneas básicas de intervención de enfermería en la prevención de la arteriopatía coronaria son:

### - No tabaquismo

Lo más interesante es evitar la adquisición del hábito, sobre todo entre la población más joven por ser los más susceptibles. Para ello, deben establecerse campañas de prevención del tabaquismo.

Si ya es fumador, se anima a la persona a que deje de fumar mediante el asesoramiento acerca de los perjuicios que el tabaco provoca en su salud, así como con motivación consistente y mensajes de refuerzo. A la vez, se consideran muy útiles los grupos de apoyo y ciertos fármacos.

Las personas que dejan de fumar reducen su riego de cardiopatía en el primer año y continúa disminuyendo en tanto se abstengan de fumar. (3)

### - Ejercicio físico

Un ejercicio físico adecuado a cada situación personal, de carácter moderado, progresivo, diario y aeróbico redundará muy a favor de la salud del que lo practique. Entre sus beneficios, destacamos los siguientes:

* Cardiovasculares: El ejercicio puede optimizar la eficiencia del corazón, debido a que reduce la frecuencia cardiaca y la presión sanguínea, y mejora el gasto cardiaco.
* Metabólicos: La disminución de las LDL en sangre y la regulación de los niveles de glucemia, se han asociado con una menor probabilidad de sufrir enfermedades cardiovasculares. De la misma manera, se reduce el peso corporal por el aumento del gasto de calorías.
* Psicológicos: Los beneficios como la reducción de la ansiedad y la depresión, también pueden ser valiosos.

*El pescado azul es fuente importante de ácidos grasos insaturados*

Debe estructurarse un esquema de ejercicios para cada persona, tomando en cuenta su estado físico y factores conocidos de riesgo, cardiovascular o de otro tipo. Un programa apropiado de deporte surte un efecto positivo de importancia en el funcionamiento general de la persona, en su aspecto externo y en su estado de salud.

## - Modificaciones en la dieta

El nivel de colesterol, por lo general, puede controlarse mediante la dieta y el ejercicio ya descrito. El reducir la grasa consumida diariamente disminuye la disponible para el metabolismo y su conversión en colesterol. Es recomendable una dieta que contenga menos del 30 % de grasas (en relación con las calorías totales diarias de la dieta), de las cuales sólo el 10 % podrá ser como máximo de grasa saturada. El colesterol total consumido a diario no sobrepasará los 300 mg.

En caso de que el paciente presente cifras elevadas de colesterol en sangre, no podrá exceder los 200 mg de colesterol por día, y la grasa saturada supondrá como máximo un 7% del total de las calorías ingeridas.

Entre las pautas dietéticas recomendadas a cualquier persona que quiera controlar sus niveles de colesterol, destacamos las siguientes:

* Moderar el consumo de grasas saturadas. Estas se encuentran frecuentemente en las grasas animales. Se debe limitar la ingesta de carnes rojas, y solo partes magras, a 1 ó 2 raciones por semana. Se desaconseja el consumo de pastelería, mantecas, embutidos, despojos (inclusive los que se añaden a ciertas comidas, como tocinos, chorizos y morcillas), etc.
* Aumentar las grasas insaturadas. Se debe incrementar más la calidad que la cantidad. Debemos destacar la base de la dieta mediterránea, el aceite de oliva, que posee en su composición ácidos grasos monoinsaturados y poliinsaturados, que ayudan a disminuir la concentración de colesterol sérico. También se han descrito propiedades beneficiosas a los aceites de girasol y de soja. Se desaconsejan otros aceites “vegetales”, como el de coco, palma y palmito, que se encuentran en muchos productos etiquetados como tal.

Entre otros alimentos recomendados por su aporte en grasas insaturadas y por contribuir a equilibrar la dieta, podemos destacar el pescado azul, ciertos frutos secos (nueces, pasas,...), etc.

* Aumentar la fibra. El consumo de fibra debe superar los 25 ó 30 g. Algunas de sus acciones en el organismo son los efectos saciante (disminuye el apetito y, por tanto, el consumo excesivo de alimentos); y quelante (por el que se incrementa la motilidad

*El ejercicio físico regular disminuye el riesgo cardiovascular*

intestinal, y con ello disminuye el tiempo de contacto de los alimentos con la mucosa intestinal, disminuyendo la absorción de grasas). Por ello, se recomienda una dieta rica en fibra, presente en frutas, verduras, cereales y legumbres.

* Consumo moderado de sal. Si la persona sufre hipertensión se le recomienda una dieta pobre en sodio. Los productos a evitar son, básicamente, aquellos de los que desconocemos su contenido exacto en sal: pastillas de caldo, embutidos, frutos secos salados, conservas, salazones, etc. Por el contrario, se recomendará la utilización de especias como saborizantes.
* Reducir el consumo de alcohol. Evitar las bebidas de alta graduación y fomentar el consumo moderado (1 vaso/ día) de las bebidas de poca graduación (como vino y cerveza).

El mantener los niveles séricos del colesterol total, LDL y HDL en un rango terapéutico es el objetivo para cualquier persona, ya sea para eliminar este factor de riesgo, o bien como tratamiento a una cardiopatía ya instaurada.

Los niveles de colesterol total por debajo de 200 mg/100 ml y una relación de LDL a HDL de 3.5 a 1 se consideran aceptables.

### - Prevención y control de la hipertensión

La detección temprana de la presión arterial elevada y el cumplimiento con un régimen terapéutico puede prevenir las consecuencias graves asociadas con la hipertensión no tratada. Además de tratamiento farmacológico, se insistirá en los modelos dietéticos y de ejercicio físico descritos anteriormente.

### - Prevención y control de la diabetes

Con el fin de que no aparezcan problemas relacionados con la diabetes, es muy interesante que se proceda con rapidez al diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad.

Se ofrecerá información sobre la enfermedad, haciendo hincapié en que no se tomen hidratos de carbono simples, ni “productos para diabéticos”. En cuanto al ejercicio, es muy positivo, siempre que hagamos ver al diabético que sólo podrá practicarlo cuando la glucemia esté controlada y teniendo muy presente el riesgo de hipoglucemia.

### Manejo del estrés

El estrés como parte del estilo de vida moderno se ha vuelto inevitable en las sociedades urbanas contemporáneas, donde son excesivos los niveles de productividad requeridos. Para contrarrestar los efectos negativos del estrés, cada vez se hace más énfasis en animar a las personas para que controlen la situación y reduzcan los efectos dañinos de este. Las técnicas como relajación, ejercicio físico y modificación de las situaciones que causan estrés, se incluyen con frecuencia en los programas de prevención.

## CONCLUSIONES

La educación sanitaria se plantea como una de las estrategias fundamentales para dar a conocer entre la población los efectos altamente perjudiciales de la aterosclerosis, siendo esta una de las razones fundamentales por las que la patología coronaria ocupa el primer lugar en cuanto a muertes en los países desarrollados.

En consecuencia, el diplomado en enfermería debe participar activamente, desde todos los ámbitos, en la concienciación de la comunidad respecto a estilos de vida cardiosaludables.

El simple hecho de establecer una dieta equilibrada, practicar ejercicio físico moderado, educar en el no tabaquismo, el control de enfermedades como la hipertensión y la diabetes, y el manejo del estrés se perfilan como pautas básicas para proteger y potenciar nuestra salud cardiovascular. Este cambio de hábitos también repercutirá en una mayor calidad de vida.

## BIBLIOGRAFÍA


- (1). Long B.C., Phipps W.J. y Cassmeyer V.L.: “Enfermería médico-quirúrgica”. 3ª edición. Ed. Hartcourt Brace. Madrid, 1997.
- (2). Beare P.G. y Myers J.L.: “Enfermería médico-quirúrgica”. 2ª edición. Ed. Mosby Doyma. Madrid, 1997.
- (3). Smeltzer S.C., y Bare B.G.: “Enfermería médico-quirúrgica”. 9ª edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana. Madrid, 2002.
- (4). Acierno L.J.: “Historia de la cardiología”. Ed. Edika med. Barcelona, 1995.
- (5). Stillwell S.B. y Randall E.M.: “Guía clínica de enfermería de cuidados cardiovasculares”. 2ª edición. Ed. Mosby Doyma. Madrid, 1995.

# Alzheimer en las Residencias Geriátricas de la Zona Básica de Salud de Alcalá de Guadaira

**Rebolloso Azor, Regina.**
DE. Centro de Salud del Campo de las Beatas (Alcalá de Guadaira). Sevilla
**García Carmona, Alicia.**

## RESUMEN:

Cada día la pirámide de población en España es más anciana; el desarrollo tecnológico ha proporcionado una mayor esperanza de vida y la natalidad ha comenzado a disminuir, esto unido a la incorporación de la mujer al trabajo (figura hasta ahora más representativa del rol cuidador) y otra serie de factores, ha confluido en la necesidad de aumentar el número de residencias geriátricas "hogar de nuestros ancianos".

La enfermedad de alzheimer, enfermedad degenerativa que va mermando facultades físicas y psíquicas de los individuos, requiere de una serie de cuidados muy específicos para los cuales se necesita un elevado coste económico y una gran disponibilidad personal.

Las residencias geriátricas son una de las soluciones ofrecidas a las familias de éstos pacientes, de ahí que éste estudio se centre en éste tipo de instituciones.

## PALABRAS CLAVE:

Alzheimer, Residencias Geriátricas, Demencia, Deterioro Cognitivo

## INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de alzheimer en una enfermedad degenerativa, que lenta y progresivamente destruye las células del cerebro.

Lleva éste nombre por Alois Alzheimer, neurólogo alemán que en 1907 describió por primera vez los síntomas, así como las características neuropatológicas de la enfermedad como: "placas y nudos en el cerebro".

Es un tipo de demencia que provoca lentamente la pérdida de la memoria , desorientación temporoespacial, dificultades en la comprensión de las realidades y en la comunicación.

En definitiva, el enfermo carece de autonomía y necesita ayuda para satisfacer necesidades básicas, como la alimentación a o la higiene.

Al ser ésta una enfermedad de larga evolución que va mermando en la persona tanto sus capacidades físicas como cognitivas, el paciente a va a ser cada vez más dependiente de la figura de un cuidador principal (familiares y/o personal sanitario cualificado).

La enfermedad de alzheimer tiene un gran impacto, no solo sobre el enfermo sino también sobre su entorno familiar y social . Las relaciones entre los miembros de la familia y las de estos con su entorno social se ven modificadas a consecuencia de los cuidados que necesita el paciente. La atención del enfermo consume buena parte del tiempo y exige un gran esfuerzo físico y psíquico, sobre todo su cuidador principal, quien asume la mayor parte de las responsabilidades. La economía familiar también se resiente por el coste derivado del cuidado del enfermo.

Ante esta situación, la familia como recurso encuentra en las residencias geriátricas, un gran apoyo físico y psicológico y una vía de ayuda a tantas situaciones desconocidas y cambios de comportamiento por las que pasa ésta enfermedad progresiva y al menos de momento, irreversible.

En la actualidad no existe un tratamiento eficaz par ésta enfermedad y todos los esfuerzos se dirigen a aplicar unas medidas generales, que por una parte, traten los síntomas del paciente mediante medicamentos (fármacos neurolépticos) que alivien los problemas que vayan surgiendo y, por otra apoyen a los familiares que conviven con éstos pacientes ya que la evolución de la enfermedad en la mayoría de los casos es muy larga y dura de soportar para el entorno.

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA MÁS FRECUENTES EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER:

1. Alteración de los procesos mentales relacionados con pérdida de memoria, confusión y desorientación asociada a la demencia
2. Deterioro de la comunicación verbal relacionado con un deterioro del estado cognoscitivo
3. Alto riesgo de traumatismo relacionado con la falta de conciencia de los peligros ambientales secundario al déficit cognitivo
4. Incontinencia fecal y relacionada con la pérdida de memoria
5. Alteración de los modelos de la eliminación urinaria relacionada con la pérdida de memoria
6. Alteración del patrón sueño relacionado con la intranquilidad secundaria al déficit cognitivo
7. Déficit de autocuidados en la eliminación, aseo, higiene, vestido y evacuación relacionado con la debilidad, el deterioro del control motor y la pérdida de memoria.
8. Alteración de los procesos familiares debido a la crisis provocada por la enfermedad crónica de un familiar, la alteración de la vida familiar y la modificación de los papeles dentro de la familia
9. Aislamiento social (paciente y familia) relacionado con la ansiedad que sienten por la incapacidad y la pérdida de memoria y por la imposibilidad de dejarle solo
10. Ansiedad relacionada con los cambios o las amenazas reales o percibidas
11. Alto riesgo de violencia relacionado con la irritabilidad, frustración y desorientación, secundarias a la degeneración del pensamiento cognitivo.
12. Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad y con cambios psicofísicos

*Ayuda al enfermo de Alzheimer en las actividades de la vida diaria*

## MATERIAL Y METODO:

Es un estudio transversal, realizado a las 13 residencias geriátricas que se encuentran ubicadas en la Zona Básica de Salud de Alcalá de Guadaira (Sevilla)

Los datos de las diversas residencias han sido actualizados durante el 4 y el 28 de Abril de 2004, utilizando como base de datos, las historias clínicas del Centro de Salud “Campo de las Beatas” así como la información recogida directamente de las diversas residencias.

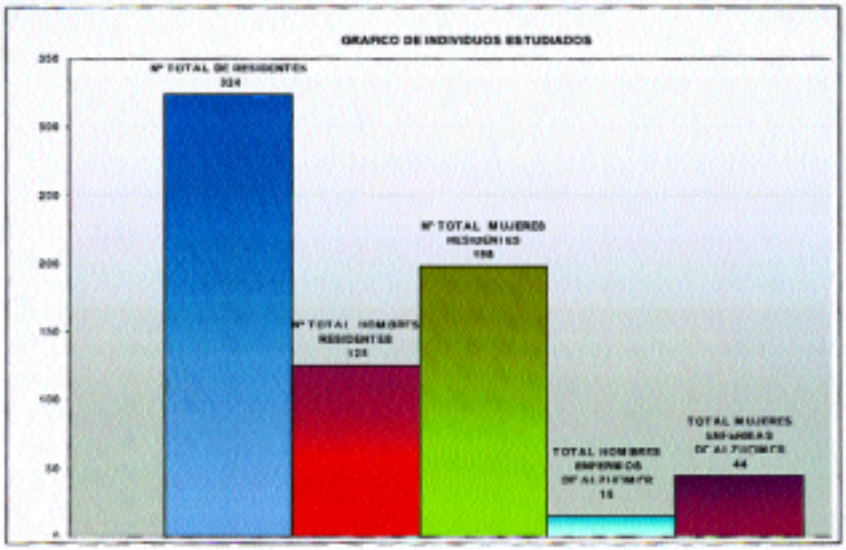
Los individuos que participan en el estudio, son personas mayores de 65 años incluyendo ambos sexos.

La finalidad de centrar el estudio en dichas instituciones, es debida a la fuerte demanda que en la sociedad actual existe de éstos servicios, como consecuencia de los cuidados específicos y continuos que estos paciente requieren para el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

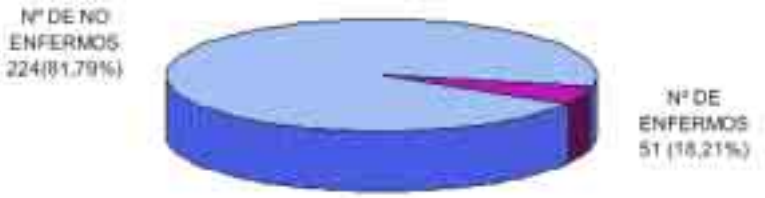
A cada residencia se le asignará un número para diferenciarlas entre ellas, consiguiendo así mantenerlas en el anonimato.

## RESULTADOS:

1. El 18,21% del número total de residentes estudiados, padecen o están diagnosticados de enfermedad de alzheimer.



**COMPARATIVA DE RESIDENTES NO ENFERMOS DE ALZHEIMER/RESIDENTES ENFERMOS DE ALZHEIMER**




| | |
|---|---|
| Número mujeres residentes<br>198 | Número casos mujeres alzheimer<br>44 |
| Número hombres residentes<br>125 | Número casos hombres alzheimer<br>X |

X=27.7 hombres – 15 casos reales = 12,7 casos más

*La enfermera como educadora en salud*

2. El total de mujeres residentes es superior al de hombres residentes.

3. El número de casos de alzheimer en el sexo femenino supera al del sexo contrario

4. En relación a la proporción residentes hombres/ residentes mujeres, la incidencia en las féminas es también mayor:
   - ✔ teniendo en cuenta que si el número total de mujeres residentes es de 198 y la incidencia de alzheimer es de 44 mujeres, proporcionalmente hablando el número de residentes hombres diagnosticados de alzheimer para que fuera el mismo, debería ser de 27,7 hombres 2,7 casos más de los reales, que son 15)

5. En R1 y R11, los casos de alzheimer se aproximan al 50% total de sus residentes
   Por lo contrario R7, R9 y R10 no registran ningún caso de alzheimer

## CONCLUSIONES

Como se ha observado en el estudio, la incidencia de enfermedad de alzheimer es notablemente importante en éste grupo de población. La cantidad de cuidados demandada , requiere un despliegue de la atención de los cuidadores en dos sentidos:

- **ATENCIÓN FÍSICA**
- **ATENCIÓN PSÍQUICA**

**a) ATENCIÓN FÍSICA:** el pilar básico de ésta atención estará determinado por la eficacia del trabajo en equipo del personal sanitario responsable de éstos enfermos (enfermería, médico de cabecera, asistente social y personal sanitario de las diversas residencias). Sus principales objetivos a éste nivel serán:

- Prevención de aparición de complicaciones (úlceras por decúbito, traumatismos, deshidrataciones, desnutriciones…)

- Rápida y eficaz solución de problemas cuando éstos surjan.

Para que esto sea posible, el equipo ha de hacer importante hincapié en la educación sanitaria al personal de las residencias, (atención de las necesidades básicas como higiene, alimentación, respiración…, cambios posturales, uso racional de medicamentos, higiene postural para los propios empleados…) ya que la mayor parte del tiempo empleado para el cuidado es llevado a cabo por el personal sanitario empleado por las propias residencias.
En ése sentido es de vital importancia que las vías de comunicación entre todos sean abiertas y fluidas.

**b) ATENCIÓN PSÍQUICA:**

- **A LOS PACIENTES:** desorientación, cambios de comportamientos, agresiones.

- **A LOS CUIDADORES PRINCIPALES:** presión a la que se ven sometidos por la responsabilidad que conlleva cuidar de los residentes

- **A LAS FAMILIAS:** el hecho de ingresar a éstos pacientes en las residencias les suprimirá el llevar solos a cabo ésta tarea tan dura de cuidarlos , pero ellos son también responsables del cuidado de sus familiares en todos los sentidos (deben estar informados de cualquier cambio y ser responsables de sus familiares)

*Actividades de ocio y tiempo libre en una residencia geriátrica*

## BIBLIOGRAFÍA


- Alzheimer XXI, ciencia y sociedad. Khachaturian Zaven S. Martínez Lage José Manuel. Editorial: Masson-salvat, 2001.
- La enfermedad de Alzheimer. Una guía práctica para cuidadores y familiares. William Mollo y Paul Caldwell. Editorial: Praidos Iberica S.A. Barcelona 2002
- Enfermería Médico-Quirúrgica de Bruner y Suddarth. _S.C. Smeltzer y B.G. Bare. Octava edición Mac Graw-Hill. Interamericana volumen I.
- Guía para cuidadores. La enfermedad de Alzheimer y trastornos relacionados. Washington State. Department of Social y Health Services.
- Comprender el alzheimer: cuidadores y profesionales. Guillén Martínez Paz. 1ª Edición. Dirección General para la Salud Pública- Servicio promoción de la Salud 2002
- Fronteras en la enfermedad de alheimer. Martínez Lage José Manuel, Blosa Rofrell: Universidad Autónoma Madrid. Marzo 2003
- Vivir con la enfermedad de alzheimer (u otra demencia). Jacques Selmes Micheline Antoline Selmes. Editorial Medita S.L. 2003
- Direcciones internet:
- www.alzheimer-online.org
- www.alzheimer-europe.org
- www.alzonline.net
- www.alzheimers.org


## AGRADECIMIENTOS:

Agradecemos su especial colaboración a los enfermeros del Centro de Salud Campo de las Beatas, Ana Jesús Caballero, Rocío Bravo y Sergio Pérez, a los doctores Diego Trujillo y Ana Coto, al personal de las residencias, así como a las enfermeras de enlace Carmen Escolar e Inmaculada Cortés, cuya ayuda ha hecho posible la realización de este estudio.

# Estudios con Radiología


- Dolores González Fernández.
  Diplomada en Enfermería. FREMAP. U.P.S. CIUDAD JARDÍN. Sevilla
- Agustín Míguez Burgos.
  Diplomado en Enfermería. FREMAP. U.P.S. CIUDAD JARDÍN. Sevilla



## RESUMEN

El objetivo de este trabajo es destacar el papel de la Enfermería dentro de la radiología y fomentar la aplicación de medidas de protección radiológica.

En cuanto al papel de la Enfermería destacaremos no sólo la realización de diversos tipos de exámenes radiológicos, sino también serán responsables de evaluar y documentar el estado del paciente, proporcionar información al paciente en relación con el procedimiento radiológico, así como la administración de medicamentos, contrastes u otros tipos de sustancias por vía intravenosa.

En el apartado de protección radiológica destacaremos los límites de radiaciones ionizantes fijados para cada circunstancia, así como las medidas de protección radiológica para el trabajador profesionalmente expuesto.



## PALABRAS CLAVES

* *Rayos x*
* *Radiología*
* *Radiodiagnóstico*
* *Dosímetro*
* *Protección radiológica.*


## INTRODUCCIÓN

La *radiología* es la rama de la medicina que utiliza sustancias radioactivas, radiación electromagnética y ondas sonoras para crear imágenes del cuerpo, sus órganos y estructuras con fines de diagnóstico y tratamiento. Las imágenes pueden mostrar la eficacia del funcionamiento del cuerpo, sus órganos internos y estructuras.

La *radioactividad*, es la desintegración espontánea de núcleos atómicos mediante la emisión de partículas subatómicas llamadas partículas alfa y beta, y de radiaciones electromagnéticas denominadas rayos X y rayos gamma.

El uso tanto diagnóstico como terapéutico, de las radiaciones ionizantes se ha generalizado de tal forma, que hoy resulta imprescindible para la prestación de una adecuada asistencia sanitaria.

Desde que se descubrieron las radiaciones ionizantes hace algo más de 100 años – rayos X por ***Röentgen*** en 1895 y la Radioactividad Natural por ***Becquerel*** en 1896- han ido desarrollándose multitud de aplicaciones en muy diversos campos. Estas vienen determinadas por las diferentes propiedades de este tipo de radiación.

Con todos estos estudios realizados se reconoció que la radioactividad era una fuente de energía más potente que ninguna de las conocidas.

Hoy día podemos decir que el fenónemo de radioactividad a asociado a radiología es relativamente joven., poco más de 100 años y se ha convertido en una ciencia altamente tecnológica, que cuenta con el equipo más moderno para obtener imágenes de todos los aspectos del cuerpo.

En la actualidad, las radiaciones ionizantes ocupan un lugar preponderante en la investigación, en la industria y en la sanidad nos interesa destacar la utilización de dichas radiaciones como método de diagnóstico y terapia en el campo de la salud, en sus tres vertientes :

### Radioterapia, Medicina Nuclear y Radiodiagnóstico.

Aunque ha existido preocupación acerca de los efectos secundarios potencialmente dañinos asociados

*Placas de radiología convencional*

con el uso de la radiación, se cree que los pequeños riesgos son con mucho sobrepasados por la información obtenida sobre las condiciones de los pacientes y la contribución de la radiología a la ciencia médica.

## PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE RADIOLOGÍA

*"La actividad curativa precisa de medios como el diagnóstico, entre los procedimientos de Enfermería figuran tareas tanto diagnósticas como curativas que el médico delega en el personal de enfermería, no precisamente como tarea de rutina en las que se funde su razón de ser, sino que entran dentro de la función propia de la enfermería que consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a su salud" (V. Henderson).*

Un objetivo fundamental de la Enfermería es contribuir con sus conocimientos y habilidades al fomento de la salud y a la prevención de la enfermedad.

Enfermería en su proyección profesional, como cualquier ciencia, no puede cerrar su actuación de forma estática y cerrada sino que tiene que estar abierta a todos y cada uno de los interrogantes de salud que se planteen por la constante evolución de la sociedad. Enfermería debe dar respuesta a la problemática de salud que plantea el uso de las radiaciones ionizantes.

La enfermería tiene como última finalidad el prestar su colaboración y cuidados en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del hombre y esta noción de actividad clínica que opera directamente sobre personas la eleva y separa nítidamente del plano puramente racionalista y cientificista y le confiere una dimensión humana irrenunciable.

En los Servicios de Radiodiagnóstico, Medicina Nuclear y Radioterapia, existen varios tipos de funciones, unas son técnicas y otras asistenciales.

Los profesionales de enfermería son responsables de realizar muchos de los diversos tipos de exámenes radiológicos, incluyendo rayos X, tomografías computerizadas, resonancias magnéticas, mamografías, etc. También asisten a menudo en los procedimientos radiológicos más complejos, como procedimientos quirúrgicos que requieren la sedación del paciente, o procedimientos que requieren la administración de medicamentos, contraste o sustancias radioactivas por vía intravenosa. Los enfermeros son los responsables de evaluar y documentar el estado del paciente, consultar con el radiólogo las necesidades específicas para el cuidado del paciente y proporcionarles información educativa a los pacientes en relación con su procedimiento radiológico.

*Sala de exploración radiológica: Tubo de Rx*

# PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

La protección radiológica se puede contemplar como *"un cuerpo de doctrina que se alimenta de los conocimientos sobre las radiaciones ionizantes y su interacción con la materia viva y que persigue la protección de los individuos, de sus descendientes y de la humanidad en su conjunto, frente a los riesgos derivados del uso de tales agentes físicos"*.

Los objetivos a nivel general son los siguientes.-

- Prevenir la incidencia de efectos biológicos ciertos y limitar la probabilidad de aparición de los efectos estocásticos a niveles que se consideren aceptables, por comparación con los riesgos generados por otras actividades humanas.
- Asegurar que las actividades que implican exposición a las radiaciones ionizantes estén justificadas.
- Para cumplir tales objetivos, en general bastaría con atenerse a tres principios básicos.-

1.- No debe adoptarse ninguna práctica con radiaciones ionizantes que no tenga un beneficio neto positivo para el individuo o la especie humana en su conjunto.
2.- Todas las exposiciones deben mantenerse tan bajas como sea razonablemente posible conseguir, teniendo en cuenta factores económicos y sociales.
3.- La dosis equivalente recibida por los individuos no debe sobrepasar los límites fijados para cada circunstancias.-

*Límites en 12 meses consecutivos para T.P.E y público.*

| | *T.P.E* | *Público* |
|---|---|---|
| *Exposición total y Homogénea (LD)* | *50 mSv* | *5 mSv* |
| *Exposición parcial:Dosis efectiva* | *50 mSv* | *5 mSv* |
| *Cristalino* | *150 mSv* | *15 mSv* |
| *Piel* | *500 mSv* | *50 mSv* |
| *Manos, antebrazos, pies* | *500 mSv* | *50 mSv* |
| *Cualquier órgano o tejido* | *500 mSv* | *50 mSv* |

*Límites especiales.*

| | |
|---|---|
| *Menores de 18 años (estudiantes mayores de 16 años)* | *3/10 de LD en TPE* |
| *Mujeres con capacidad de procrear, en abdomen* | *13 mSv/trimestre* |
| *Embarazadas* | *10mSv/embarazo* |
| *Operaciones especiales planificadas (nunca >5 LD en toda la vida)* | *2 LD en 12 meses* |

Habría que mencionar también las nuevas recomendaciones de la Comisión Internacional de Protección Radiológica en las que para la exposición ocupacional considera el periodo entre 18 y 65 años y propone el límite de 20 mSv/año como promedio en 5 años consecutivos, con un máximo de 50 mSv/año. Para el público propone un límite de 1 mSv/año o en circunstancias especiales de 1 mSv/año como promedio para 5 años.

*Elemento protección individual: Delantal plomado*

En cuanto a las medidas de protección para el trabajador profesionalmente expuesto, habría que mencionar las siguientes.-

**A.- Formación:** Ante de iniciar su trabajo, los profesionales deben recibir información de acuerdo a la responsabilidad y el riesgo del puesto de trabajo que vayan a ocupar.

**B.- Clasificación:** en función del riesgo a que esté sometido el trabajador expuesto.-

* *Categoría A.- Por las condiciones en que realiza su trabajo, no es improbable que reciba dosis superiores a los 3/10 de alguno de los límites de dosis establecidos para TPE (Trabajadores Profesionalmente Expuestos).*
* *Categoría B.- Por las condiciones en que realiza su trabajo, es muy improbable que reciba dosis que superen los 3/10 de alguno de los límites de dosis establecidos para TPE.*

*Elementos protección individual: protector de tiroides y gonadal.*

**C.- Vigilancia dosimétrica:** Es fundamental a la hora de determinar la dosis que reciben los TPE, suele ser de termo luminiscencia o película fotográfica.

La dosimetría personal debe ser realizada por una entidad autorizada por el Consejo de Seguridad Nuclear y con una periodicidad mensual.

Para los TPE de categoría A, es obligatorio el uso de dosímetro individual. En su historial dosimétrico se registrarán como mínimo las dosis mensuales y las acumuladas durante cada periodo de 12 meses consecutivos.

Para los TPE de categoría B, la dosimetría personal puede ser sustituida por dosimetría de área en las zonas de trabajo, siempre que esta permita estimar que las dosis recibidas son inferiores a los 3/10 de los límites fijados para TPE. En su historial dosimétrico se registrarán las dosis anuales determinadas por dosimetría de área.

Los trabajadores que sean profesionalmente expuestos en más de una instalación, están obligados a comunicar en cada una de ellas los resultados dosimétricos de las otras.

El titular de cada instalación deberá archivar el historial dosimétrico de los trabajadores y las dosimetrías de área, conservándolos por un periodo mínimo de 30 años contados a partir del cese del trabajador como TPE.

*Símbolo internacional de riesgo de irradiación: Zonas de permanencia limitada y controlada*

**D.- Vigilancia médica:** Todas las personas que vayan a trabajar en actividades con riesgo de exposición a las radiaciones ionizantes deberán someterse a un examen de salud previo que permita decidir su aptitud para ello. Posteriormente deben someterse a exámenes de salud con una periodicidad mínima de un año, para comprobar que siguen siendo aptos para el desarrollo de sus funciones. Existe una clasificación y señalización específica de los lugares de trabajo en función del riesgo de exposición.-

- *Zona de libre acceso:* No es probable recibir dosis superiores a 1/10 del límite para TPE.
- *Zona vigilada:* Es probable recibir dosis superiores a 1/10 del límite para TPE, pero muy improbable recibir más de 3/10.
- *Zona controlada:* es probable recibir dosis superiores a 3/10 del límite para TPE. Se dividen a su vez en.-
  * *De permanencia limitada:* existe riesgo de recibir dosis superiores a alguno de los límites anuales para TPE.
  * *De acceso prohibido:* existe riegos de recibir dosis superiores a alguno de los límites anuales para TPE, en una sola exposición.

La señalización de estas zonas se realiza mediante el símbolo internacional del trébol bordeado de puntas radia-

les acompañado de una leyenda superior que indique el tipo de zona y otra inferior que indique el tipo de riesgo. De modo que para zonas vigiladas su color es gris azulado, para controladas verde, para permanencia limitada amarillo y para las de acceso prohibido rojo.

Además el Consejo de Seguridad Nuclear recomienda que se sitúe sobre las puertas de acceso a las salas de exploración una señal luminosa roja que se ilumine mientras se produce la radiación, y acompañada de una leyenda que prohíba la entrada mientras esté encendida.

En las zonas de trabajo con riego de exposición a las radiaciones ionizantes se realizará una vigilancia radiológica con equipos de características adecuadas que permitan determinar los niveles de radiación existentes.

*Elemento protección individual: Guantes plomados*

Para confinar el riesgo de exposición de exposición y proteger a las personas se utilizan diferentes espesores de material absorbente entre estas y la fuente de radiación que se denominan barreras, y cuya finalidad es garantizar que los niveles de radiación fuera de la sala de exploración sean tan bajos como para que todas las áreas colindantes se puedan clasificar de libre acceso, a excepción del cuarto de control. Este revestimiento de las paredes, suelo y techo de la sala de exploración suele ser de plomo, y habrá que tener en cuenta además.-

* Las características del equipo y exploraciones.
* Los tornillos usados para sujetar el plomo deberán portar arandela y se cubrirán con el mismo espesor que la pared.
* El espesor de plomo debe ser especificado por un especialista.

* Tener cuidado con las conducciones de aire o de cualquier otro tipo, juntas, marcos, bastidores, etc.

Además de estas medidas, para la protección individual se utilizan tableros, gafas, guantes, protectores gonadales, de tiroides, petos, delantales, etc.

## BIBLIOGRAFÍA


1. www.methodisthealth.com
2. www.members.tripod.com
3. www.radiologiaudeg.galeon
4. Pérez Modrego, S.; Planta Bedmar, A.: “Radiaciones ionizantes. Fundamentos físicos, radiológicos y usos terapéuticos”. 1ª ed. Artes Gráficas y Cía. Madrid. 1965.
5. M. S. C. Protección Radiológica. Parte I. Conceptos generales. Colección sanidad ambiental. Madrid. 1988.
6. M. S. C. Protección Radiológica. Parte II. Radiodiagnóstico. Colección sanidad ambiental. Madrid. 1988.
7. Reglamento sobre Protección sanitaria sobre Radiaciones ionizantes. B. O. E. Núm. 37, de 12¡ de Febrero de 1992.
8. Martínez Durán, A. Et al.: “Protección Radiológica y garantía de calidad en Radiodiagnóstico”. SFMPR. Hospital Universitario. Granada, 1993.
9. ICRP-60. Recomendaciones 1990. Comisión Internacional de Protección Radiológica. SEPR. Madrid, 1995.

# El Auxiliar de Ayuda a Domicilio


- Nieves Oropesa Pazo.
  Diplomada en Enfermería. Monitora de Talleres de Empleo
- Ana Mª Rivera González de Eiris.
  Diplomada en Enfermería. Directora de Talleres de Empleo.



## RESUMEN

Cuando los achaques y la soledad se instalan en la vida de los mayores, y la atención, las capacidades físicas y el equilibrio ya no son los mismos, ellos y sus familias se enfrentan a un terrible dilema. Abandonar su casa, sus amigos, su barrio, sus tiendas … e ingresar en una institución en la que dan todo hecho, o bien enfrentarse en solitario a las caídas, los olvidos y los largos días en silencio. La ayuda a domicilio puede ser el camino intermedio, una mano tendida para vencer cada día en las pequeñas batallas que los mayores lidian en sus casas. Se trata de un servicio público, polivalente y social realizado por profesionales de la salud que presta ayuda a individuos y a familias en su domicilio cuando éstos se hallan incapacitados temporal o permanentemente por motivos físicos, psíquicos o sociales para realizar las tareas de la vida cotidiana, manteniéndolos en su hogar e integrándolos en su entorno, y consiguiendo, con ello, una mejor calidad de vida.



## GLOSARIO O PALABRAS CLAVES

Auxiliar de Ayuda a domicilio
Equipo multidisciplinar
Anciano
Envejecimiento


## INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas estamos asistiendo a un hecho sin procedentes en la historia que, sin embargo, no es un hecho uniformemente universal sino que se trata de un fenómeno pronunciado en países desarrollados como el nuestro. Estamos hablando del envejecimiento de la población consistente en la presencia de un número cada vez mayor de ancianos en nuestra sociedad, debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la natalidad.
Grafico nº.1( Pirámide de población)

Las proyecciones de futuro en nuestro país no indican que este proceso se detenga sino al revés, se acentuaran en los próximos años.

La importancia radica en que esta población anciana presenta un mayor numero de anomalías, situaciones de incapacidad y dependencia, condicionantes sociales desfavorables y consumo de recursos que precisan asistencia generalmente de larga duración y requieren de conocimientos, actitudes y habilidades especiales, es por eso que se hace necesario la presencia de profesionales encargados del cuidado de la persona mayor y del discapacitado para que pueda permanecer en su domicilio el mayor tiempo posible, y con unas condiciones socio-sanitarias de calidad, hablamos del AUXILIAR DE AYUDA A DOMICLIO.

## OBJETIVOS FUNDAMENTALES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO:

- Prevenir y evitar el internamiento innecesario de personas que, con una alternativa adecuada, puedan permanecer en su medio habitual.
- Atender situaciones coyunturales de crisis personal o familiar.
- Promover la convivencia del usuario en su grupo familiar y con su entorno comunitario
- Favorecer la participación del usuario en la vida de la comunidad.
- Colaborar con la familia en los casos en que estos por sí mismo no puedan atender totalmente las necesidades del usuario
- Apoyar a grupos familiares en sus responsabilidades de la vida diaria
- Favorecer en el usuario el desarrollo de capacidades personales y de hábitos de vida adecuados.

En definitiva, ofrecer una atención integral a los usuarios que de respuesta a la totalidad de las necesidades del individuo y en el que resalta el carácter educativo y preventivo de todas las intervenciones.

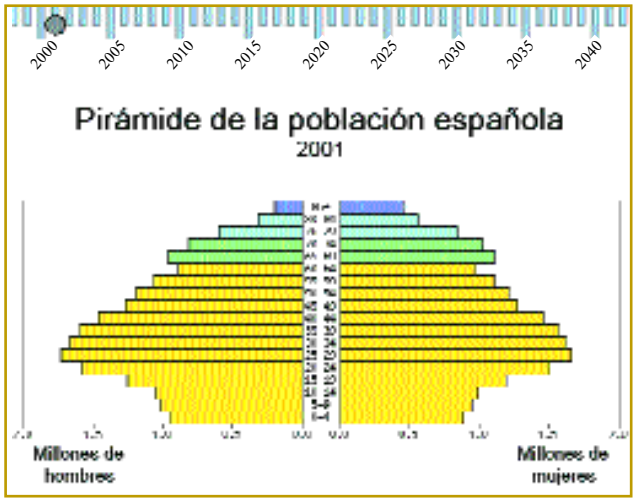
## FORMACIÓN QUE RECIBE EL AUXILIAR DE AYUDA A DOMICILIO

La profesión de Auxiliar de Ayuda a Domicilio se está consolidando como una profesión estable y que aglomera cada vez más un cuerpo de conocimientos que la hacen más específica, diferenciándola de otras de contenidos y praxis similares.

Actualmente, la formación que reciben los Auxiliares de Ayuda a Domicilio no es reglada pero sí deben abarcar una serie de contenidos específicos que la hacen única. Hoy la forma de acceder a un título que te acredite esta formación es diferente pero generalmente se produce con la realización de Cursos de Formación Profesional ocupacional, Talleres de Empleo, Casas de Oficios, etc. perteneciente a programas del S.A.E (Servicio Andaluz de Empleo) o de la Junta de Andalucía

Esta formación teórica-práctica debe contemplar contenidos de muy diversas ramas sociales:

- Que es el servicio de ayuda a domicilio
- Recursos sociales que se disponen
- Terapia ocupacional en el mayor y discapacitado
- Acomodación de la vivienda y eliminación de barreras arquitectónicas



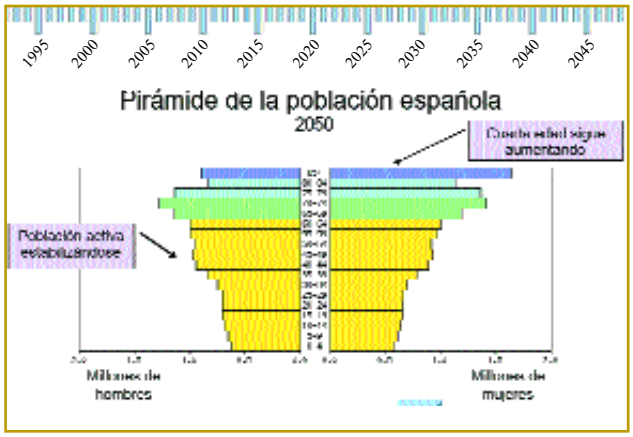




**Grafico nº 1 Proyecciones de futuro del envejecimiento de la población**

Y sanitarios, tales como:

- Instrumentación y técnicas de higiene personal
- Anatomopatologias y cuidados
- Toma de Ctes. Vitales
- Prevención de úlceras por presión
- Primeros auxilios

Formación que va destinada a dignificar una profesión que nunca ha sido reconocida lo suficiente por la confusión de roles que existían con respecto a ella, pero que requiere de un personal cualificado y formado para prestar una atención integral.

Además de todo esto, en la actualidad se está incorporando a los certificados de profesionalidad contenidos que aseguren habilidades en:

- La comunicación con los usuarios
- Dialogo, conversación,…
- Expresión de sentimientos
- La obtención de cambios conductuales
- Disculparse y admitir errores
- Aceptar críticas y aceptar que no se sabe todo

*Auxiliar de ayuda a domicilio en sus tareas*

- Prevenir las situaciones que puedan agravar el problema actual

- Orientar a los familiares y a los usuarios sobre los recursos de los que pudieran beneficiarse, así como de las enfermedades y discapacidades que se produzcan con el fin de facilitar una mayor comprensión de la situación.

- Reforzar las actitudes positivas ante la vida que se puedan realizar por el usuario.

- Actuar de forma eficiente en situaciones de emergencia con el fin de que el daño sea lo menor posible. (Gráfico 2)

Ya que repercute en la calidad de servicio y en el mejor trato con el usuario, consiguiendo potenciar las conductas autónomas y la relación con el entorno.

Todo este amplio cuerpo de conocimientos se complementa con una formación práctica desarrollando sus labores en diferentes geriátricos y servicios de ayuda a domicilio relacionados con el área de asuntos sociales que les permiten adquirir una experiencia óptima para afrontar su trabajo con gran profesionalidad.

## PERFIL DEL AUXILIAR DE AYUDA A DOMICILIO

- Sensible a problemas de la ancianidad, la infancia, los minusválidos, las familias, etc.
- Discreto, respecto a la intimidad de las personas a su cargo.
- Con unos conocimientos concretos
- Capacidad de trabajo en equipo y análisis de los elementos disfuncionales que intervienen
- Capacidad de empatizar con los problemas de la sociedad
- Ser capaz de educar y estimular
- Independiente de la problemática de los casos

## FUNCIONES QUE REALIZA EL AUXILIAR DE AYUDA A DOMICILIO.

Además, se realizan otras funciones de forma paralela a su intervención diaria, que no son menos importantes y que forman parte de las capacidades que el auxiliar debe adquirir en su formación:

## COORDINACIÓN DEL AUXILIAR DE AYUDA A DOMICILIO CON EL RESTO DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Las patologías asociadas a la edad y los problemas que sufren muchos ancianos, como alteraciones del lenguaje, desorientación, problemas de movilidad etc. requieren ser abordadas por un equipo multidisciplinar que con sus decisiones compartidas entre los distintos profesionales, pacientes y familiares aseguran la continuidad de la atención al paciente; promoviendo la independencia y el autocuidado como elementos claves en la recuperación funcional y reincorporación a la comunidad, garantizando el máximo bienestar y minimizando el sufrimiento de pacientes y familiares

El Equipo Multidisciplinar está compuesto y coordinado del siguiente modo:

1. La enfermera Hospitalaria, que coordina el plan asistencial durante la estancia hospitalaria y planifica con " la enfermera comunitaria de enlace" el momento del alta y su abordaje por los profesionales responsables en el domicilio.
   Su misión es muy importante, ya que además de sus cuidados resuelve dudas como: ¿Qué voy a hacer en casa?, ¿Cómo voy a moverle?, ¿A quién puedo preguntarle?, ¿ Qué pasa si ocurre algún problema?, ¿Quién me proporcionará el material?...

2. Enfermero de enlace: Tras conocerse a las personas incluidas en estos programas de ayuda a Domicilio, se realiza una valoración de la persona atendida y en los casos donde exista del cuidador/a principal o familiar.

| | | |
|---|---|---|
| **ACTUACIONES DE CARÁCTER DOMÉSTICO** | Son aquellas actividades y tareas cotidianas que realizan en el hogar destinadas al apoyo de la autonomía personal y familiar (Relacionadas con la alimentación y el vestido del usuario , así como del mantenimiento de la vivienda) | - Compra y preparación de comidas<br>- Lavado, planchado, repaso y ordenación de ropas<br>- Limpieza de la vivienda pequeñas reparaciones, pintura menor, etc. |
| **ACTUACIONES DE CARÁCTER PERSONAL** | Son aquellas actividades y tareas cotidianas que fundamentalmente recaen sobre el propio destinatario de la prestación, dirigidas a promover y mantener su bienestar personal y social | Aseo e higiene personal, ayuda a vestir y comer, compañía dentro y fuera del domicilio, seguimiento del tratamiento médico, acompañamiento para visitas médicas, gestiones, etc. |
| **ACTUACIONES DE CARÁCTER EDUCATIVO** | Son aquellas que van dirigidas a fomentar hábitos de conducta y adquisición de habilidades básicas. | Organización económica y familiar, formación en hábitos convivenciales, apoyo a la integración y socialización, etc. |
| **ACTUACIONES DE CARÁCTER SOCIO-COMUNITARIO** | Son aquellas actividades dirigidas a fomentar la participación del usuario en su comunidad y en actividades de ocio y tiempo libre | Salidas al cine, teatro, ferias, fiestas sociales, excursiones y otras. |
| **AYUDAS TÉCNICAS Y ADAPTADAS DEL HOGAR** | Son aquellas adaptaciones funcionales necesarias para solventar situaciones concretas y específicas de dificultad | Eliminación de barreras, acondicionamiento de la vivienda, y otras ayudas técnicas que apoyen la estructuración del hogar y núcleos familiares |
| **TAREAS SANITARIAS** | Actividades destinadas a la mejora de la salud del usuario y familiares | Realización de cambios posturales, aplicar técnicas de movilidad, traslado y fisioterapia, orientación temporo-espacial, etc |

**Grafico nº. 2 Funciones del auxiliar de ayuda a domicilio**

Con esta información la enfermera de enlace llega a acuerdos con los profesionales médicos, enfermero y trabajadores sociales del equipo de atención primaria sobre el plan de cuidados adecuados, y el reparto de tareas entre los profesionales.

Otra de las funciones del enfermero de enlace es prestar apoyo a los cuidadores principales, en función de las necesidades de cada caso, así como llegar a acuerdos con los servicios sociales, con objetivo de fijar criterios para gestionar material específico de ayuda a domicilio, como son bastones, carritos, andadores, colchones antiescaras, camas articuladas…

Y por último y no por ello menos importante, el enfermero de enlace también tiene como labor la formación de los profesionales de ayuda a domicilio, mediante la supervisión del trabajo y mediante cursos.

3. Trabajadores Sociales: Profesionales que reciben las demandas, realizan el estudio y valoración de la situación presentada y diseñan un proyecto de intervención adecuado junto con el enfermero de enlace, con quien se coordina para la supervisión, seguimiento y evaluación del servicio.

4. Auxiliares de Ayuda a Domicilio: Profesionales encargados de realizar las tareas de carácter doméstico y personal bajo las orientaciones del resto del equipo multidisciplinar.

## CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

Para evaluar los trabajos realizados por los profesionales del Servicio de Ayuda a Domicilio, se realizó un cuestionario que nos indicaba el nivel de aceptación que los

usuarios tenían acerca de las prestaciones dadas por los profesionales encargados de su cuidado.

Con el cuestionario se pretende dar a conocer una serie de puntos clave:

- La necesidad del Servicio de Ayuda a Domicilio.
- La calidad de los servicios prestados.
- La influencia en los usuarios.

La muestra ha sido realizada a los usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio de la localidad de Benacazón y con posterioridad han sido representados gráficamente.

Para tal fin, se ha utilizado un impreso que se adjunta a continuación.

| | |
|---|---|
| B | BIEN |
| R | REGULAR |
| M | MAL |
| NN | NO ES NECESARIO |

### A- ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA ADIARIA

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ayuda de movilizaciones, aseo, cambios posturales, vestido… | B | R | M | NN |
| Deambulación, moverse en casa… | B | R | M | NN |
| Colaboración en el acto de comer, beber | B | R | M | NN |
| Te han formado en algún hábito nuevo (comida, aseo, vestido, fármacos…) | B | R | M | NN |

### B- ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ayuda en fregar, menaje, cocina… | B | R | M | NN |
| Tareas propias de la limpieza del hogar; barrer, fregar… | B | R | M | NN |
| Cuidado de plancha y orden de ropa… | B | R | M | NN |
| Realización de compras y elaboración de comidas… | B | R | M | NN |
| Gestiones administrativas… | B | R | M | NN |

### C- ATENCIÓN PSICOSOCIAL

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Acompañamientos, pasear, favorecer las salidas al exterior… | B | R | M | NN |
| Colaboración en el buen estado de animo, descanso… | B | R | M | NN |
| Ha recibido un trato respetuoso y cariñoso | B | R | M | NN |

### D- ACTIVIDADES PREVENTIVAS

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Se han preocupado del control de su medicación, botiquín… | B | R | M | NN |
| Te han ayudado al bienestar físico y mental | B | R | M | NN |
| Control de usos de aparatos: silla de ruedas, Teleasistencia… | B | R | M | NN |
| Evitar accidentes en el hogar | B | R | M | NN |

### E- CUIDADOS BÁSICOS SANITARIOS

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Control de constantes vitales | B | R | M | NN |
| Acompañamientos a centros sanitarios | B | R | M | NN |
| Gestiones sanitarias | B | R | M | NN |
| Cuidados especiales ( piel , heridas…) | B | R | M | NN |

### F- OBSERVACIONES FINALES

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| En su opinión, el que exista este servicio de ayuda domiciliaria, le parece… | B | R | M | NN |

**Grafico nº. 3 (Cuestionario de evaluación)**

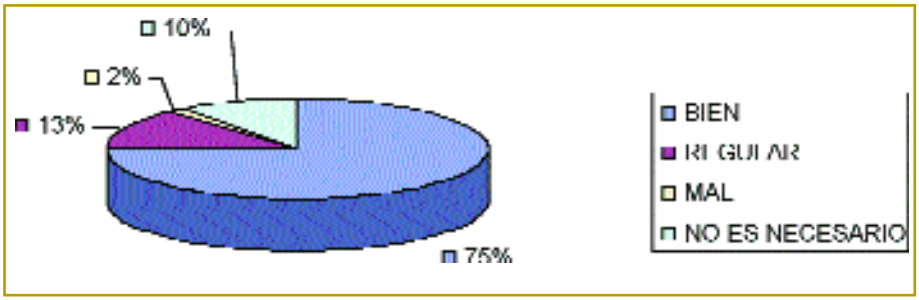



**Grafico nº. 4 (Datos obtenidos del cuestionario)**

## CONCLUSIÓN

La vejez se ha convertido en los últimos tiempos en un fenómeno característico de las sociedades occidentales. Este hecho plantea un gran reto: La necesidad de hacer frente a las incapacidades en los últimos años de vida..

Debemos recordar que la atención a los ancianos, enfermos, discapacitados… y otros sectores desfavorecidos por cuestiones políticas, sociales y económicas se realizaba hasta hace poco tiempo por cuidadores no profesionales, que ponían todo el empeño en el desarrollo de las tareas, aunque a veces se realizaban de forma ineficaz. Gracias a la figura del auxiliar de ayuda a domicilio, estas funciones se realizan con gran profesionalidad, dado que cuentan con un amplio cuerpo de conocimientos, basada en su formación teórico-práctica. Todo estos contenidos han servido para fortalecer una ocupación que en su practica diaria se retroalimenta y va constituyéndose como una de las opciones laborales más llamativas y dignificantes, permitiendo dar un valor y sentido a ese tramo tan difícil de la vida para un grupo elevado de ancianos y discapacitados.

## BIBLIOGRAFÍA


- Cuidados en la vejez. El apoyo Informal. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). 1999
- Evolución de la institucionalización de los ancianos en España. Fernando Jiménez Herrero. Editorial Glosa. 2001
- Manual de preparación para el técnico auxiliar de geriatría. Editorial MAD, S.L. 2000
- Ayuda a domicilio. Arcángel Titos Arjonilla. Formación Continuada Logoss, S.L. 2003
- Geriatría y gerontologia. Atención Integral al Anciano. Juan Carlos Cobo Domingo. Formación Continuada Logoss, S.L. 2000

# Elaboración de un Plan de Emergencias


- Fco. Javier Martínez Pérez
  D.E. Servicio de Urgencias de la Clínica de Fátima (Sevilla).
- Alonso Escalante Macías
  D.E. Servicio de Urgencias de la Clínica de Fátima (Sevilla).
- Carmen Tous Benítez
  D.E. UCI del Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla).
- Mª Teresa Espárrago Fernández
  D.E. Servicio de Radiodiagnóstico de la Clínica de Fátima (Sevilla).
- Mª Antonia García García
  D.E. Clínica Victoria Eugenia "Cruz Roja Capuchinos" (Sevilla).



## RESUMEN

El presente trabajo plantea un tema de actualidad desde los lamentables hechos ocurridos en Madrid el 11-M y define lo que es un Plan de Emergencias así como las distintas fases de las que consta su elaboración y puesta en acción.

A modo de resumen, podemos decir que el diseño general de un plan de emergencias corresponde a una serie de puntos o apartados que son los siguientes: **1) definición**; **2)** mapa de **riesgos** potenciales; **3)** catalogación de **medios y recursos**; **4)** procedimientos de **activación**; **5) estructura**; **6) efectos sobre la población** de la emergencia; **7) comunicación** del plan; **8) información** al público; **9) formación** para la actuación en la emergencia; **10) evaluación**, revisión y organización de simulacros y **11)** mecanismos de **coordinación** con otros planes de emergencias.



## PALABRAS CLAVE

Plan de emergencia, catástrofe, atención múltiples víctimas, áreas de riesgo, simulacro.


## INTRODUCCIÓN

A pesar de la experiencia acumulada y los avances desarrollados en determinados países en el ámbito de las catástrofes, es un hecho evidente que dicha cultura aún tiene mucho por avanzar en nuestro país. Por otra parte, el afrontamiento de una situación de desastre o emergencia requiere de una planificación y desarrollo logístico previo al acontecimiento lamentable en sí. De esto se ocupa precisamente la *logística*, que es el planeamiento que permite situar sobre el terreno los recursos necesarios, en el tiempo oportuno, para desarrollar una función determinada.

La propia situación de estrés entre el personal especializado y la población, genera en todos los casos un caos que tiende a absorber cualquier esbozo de organización. Es por ello por lo que se hace necesario un planteamiento previo del problema y de los recursos y formas de afrontarlo; así como la formación y el entrenamiento oportuno de profesionales que, desde su perspectiva, intervienen en dicha situación. En ese sentido es importante que todo enfermer@ de emergencias incluya en su programa de formación temas como el del presente artículo: ***"Elaboración de un Plan de Emergencias".***

## 1. QUÉ ES EL PLAN DE EMERGENCIAS

Un plan de emergencias es el mecanismo que:

- Determina la estructura jerárquica y funcional de las autoridades y organismos llamados a intervenir.
- Establece el sistema de coordinación de los recursos y medios tantos públicos como privados.
- Todo ello adecuadamente integrado para la prevención y actuación ante situaciones de grave riesgo, catástrofe o calamidad pública.

El diseño general de un plan de emergencias corresponde a una serie de puntos o apartados que son los siguientes: **1) definición**; **2)** mapa de **riesgos** potenciales; **3)** catalogación de **medios y recursos**; **4)** procedimientos de **activación**; **5) estructura**; **6) efectos sobre la población** de la emergencia; **7) comunicación** del plan; **8) información** al público; **9) formación** para la actuación en la emergencia; **10) evaluación**, revisión y organización de simulacros y **11)** mecanismos de **coordinación** con otros planes de emergencias.

**Situación de caos vivida en toda catástrofe**

## 2. DEFINICIÓN DEL PLAN DE EMERGENCIAS

Es de vital importancia definir una serie de conceptos como son el ámbito geográfico donde se aplica el plan y los objetivos generales y específicos del mismo que nos servirán en un futuro para plantear las bases de actuación así como la posterior evaluación.

## 3. CÓMO SE CONFECCIONA EL MAPA DE RIESGOS POTENCIALES

### 3.1. DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE RIESGOS

Se describirá brevemente la naturaleza del riesgo en función del origen del mismo: Inundaciones, avalanchas nevadas, incendios, hundimientos, seísmos, erupciones y fenómenos volcánicos, huracanes y ciclones, agresiones de origen industrial, riesgos del transporte, riesgos debido a concentraciones humanas y otros.

### 3.2. LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA DEL RIESGO

Cada riesgo detectado es inventariado y se consignará sobre un plano apropiado al efecto, especificando:

- ✔ Sus coordenadas
- ✔ La orografía del entorno
- ✔ Las vías de comunicación

### 3.3. ANÁLISIS DE LAS CONSECUENCIAS

Para cada tipo de riesgo se analizará las posibles consecuencias que puedan derivarse del mismo con especial atención a bienes y personas afectadas. Se elaborará un catálogo descriptivo y cuantitativo de bienes, posiblemente afectados.

### 3.4. DELIMITACIÓN DE LAS ÁREAS DE RIESGO

Tres áreas deben perfectamente estudiadas y delimitadas en perfectos colores:

- ✔ ÁREA DE SALVAMENTO: Es el área de evacuación en caso de siniestro; coincide con la zona siniestrada; en ella se realizan fundamentalmente las misiones encomendadas al Grupo de Intervención Operativa y el rescate sanitarios.
- ✔ÁREA DE SOCORRO: Es la inmediata a la de salvamento; en ella se realizan las operaciones de socorro sanitario y se organizan los escalones de apoyo al Grupo de Intervención Operativa.
- ✔ÁREA DE BASE: Es aquella donde se pueden concentrar y organizar las reservas; puede ser el lugar de organización de recepción de evacuados y su distribución a los albergues.

### 3.5. CÓDIGOS Y SIGNOS

Deben de estar bien definidos mediante colores, letreros, identificadores, etc. y deben ser de fácil interpretación y unívocos o conocidos por todos los integrantes del plan.

## 4. CATALOGACIÓN DE MEDIOS Y RECURSOS

### 4.1. MEDIOS DISPONIBLES PERMANENTEMENTE

Constituye la dotación básica del Plan y por su carácter específico:

- ✔ Son los medios propios que están siempre a disposición para una emergencia.
- ✔ Son los medios indispensables para asegurar la eficacia de las actuaciones en una situación de emergencia.

Se debe contar necesariamente con ellos, aunque habitualmente puedan estar destinados a otros usos no directamente relacionados con el Plan.

| MEDIOS HUMANOS Y MATERIALES DISPONIBLES PERMANENTEMENTE | |
|---|---|
| ***COMUNES PARA TODOS LOS PLANES*** | |
| **RECURSOS** | **DATOS IMPRESCINDIBLES** |
| Centro de Operaciones | Ubicación y teléfono |
| Redes de transmisión | Coordinador, composición, características, despliegue, etc. |
| Dispositivos de vigilancia y alerta | |
| ***DEPENDIENTES DEL PLAN*** | |
| **RECURSOS** | **DATOS IMPRESCINDIBLES** |
| Policía Municipal | |
| Servicio Sanitario | Coordinador, dirección, teléfono. |
| Servicio de Bomberos | Composición de las plantillas, ubicación. |
| Transporte de personas, carga, maquinaria | Características de los vehículos y maquinaria, ubicación, teléfonos etc. |
| Albergue | Locales del Ayuntamiento, ubicación y capacidad |
| Otros servicios | |

**Distintos profesionales actuando en el área de salvamento**

### 4.2. MEDIOS QUE SE ACTIVAN EN CASO DE EMERGENCIA

Son los que forman parte de la dotación de medios para el cumplimiento de las misiones de diversos organismos públicos, cuya intervención está prevista en cualquier tipo de emergencia.

- ✔ Unos se convierten en unidades operativas que se activan para el cumplimiento de las misiones que se les adjudiquen en el Plan.
- ✔ Otros colaboran con algunos de sus medios para el cumplimiento de finalidades específicas en la emergencia.

| MEDIOS HUMANOS Y MATERIALES QUE SE ACTIVAN EN CASO DE EMERGENCIA | |
|---|---|
| **RECURSOS** | **DATOS IMPRESCINDIBLES** |
| Guardia Civil | Composición, ubicación, localización telefónica, distancia |
| Policía Nacional | |
| Unidades Militares | |
| Incendios y salvamento supramunicipales | Petición a través de tiempo de respuesta |
| Cruz Roja | |
| Otros Servicios | |

### 4.3. MEDIOS MOVILIZABLES EN CASO DE EMERGENCIA

Son los bienes de naturaleza privada que, en su caso, serán requeridos para reforzar las dotaciones de los organismos públicos intervinientes en situaciones de emergencia. Su disponibilidad se consigue mediante requisa o indemnización a los propietarios.

### 4.4. RECURSOS NATURALES

Son todos aquellos existentes en el propio municipio, de naturaleza pública o privada, cuya utilización debe estar prevista para una situación de emergencia.

| RECURSOS NATURALES | |
|---|---|
| **RECURSOS** | **DATOS IMPRESCINDIBLES** |
| Embalses | Situación e itinerario, indicando posibilidad de toma para consumo, higiene o extinción de incendios. |
| Acequias | Situación e itinerario, indicando posibilidad de toma para consumo, higiene o extinción de incendios. |
| Pozos | Caminos de acceso a lugares de posible riesgo (públicos o privados) |
| Ríos | Vías férreas de acceso a lugares de posible riesgo |

### 4.5. RECURSOS DE INFRAESTRUCTURA

Son aquellos que, creados para el normal desenvolvimiento de la Comunidad, pueden utilizarse, en caso de emergencia, para la mejor ejecución de las acciones encaminadas al desenvolvimiento de los servicios intervinientes.

| RECURSOS DE INFRAESTRUCTURA | |
|---|---|
| **RECURSOS** | **DATOS IMPRESCINDIBLES** |
| Sanitarios<br>Hospitales<br>Sanitarios<br>Clínicas<br>Ambulatorios<br>Puestos de socorro | Ubicación, especialización,<br>Número de camas<br>Distancias<br>Ubicación y teléfono |
| Albergues<br>Iglesias<br>Cines<br>Discotecas<br>Almacenes<br>Escuelas<br>Hoteles | Capacidad y localización |

**Centro Coordinador del SAMUR de Madrid**

## 5. CÓMO SE ACTIVA EL PLAN

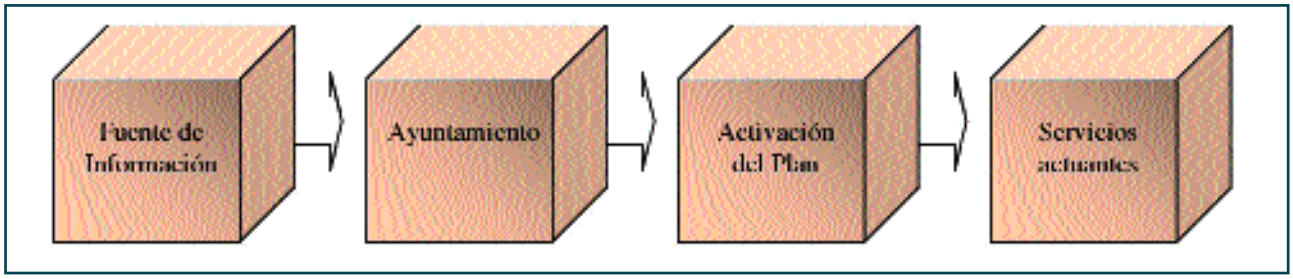
### 5.1. ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

- ✔ Establecimiento de mecanismos que permitan hacer llegar la información en tiempo y forma.
- ✔ Comprobación y evaluación de la misma.
- ✔ Traslado de la información al Director del Plan y a otras autoridades que el Plan determine.

### 5.2. FUENTES DE INFORMACIÓN

- ✔ Esporádicas: De los ciudadanos u organizaciones privadas.
- ✔ De los Órganos Superiores de Protección Civil (Servicios Provinciales; Comunidad Autónoma).
- ✔ De los Organismos Públicos (Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, otros Cuerpos de Policía, Instituto Nacional de Meteorología, Guardería Forestal, Servicio de Extinción de Incendios y Salvamento, otros).
- ✔ De los medios de Comunidad Social

### 5.3. MECANISMOS DE PUESTA EN ALERTA



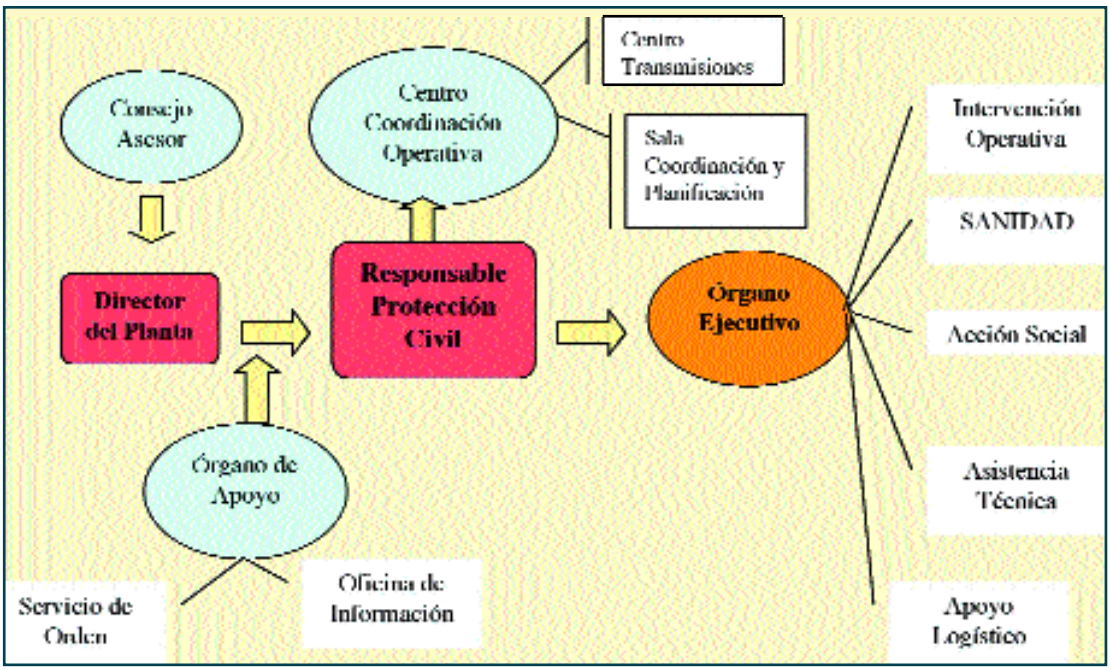
### 5.4. APLICACIÓN DEL PLAN

- ✔ Requiere declaración formal.
- ✔ Corresponde al Director del Plan (Alcalde).
- ✔ Puede acordarse en cualquier fase, y siempre en la de alarma.

### 5.5. TIPIFICACIÓN DE SITUACIONES

- ✔ PREEMERGENCIA — PREALERTA O FASE VERDE: Situación de anormalidad que no requiere la aplicación del Plan pero en la que es previsible su aplicación. Los servicios ordinarios pueden haber iniciado actuaciones puntuales.
- ✔ EMERGENCIA — ALERTA O FASE AZUL: Es aquella situación en la que se ha producido el hecho previsible que ha motivado ya intervenciones de los organismos llamados ordinariamente a intervenir pero que por la naturaleza y extensión del proceso de riesgo, éste puede alcanzar proporciones que requieren la aplicación del Plan para su control. En esta situación pueden ya haberse producido daños a personas y bienes de un modo limitado.
- ✔ EMERGENCIA — ALARMA O FASE ROJA: Los medios ordinarios han sido desbordados y no controlan la situación o existe grave riesgo de descontrol de la misma. Se han producido graves daños en personas y bienes.

## 6. ESTRUCTURA Y ORGANIGRAMA DEL PLAN




## 7. INFLUENCIA DE LA EMERGENCIA SOBRE LA POBLACIÓN

### 7.1. POBLACIÓN AFECTADA

La situación de emergencia **altera** sustancialmente las **relaciones** entre los miembros de la comunidad municipal y **provoca reacciones** distintas a las normales en la población. Estas situaciones serán más o menos intensas y manifestadas según sea el grado de **preparación** de la población y dependerá en buena manera de los esquemas de prevención existentes en la comunidad.

Las formas de comportamiento, las posibles reacciones, el arraigo de la población, la solidaridad, los niveles de formación cultural son elementos a tener presentes a la hora de la elaboración de un plan. El comportamiento de la masa merece un estudio profundo con carácter previo a la elaboración del plan.

### 7.2. NORMAS DE ACTUACIÓN PARA LA POBLACIÓN

La información es fundamental para evitar las más graves consecuencias que puedan derivarse de una situación calificada como de emergencia.

El plan debe contener unas normas que la población tendrá en cuenta a la hora de su actuación en la emergencia. Estas normas deben ser conocidas previamente y es peligroso esperar a que surja la emergencia adoptando una postura de no información en base a la falsa creencia de que es mejor no preocupar a la población.

Si las normas de actuación no existen, el plan falla. El plan significa norma de actuación de cumplimiento obligatorio en términos generales. Se trata de lograr que todo miembro de una comunidad en este caso municipal, se convierta en "elemento activo del plan''.

A las autoridades compele dar las disposiciones pertinentes para que las personas sepan moverse adecuadamente ¿Qué es lo que se tiene que hacer pensando en sí mismo y en los demás?, ¿Adonde tiene que dirigirse?, ¿Qué es lo que no se debe hacer?, ¿Qué postura se debe adoptar?, ¿Cómo administrar y encauzar el llamado exceso de celo'?. Dónde, cómo, con quién, para qué, durante qué tiempo, etc. son cuestiones que deberán quedar plasmadas de alguna forma en las normas dadas para la actuación de la población.

### 7.3. PROCEDIMIENTO DE EVACUACIÓN

Debe quedar claramente establecido. Se trata de una medida de seguridad por alejamiento de la zona del peligro y en ella debe preverse la colaboración de la población de manera personal y como grupo (familia, colegio, asociación de vecinos, etc.)

El procedimiento de evacuación debe tener programado el desarrollo de las misiones de salvamento, socorro, asistencia social, los medios, los itinerarios y las zonas de concentración o destino.

Es muy importante lograr la colaboración de la población. El evitar los movimientos de población sin orden ni concierto es reducir las consecuencias de la emergencia. Hay que tener prevista la actuación de las fuerzas y servicios del orden. El plan deberá ser estudiado de acuerdo con las dimensiones de la población, programas de actuación de evacuaciones en una cartografía simple en las que estén señaladas las normas de actuación, direcciones a utilizar, localización de los servicios públicos, zonas de apoyo, etc.

Deberán asimismo, estar previstos los medios de transporte, los lugares hacia donde se traslada la población; las tarjetas de evacuación, la documentación para los niños, las instrucciones sobre el equipaje familiar, las posibles reservas alimenticias de urgencia, etc. Y especial importancia deberá tener el esquema de regreso a sus hogares una vez superada la emergencia.

### 7.4. ALBERGUE Y CONTROL DE LOS COLECTIVOS EVACUADOS

Un capítulo importante de todo Plan es la organización y localización de los lugares donde la población debe permanecer durante la emergencia. El plan deberá tener prevista la norma de control de los evacuados con la documentación personal adecuada que permita localizar inmediatamente a cada persona. Los lugares elegidos como albergues, deberán reunir las condiciones de salubridad, higiene y seguridad idóneas. En los mismos deberá existir la reserva alimenticia y médica necesaria para una serie de días e igualmente los medios de abrigo oportunos.

En este capítulo del plan, los albergues de cada municipio deberán tener diseñadas las normas de reservas alimenticias de urgencia (botiquines, mantas, útiles de cocina, transistores, etc.) aprovisionamientos varios, y actuaciones concretas de las personas (equipos médicos de campaña, etc.).

Los lugares previstos como albergues (escuelas, oficinas, iglesias, campamentos, etc.) deberán estar permanentemente utilizables y en ellos deberá existir constantemente un esquema que permitirá la rápida adaptación de los mismos ante una emergencia.

**Evacuación de un herido**

## 8. INFORMACIÓN AL PÚBLICO EN EMERGENCIAS

Responsable de la Información: EL DIRECTOR DEL PLAN

A través de la: OFICINA DE INFORMACIÓN

OBJETIVOS:

- ✔ Centralizar, coordinar y preparar toda la información.
- ✔ Dar solamente noticias contrastadas, evitando rumores, informaciones incongruentes o contradictorias.

MEDIOS:

- ✔ Megafonía fija o móvil.
- ✔ Medios de comunicación social, radio, T.V., Prensa, etc.
- ✔ Otros medios de transmisión.

CONTENIDO DE LA INFORMACIÓN:

- ✔ Difundir órdenes.
- ✔ Normas de comportamiento.
- ✔ Dar consignas.
- ✔ Instrucciones para la evacuación (si se precisa)
- ✔ Recomendaciones orientativas.
- ✔ Evolución del desastre.
- ✔ Datos sobre las víctimas.
- ✔ Peticiones de colaboraciones específicas.
- ✔ Otras que considere necesario el Director del Plan.

Siempre que se informe de un desastre, con consecuencias para la población, simultáneamente, se señalarán las medidas preventivas para las personas y bienes establecidos en el Plan.

## 9. CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN PARA ACTUACIONES EN EMERGENCIA

### COLECTIVOS A FORMAR:

AUTORIDADES: Son los miembros del Órgano Directivo del Plan.

ACTUANTES:

- ✔ Funcionarios municipales (Capacitación profesional + formación para actuar en el Plan):
  - Fuerzas de Seguridad (Policía Municipal, etc.)
  - Miembros de los Servicios de Extinción de Incendios y Salvamento
  - Personal Sanitario
  - Otros funcionarios municipales
- ✔ Profesionales de otros ámbitos, integrados en el Plan
- ✔ Entidades colaboradoras de Protección Civil (Cruz Roja, etc.)
- ✔ Voluntarios ante emergencias:
  - EXPERTOS (Espeleosocorristas, submarinistas, etc.).
  - TAREAS AUXILIARES: Sectorializados al servicio de los distintos grupos de acción

POBLACIÓN:

- ✔ Educación para la autoprotección ciudadana.
- ✔ Población escolar.

## 10. EVALUACIÓN, REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL PLAN

- ✔ Revisión y actualización: El propio Plan contendrá los mecanismos de revisión y actualización estableciendo su periodicidad.
- ✔ Evaluación: Mediante simulacros y ejercicios, cuyo juicio crítico determine la operatividad del Plan.
- ✔ Características de los simulacros:
  - Parten de una situación de emergencia predeterminada
  - Comprueban la mecánica interna y funcional del Plan o de la parte que corresponda al simulacro.
  - Son globales cuando afectan al conjunto del Plan.
  - Son parciales cuando afectan a uno o más grupos o a los Centros de Coordinación Operativa.
  - Son completos cuando intervienen los medios y recursos necesarios asignados al Plan.
  - Son de cuadros cuando intervienen sólo los responsables.
- ✔ Características de los Ejercicios:
  - No existe predeterminación de situación de emergencia.
  - Afecta a unidades concretas asignadas al Plan.
  - Comprueba el grado de capacitación y formación del personal.
  - Comprueba el grado de mantenimiento y la eficacia de los equipamientos.
  - Comprueba los tiempos de respuesta.

**Ejercicio de simulación**

**Equipo de Emergencia realizando un simulacro**

## 11. MECANISMOS PARA LA COORDINACIÓN CON PLANES DE OTROS ÁMBITOS

Toda acción de Protección Civil por simple que sea, debe obedecer a la actividad de un Plan previsto con anterioridad y para asegurar una acción de conjunto con otros Planes de distinto ámbito territorial. La planificación debe apoyarse en los siguientes criterios.

**• AUTONOMÍA DE ORGANIZACIÓN Y DE GESTIÓN**

Todas y cada una de las Administraciones Públicas en sus ámbitos competenciales respectivos, deben disponer de capacidad suficiente para organizar su Protección Civil, en función de:

1. La titularidad de los Servicios relacionados con la Protección Civil.
2. La disposición de medios humanos y materiales para la dotación de los correspondientes Servicios.
3. Las características y ámbito del riesgo, incluso su duración en el tiempo.
4. La efectiva capacidad de intervención frente a la emergencia.

**• COORDINACIÓN**

El principio universal de la escasez de medios para la total cobertura de las exigencias de garantía de protección al ciudadano y a sus bienes, hace necesaria, la coordinación de estructuras y medios.

Esta coordinación se hace igualmente imprescindible en el terreno de las actuaciones, pues éstas, para conseguir una respuesta eficaz ante una emergencia deben estar perfectamente estructuradas tanto funcional como orgánicamente, de manera que no se produzcan disfunciones en las líneas jerárquicas de mando y en la utilización de medios y recursos de las diferentes Administraciones Públicas.

**• COMPLEMENTARIEDAD**

La aplicación de este criterio tiende a evitar la duplicidad y/o ausencia de medios para conseguir que, en el conjunto de las actuaciones, se garantice la optimización indispensable de los mismos para la prevención y corrección de la emergencia.

**• SUBSIDIARIEDAD**

En una estructura general de Protección Civil que necesariamente ha de estar formada por distintos niveles de intervención, con diferentes medios y recursos, los superiores deben de atender a las emergencias que por sus características, no puedan los inferiores afrontar con sus propios recursos.

**• SOLIDARIDAD**

El principio de solidaridad es fundamental para una acción de conjunto, ya que las consecuencias de una catástrofe o calamidad pública son incumbencia de la totalidad de las Administraciones Públicas.

**• INTEGRABILIDAD**

La organización y actuación de los medios de cada una de las Administraciones Públicas deben ser concebidas de forma que se asegure su integración eficaz.

Este criterio de integrabilidad debe considerarse tanto en los aspectos doctrinales como técnicos.

**• GARANTÍA EN LA INFORMACIÓN**

En una materia tal, como la Protección Civil, en la que se trata de asegurar la más eficaz protección del ciudadano y de sus bienes, y en la que intervienen los principios de coordinación, complementariedad, subsidiariedad, solidaridad e integrabilidad, ya enunciados, es evidente que debe existir una garantía de que la información sobre riesgos, medios, recursos, organización y actuaciones es completa y extensiva a las Administraciones Públicas llamadas a intervenir.

## CONCLUSIÓN

Las situaciones de estrés generan en las personas y organizaciones que éstas conforman unos niveles de desorganización nada aconsejables, cuando el objetivo es actuar rápido y de manera efectiva y controlada.

La elaboración de un Plan de Emergencias significa un esfuerzo previo a dicha situación crítica, que supone el afrontamiento del problema así como de los recursos y de las diferentes formas de actuación posibles y eficientes para la resolución del mismo. Sigue, por tanto, unas etapas lógicas de evaluación previa, puesta en marcha, difusión, actuación y posterior evaluación que son las que se describe en el presente artículo.

Es importante que todo enfermer@ de emergencias incluya en su programa de formación temas como el tratado aquí: ***"Elaboración de un Plan de Emergencias".***

## BIBLIOGRAFÍA


- *Cuadernos de Medicina de Emergencias.* Sociedad Española de Medicina de Catástrofes. Volumen I. 1995.
- *Medicina Prehospitalaria. Un nuevo modelo asistencial*. Tesis Doctoral D. Carlos Álvarez Leiva. 1992.
- TINTINALLI, J.E.; KROME, R.L. y RUIZ, E. (1993); *"Medicina de Urgencias. American College of Emergency Physicians"* (3ª edición). Editorial McGraw-Hill Interamericana. México.
- MUÑOZ ARTEAGA, D.; *"Cuidados de Enfermería en Urgencias y Emergencias"*. Asociación Andaluza de Urgencias y Emergencias. 2001.
- http://www.samur.org
- http://www.e-mergencias.com

## El placer de viajar...
## ... gratis. Coleccione puntos y transfórmelos en viajes gratis.

Cada vez que pague con **Visa Iberia** obtendrá puntos Iberia Plus canjeables por billetes de avión*, noches de hotel, alquiler de vehículos,... y todos los servicios asociados al Programa Iberia Plus.

Amplia gama de tarjetas para que usted elija:

### Visa Iberia Puente Aéreo

La más exclusiva y completa de todas las tarjetas con todas las ventajas de un medio de pago universal y la funcionalidad del Puente Aéreo:

- ✔ Facturación más rápida.
- ✔ Elección de asiento.
- ✔ Acceso diferenciado al avión.
- ✔ Mayor acceso a la última plaza disponible.
- ✔ Sin desembolso previo. El billete se paga cuando se vuela, no cuando se emite.

### Visa Iberia

Disfrute del aplazamiento gratuito de sus compras durante el mes y solicite cuando lo desee la financiación de sus compras.

### Visa Iberia Pago Aplazado

Dispone siempre de un crédito y usted decide la cantidad que quiere pagar cada mes.

## Más ventajas

**Más Puntos Iberia Plus:** Compre siempre con su Visa Iberia y recibirá puntos Iberia Plus que trasformará en viajes gratis.

**Flexibilidad de pago:** Con su Visa Iberia usted decide la forma de pago que más le convenga.

**Máxima Seguridad:**

- ✔ **Seguro de Accidentes: 751.300 €** Visa Oro y **360.600 €** Visa Clásica.
- ✔ **Asistencia en viajes.** Incluye entre otros:
  - Gastos médicos en el extranjero Hasta **9.015 €** Visa Oro y **6.000 €** Visa Clásica.
  - Seguro de Equipajes.
  - Indemnización por demora en la salida de viaje y entrega de equipaje.

**Universal:** Aceptada en 20 millones de establecimientos y le permite obtener dinero en efectivo en más de 500.000 cajeros automáticos.

**Libertad de domiciliación:** Usted podrá domiciliar los pago de su Visa Iberia en cualquier entidad financiera, sin necesidad de cambiar de Banco.

Compruebe en este **ejemplo** como un titular del programa Iberia Plus, que además paga con la tarjeta Visa Iberia, consigue más puntos:

| | Sin Visa Iberia | Con Visa Iberia |
|---|---|---|
| Avión Madrid-Londres I/V clase C 1.019 € | 220 | 288 |
| Hotel asociado 7 noches 2.124 € | 245 | 387 |
| Alquiler coche 5 días 290 € | 110 | 126 |
| Compras 950 € | 0 | 63 |
| **Total** | **575** | **864** |

Desde 600 puntos dispone de un Vuelo doméstico I/V en clase azul.
Por cada 15 € de compra = 1 punto Iberia Plus (puntuación vigente Enero 2003).
** En Iberia L.A.E., líneas asociadas y compañías pertenecientes a la Alianza Oneworld.

**SOLICITE ya su tarjeta Visa Iberia y disfrute todavía más del primer programa para viajar gratis**

# XXI
# Certamen Nacional de Enfermería *Ciudad de Sevilla*

## PREMIOS

**PRIMERO: 3.600 Euros** **SEGUNDO: 1.800 Euros** **TERCERO: 1.200 Euros**

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

1ª. **DENOMINACIÓN:** Título **"Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".**

2ª. **OBJETO:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, inéditos, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo.

3ª. **DOTACIÓN:** La dotación económica será de **3.606, 07 Euros** (600.000 ptas.) para el trabajo premiado en primer lugar; **1.803,03 Euros** (300.000 ptas.) para el trabajo premiado en segundo lugar y **1.202,02 Euros** (200.000 ptas.) para el premiado en tercer lugar.

4ª. **PRESENTACIÓN:** Los trabajos que opten a este certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada convocatoria anual marque, tendrán limitación de espacio e incompletarán Bibliografía. Se presentarán por triplicado en tamaño D.I.N. A-4, mecanografiado a doble espacio por una sola cara y encuadernados. Incluirán un resumen de los mismos, no superior a dos páginas.

5ª. **CONCURSANTES:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de A.T.S. o D.E. y que se encuentren colegiados.

6ª. **JURADO:** Será Presidente del jurado el del Colegio de Enfermería de Sevilla o persona en quien delegue. Seis vocales, cada uno de los cuales corresponderá: al Colegio de Sevilla. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, tres Vocales del profesorado de las Escuelas de Formación Continuado de Sevilla. Todos los miembros del jurado serán Diplomados en Enfermería.
Actuará como Secretario, el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El jurado será nombrado anualmente.

7ª. **INCIDENCIAS:** El hecho de participar en este certamen supone la aceptación de las presentes bases.

8ª. **DECISIÓN DEL JURADO:** Los concursantes, por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a todo 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.

9ª. **DOCUMENTACIÓN:** Los trabajos serán remitidos por correo certificado con acuse de recibo o cualquier otra empresa de correos al Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla Avda. Ramón y Cajal, nº 20-Acc. (41005-Sevilla), en sobre cerrado con la indicación "XXI CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA CIUDAD DE SEVILLA" No llevando nombre ni ningún otro dato de identificación.
En su interior incluirán: el trabajo conforme se indica en el punto 4º de estas bases, firmado con seudónimo, sobre cerrado, identificado con el mismo seudónimo incluyendo nombre y dirección completa del 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 contarán obligatoriamente referencias a localidad, centro o cualquier otro 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.

10ª. **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 del algún trabajo, habrá de hacerse mención de 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 "XXI Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".

11ª. **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 2005.** 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 15 de diciembre de 2005.**

PREMIOS 2004

1º Premio: Nuria Iglesias Molina (Huelva)
2º Premio: Sheila Sánchez Gómez (Álava)
3º Premio: Mª Carmen Álvarez Baza (Asturias)

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE SEVILLA

*141 Años avanzando con la profesión*

Patrocina