



**Capacitación de los profesionales de
enfermería en Geronto-Geriatria**

**Salud Auditiva en trabajadores de una
empresa de cartelería sevillana**

**Atención de enfermería en pediatría:
Satisfacción familiar**

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

La Educación Terapéutica: un arma cargada de futuro

Nuestra profesión nos exige una puesta a punto rigurosa, alejada de las creencias y tópicos, utilizando la evidencia científica como guía de la práctica diaria. Novedades en el conocimiento, avances tecnológicos, nuevas tendencias en las relaciones profesionales, en definitiva una agenda exhaustiva y necesaria para mantener al día nuestros conocimientos. Es mi intención proponeros un momento de reflexión sobre adonde vamos, utilizando las únicas aproximaciones profesionales que conozco, esto es la educación terapéutica en diabetes.

No es una novedad, no debe serlo al menos, el beneficio que una persona con enfermedades crónicas obtiene al aplicar sobre sí misma autocuidados. Sin lugar a dudas es la diabetes la enfermedad crónica sobre la cual mas programas educativos se han diseñado y evaluado. La educación de pacientes es por tanto una parte necesaria del tratamiento de esta enfermedad y lo que nos demanda el futuro y las personas con diabetes es elevar el nivel de calidad de nuestros cuidados, una mejor adaptación a las necesidades de la población que atendemos y aplicar el principio de equidad y justicia en nuestra labor profesional.

La educación terapéutica es uno de los ejes sobre el cual gravita el modelo asistencial que propugna la sociedad occidental: modelo centrado en el individuo, en sus necesidades y expectativas. La evolución desde el modelo academicista de asistencia sanitaria al modelo centrado en el individuo, encuentra resistencia no

solo entre nosotros, los profesionales, sino también en el propio individuo receptor de cuidados. Los profesionales por tradición y formación estamos habituados a aplicar cuidados, a tratar procesos agudos que requieren poca participación de los pacientes, guiados mas por titulaciones que por competencias reales; asumimos la responsabilidad de los pacientes y cuando ejercen su capacidad para decidir sobre su enfermedad lo contemplamos mas como una amenaza a "nuestra profesionalidad y conocimientos" que como el objetivo deseable al que debemos de tender.

Paralelamente las personas con diabetes la mayoría de las veces prefieren delegar la responsabilidad de su enfermedad en los profesionales que los atienden, también por tradición asumen el "locus" de control externo a ellos mismos.

Esta realidad imposibilita una gestión de la diabetes de forma eficaz, cualquier enfermedad crónica pero especialmente la diabetes requiere un cambio en las tácticas y las estrategias sanitarias, lo que conocemos y lo que venimos haciendo solo mantiene los problemas ya conocidos: cegueras, amputaciones, problemas renales, dependencia, frustración, falta de adherencia al tratamiento, etc. solo mediante la autogestión de la enfermedad por parte del propio afectado es posible mejorar las expectativas de futuro, disminuir la frecuentación de los servicios sanitarios y estimular a la toma de decisiones responsable, lo cual conlleva el aumento de la adherencia a lo aprendido y al tratamiento indicado.

Sin duda es una asignatura mas dentro de nuestras agendas de trabajo y supone todo un reto en la evolución de nuestra profesión: colocarnos en la posición de "acompañantes en el proceso", asimilando el protagonismo de la persona afectada en el devenir de su enfermedad.

Sin conocimientos ni habilidades es difícil ayudar a los pacientes, pero no olvidemos que sin una actitud adecuada los conocimientos y la experiencia tampoco les sirven a las personas que atendemos. Las claves para evolucionar tienen que ver por lo tanto con el cambio de actitud de los profesionales, actuar e intervenir según competencias, la libertad de elección y la corresponsabilidad de los pacientes y el respeto mutuo entre ambos.

Es bueno recordar que el paciente es el que arriesga, el que se aventura, el que confía; las enfermeras elaboramos y mantenemos la relación y el acompañamiento terapéutico, en un ejercicio compartido de respeto y tolerancia. Esta es probablemente la mejor de nuestras aportaciones para las personas que atendemos: abrirles caminos, descubrirles posibilidades, darles las herramientas necesarias para poder elegir en libertad. Sin duda poner en sus manos un arma cargada de futuro.

Luisa Amaya Baro
 Enfermera Especialista en
 Educación Terapéutica
 Presidenta de la Asociación
 Andaluza de Educadores
 en Diabetes

EDITA
 Ilte. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla

DIRECTOR
 José María Rueda Segura

SUBDIRECTOR
 Francisco Baena Martín

DIRECCIÓN TÉCNICA
 Miguel Ángel 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.

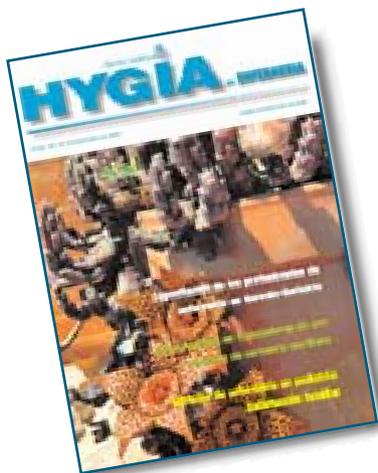
REDACCIÓN
 Avda. Ramón y Cajal, 20
 Telf.: 954 93 38 00/Fax: 954 93 38 03
 Página Web:
www.enfermundi.com/sevilla
 Correo Electrónico:
coleg41@enfermundi.com

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

Sumario

HYGIA
Nº 60

- 3 *Editorial*
- 5 *Capacitación de los profesionales de enfermería en Geronto-Geriatria*
- 12 *Los procesos alérgicos. Empleo práctico de la Inmunoterapia*
- 20 *Curación de úlcera venosa tratada con apósito de espuma siliconada y vendaje multicapa*
- 23 *Factores Psicosociales que inciden en el Estrés Laboral de una Unidad de Urgencias*
- 33 *Salud Auditiva en trabajadores de una empresa de cartelería sevillana*
- 38 *Mamografía. Esperanza de vida*
- 43 *Uso de Antisépticos lodados en recién nacidos, gestantes y lactantes*
- 49 *Atención de enfermería en pediatría: Satisfacción familiar*



Título: Flor del Lagarto
Autor: Gonzalo Haro Madero
Nº Colegiado: 7466

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.

Capacitación de los profesionales de enfermería en Geronto-Geriatria

- Ana M^a de la Mota Trujillo
- Rocío Fernández Jiménez
- Lucía Torres Valera
- I. Sofía Briviesca Pérez
- Almudena Arroyo Rodríguez

Diplomadas en Enfermería

RESUMEN

Con el siguiente estudio pretendemos encontrar la relación existente entre la capacitación profesional (nivel de conocimiento y actitudes), y la calidad asistencial de Enfermería en relación con el campo de la Geronto-geriatria, y averiguar los requerimientos de información e importancia que dan los profesionales a este tema, y dependiendo de ello la necesidad de la formación continuada; el uso de protocolos relacionados con los trastornos psicológicos en el anciano hospitalizado, y la creación de la especialidad de Geriatria en Enfermería a partir de lo cual mejorarían las actitudes y las aptitudes de los profesionales.

Se trata de un estudio en el que para obtener los datos se utiliza una encuesta que se reparte a los profesionales de Enfermería de diferentes hospitales, y tras el análisis de los mismos se obtiene como conclusión general, que la mayoría de los encuestados, a pesar de tener conocimientos sobre los trastornos psicológicos de los ancianos, no tienen la suficiente formación geronto-geriátrica para la adecuada atención a este tipo de pacientes.

PALABRAS CLAVES:

Capacitación profesional, anciano, trastornos psicológicos, factores de riesgo, Geronto-geriatria.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional progresivo genera muchas necesidades sociales y sanitarias.

Junto al envejecimiento se ha producido un aumento de las alteraciones mentales sobre todo en los países con un mayor índice de envejecimiento, como en España.

Aunque la demencia es el trastorno mental más importante, cuantitativamente existen otros problemas con un gran impacto como la depresión y los desórdenes neuróticos.

La depresión es tres veces más prevalente en ancianos con deterioro funcional que en los que no presentan deterioros.

Existen multitud de factores de riesgo tales como: Edad, sexo, historia

familiar, factores genéticos, personalidad, salud física, factores socioeconómicos, falta de intimidad, pérdida del rol, factores precipitantes, etc. que pueden influir en la aparición de trastornos psicológicos (demencias, depresión, desorden neurótico, delirio...) en el anciano a partir de su ingreso en hospitales, hecho que constituye nuevas demandas de conocimiento para los profesionales

de enfermería para poder identificar estos trastornos.

También hay que tener en cuenta que cada vez la expectativa de vida de la población es mayor y que la morbilidad a estas edades aumenta, por tanto, es superior el número de ingresos en los hospitales.

Hoy día existe la posibilidad de seguir aprendiendo sobre la atención sanitaria en el anciano, por medio de Formación Continuada, el proyecto de la Especialidad de Enfermería Geriátrica, cursos homologados que permiten aumentar los conocimientos y, por tanto, aumentar la calidad asistencial a esta población. Pero, ¿cuáles son las demandas reales de formación por parte de los profesionales de Enfermería que atienden estos cuidados de atención geriátrica?.

OBJETIVOS

GENERALES:

- Averiguar si los profesionales de enfermería de los hospitales conocen y/o detectan alteraciones psicológicas y sus factores de riesgo en el anciano y, son capaces de actuar precozmente.



Personal de Enfermería de la UCI del HRT del Virgen del Rocío. Personal que ha colaborado en el test de conocimientos.

ESPECÍFICOS:

- Conocer el nivel de conocimiento de los profesionales de Enfermería sobre este tema:
 - Escalas de valoración.
 - Factores de riesgo.
 - Etiología de las alteraciones psicológicas.
 - Manifestaciones de las alteraciones.
- Valorar el nivel de paralelismo entre el grado de conocimiento y la detección de alteraciones psicológicas y sus factores de riesgo.
- Averiguar si se llevan a cabo

medidas preventivas y de detección precoz.

- Averiguar la importancia que el personal de enfermería concede a su actuación dentro de los hospitales, para aminorar los posibles efectos negativos de tales trastornos sobre la salud del anciano.

PREGUNTA

La pregunta que nos planteamos ante este estudio es la siguiente: ¿Tiene el profesional de enfermería los suficientes conocimientos y el que los posee los pone en práctica? es decir, ¿estamos preparados para atender estas demandas como profesionales?.

MATERIAL Y MÉTODO

Para este estudio hemos utilizado un cuestionario (ANEXO I), y una muestra de 82 profesionales de enfermería de diferentes servicios y hospitales elegidos al azar.

El tiempo que hemos empleado en la realización del mismo es de 6 meses en total.

Los datos más significativos que aparecen en las conclusiones, los hemos representado de modo gráfico mediante diagramas de barras y sectores.



Anciana con trastornos psicopatológicos encamada



Anciana con trastornos psicopatológicos



Anciana con demencia senil, Alzheimer

RESULTADOS

Los resultados en función de los objetivos planteados son los siguientes :

Relacionados con el grupo encuestado:

- La mayoría de las enfermeras encuestadas son mayores de 30 años y mujeres, por tanto, diplomadas en los años 80 y 90.
- El 84'15% reconoce no haber realizado estudios relacionados con la geronto-geriatría.

Relacionados con el contexto de la encuesta:

- La mayoría de las encuestas han sido realizadas en los siguiente servicios: Urgencias (24'39%), UCI (18'29%), Retén (13'41%), Medicina Interna y Digestivo (9'76%), Oncología y Hematología (10'98%).
- El tiempo de estancia en la unidad del personal de enfermería va desde menos de un año hasta más de 10 años, no observándose diferencias significativas en cuanto a número, entre los profesionales con más años trabajados y los que menos.
- El 96,34% dice conocer los trastornos psicológicos mas frecuentes en los ancianos.

- Entre los trastornos psicológicos más conocidos se encuentran: demencia 98'73%, insomnio 87'34%, depresión 81'01%, y ansiedad 60'09%.
- El 91'46 % de los encuestados afirma conocer la sintomatología asociada a los trastornos psicológicos. De entre ellos los más conocidos son:
 - Desorientación 94'67 %.
 - Amnesia 80 %.
 - Fatiga /apatía 66'67 %.
 - Alteraciones psicomotrices 62'67 %.
 - Regresión 52 %.
- El 80,49 % dice no conocer las escalas de valoración específicas de los trastornos psicológicos.

Las escalas más conocidas son:

- Mini examen cognoscitivo 50 %.
- A.D.A.S (Alzheimer) 50 %.
- El 63'41 refiere realizar formación continuada.
- El 80'49 no recicla sus conocimientos sobre cuidados gerontogerítricos.
- El 95'12 responde afirmativamente cuando se le pregunta "si pide ayuda a otros profesionales cuando no sabe como abordar la situación".
- El 82'93 % dice actuar sobre los factores de riesgo que inciden en la

aparición de los trastornos mentales de los ancianos. Entre las actividades que realizan destacan:

- Incluir a la familia 88'24 %.
- Dar información 85'29 %.
- Orientar al paciente 85'29 %.
- Valorar problemas psicológicos previos 66'18 %.
- Individualizar cuidados 66'18 %.
- Los motivos de los que dicen no actuar sobre los factores de riesgo son:
 - Falta de tiempo 85'71 %.
 - Falta de protocolo de actuación reglado 57'14 %.
 - Desmotivación 14'29 %.
- El 68'29 % de los encuestados afirma actuar sobre los síntomas de los trastornos psicológicos.
- El 87'80 % dice conocer los factores de riesgo que influyen en la aparición de los trastornos psicológicos. De entre ellos los más conocidos son:
 - Hospitalización 83'33 %.
 - Edad 73'61 %.
 - Desorientación temporal 65'28 %.
 - Historia familiar 61'11 %.
 - Pérdida del rol 58'33 %.
 - Pérdida de salud física 50%.
- El 92'68 % considera insuficiente su nivel de conocimientos sobre temas geriátricos.

En cuanto a la puntuación que se darían los encuestados sobre su nivel de conocimientos; teniendo en cuenta que 1 es deficiente y 10 excelente, la mayoría se puntuó con un 5.

- Nuestros encuestados definen a los ancianos con las siguientes características:
 - Deterioro físico 86'59 %.
 - Habilidades disminuídas 81'71 %.

- Problemas de memoria 76'83 %.
- Gran experiencia 63'41 %.
- Exigen gran atención 54'88 %.

CONCLUSIONES

Como conclusión general podemos decir que la mayoría de los encuestados, a pesar de conocer los trastornos psicológicos más frecuentes en

los ancianos, así como su sintomatología asociada y los factores de riesgo que inciden en la aparición de los mismos y actuar sobre ellos; no tiene suficiente formación geronto-geriátrica para la atención a este tipo de pacientes. Esto nos hace pensar que para una buena prestación de cuidados a esta población sería necesario el desarrollo de la especialidad de enfermería geronto-geriátrica.

TEST DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES (Anexo I)

1. Edad:

2. Sexo: Hombre Mujer

3. Año en que se diplomó:

4. Otros estudios realizados (geronto-geriátricos):.....

5. Unidad en que trabaja:

6. Tiempo en esa unidad:

7. ¿Conoce los trastornos psicológicos más frecuentes en ancianos? Si No

8. En caso afirmativo indique cuales:

- | | | |
|------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> demencia | <input type="checkbox"/> fobias | <input type="checkbox"/> insomnio |
| <input type="checkbox"/> delirium | <input type="checkbox"/> estrés | <input type="checkbox"/> ansiedad |
| <input type="checkbox"/> depresión | <input type="checkbox"/> sd. korsakoff | <input type="checkbox"/> otros |

9. ¿Conoce la sintomatología asociada a los trastornos psicológicos? Si No

*En caso afirmativo indique cuales:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> amnesia | <input type="checkbox"/> alt. frecuencia cardiaca |
| <input type="checkbox"/> desorientación | <input type="checkbox"/> alt. psicomotriz |
| <input type="checkbox"/> regresión | <input type="checkbox"/> alt. patrón de eliminación |
| <input type="checkbox"/> alt. endocrinas | <input type="checkbox"/> diaforesis |
| <input type="checkbox"/> HTA | <input type="checkbox"/> fatiga / apatía |
| <input type="checkbox"/> Alt., Frec. respiratoria | <input type="checkbox"/> otros..... |

10. ¿Conoce las escalas de valoración específicas de los trastornos psicológicos?_

Si No

*En caso afirmativo indique cuales:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Escala de Filadelfia | <input type="checkbox"/> Delirium Rate Scale (v.española) |
| <input type="checkbox"/> Cuestionario de autoestima | <input type="checkbox"/> Orientation Scale (v. Española) |
| <input type="checkbox"/> Mini examen cognoscitivo | <input type="checkbox"/> G.M.S. (Estado mental geriátrico) |

- A.D.A.S (Alzheimer) CAMDEX (evaluación cognitiva)
 CES-D (depresión) Otras.....

11. ¿Realiza formación continuada? Si No
12. ¿Recicla sus conocimientos sobre cuidados geronto-geriátricos? Si No
13. ¿Pide ayuda a otros profesionales cuando no sabe como abordar una situación? Si No
14. ¿Actúa sobre los factores de riesgo que inciden en la aparición de trastornos mentales en los en los ancianos? Si No

*En caso afirmativo indique las actividades que realiza:

- Dar información Incluir a la familia
 Orientar al paciente Evitar la sujeción mecánica por sistema
 Mantener intimidad Valorar problemas psicológicos previos
 Individualizar cuidados Buscar antecedentes familiares
 Guardar la identidad del paciente Dedicar tiempo a escuchar a los pacientes

*En caso negativo indique los motivos que se lo impiden:

- Tiempo
 Desmotivación
 Falta de protocolo de actuación reglado.
 Otros:.....

15. ¿Actúa sobre los síntomas de los trastornos psicológicos?
 Si No
16. ¿Conoce los factores de riesgo que influyen en la aparición de los trastornos psicológicos?
 Si No

En caso afirmativo indique los que conoce:

- Edad Factores genéticos
 Sexo Personalidad
 Historia familiar Salud física
 Factores socioeconómicos Pérdida de rol
 Falta de intimidad Factores precipitantes
 Hospitalización Dieta
 Desorientación temporal Otros:.....

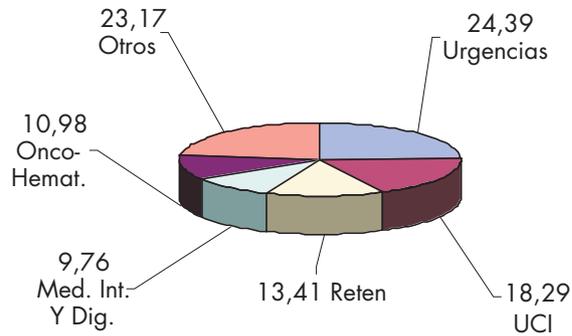
17. ¿Considera suficiente su nivel de conocimientos sobre temas geriátricos?
 Si No

18. ¿Cómo valoraría su nivel de conocimientos? (1=deficiente, 10=excelente).....

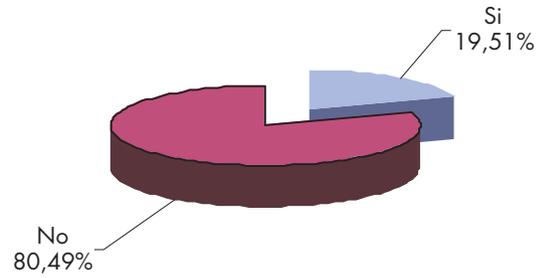
19. Desde su punto de vista; qué características definen al anciano (señale todas las necesarias)

- Carga familiar
 Labilidad afectiva
 Habilidades disminuidas
 Polimorbilidad
 Deterioro físico
 Sirven de apoyo familiar (niñeras)
 Exigen gran atención
 Problemas de memoria
 Gran experiencia
 Poca utilidad.

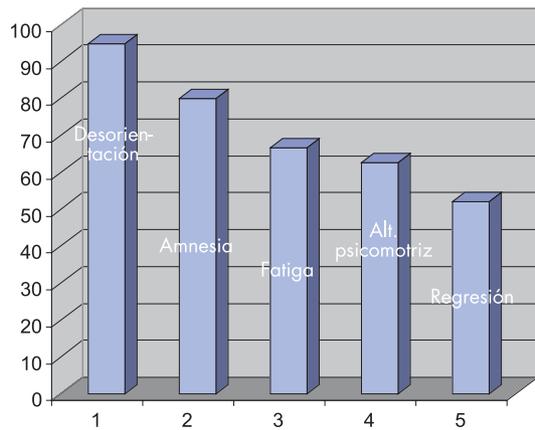
Unidades donde se ha realizado la encuesta



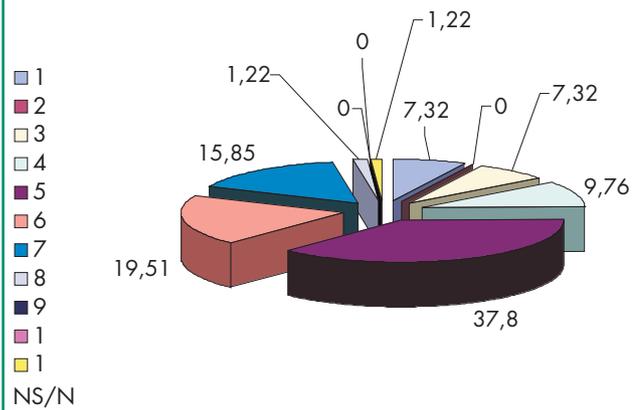
Recibe conocimientos sobre cuidados geronto-geriátricos



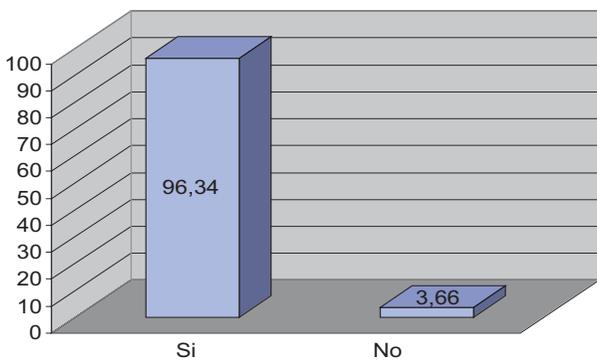
Sintomatología más conocida de los trastornos



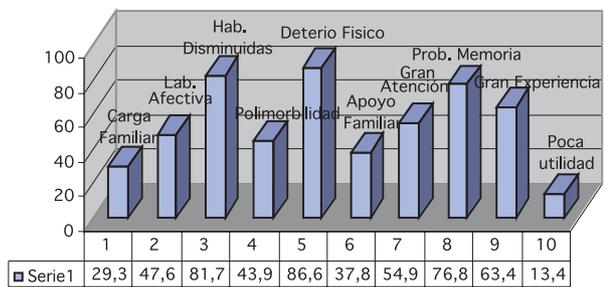
Como se valoran el nivel de conocimientos



Conocen los trastornos más frecuentes



Como definen los ancianos a los profesionales



BIBLIOGRAFÍA

- **Prevalencia de depresión en población gerontológico institucionalizada.**
Castellón MA.
<http://www.arrakis.es/~cassan/prevalen.htm>. 1997.
- **Estudio de población geriátrica, en un área mixta (urbana-rural).Rol de enfermería.**
López Rodríguez,J.L; Pedregal Sánchez. J.A; González García-Portilla,MP; Bobes García, J.
Enfermería científica, num103.Octubre 1990 Pág. 25-31.
- **Validación del MMSE de Folstein en una población española de bajo nivel educativo.**
Escribano Aparicio, M,V; Pérez-Diveli, M; García García,F,J; Pérez Martín, A; Romero, L; Ferrer G; Martín Corre, E; Sánchez Ayala, M.I. Geriatria gerontológico 1999; 34 (6), Pág. 319 –325.
- **Fundamentos de Enfermería. McGraw Hill.**
R Alfaro.
- **La demencia senil: Realidad de la residencia para el anciano en Barcelona.**
Neus Merelló Bayot. Rev.gerontologia 1997., 7:45-49.
- **Evaluación de los ingresos psicogeriatricos en un hospital monográfico.**
Portilla, J,I; Gangoiti, A; Conde, M; Moro, J. Revista Gerontológico 1997: 7; 156-160.
- **Sicopatología del anciano. Datos epidemiológicos.**
García Navarro, J.A. Rev. Multidisciplinar Gerontología 2000, 10 (2):66-91. Pág. 82-87.
- **Escalas de delirium y orientación. Adaptación castellana del Delirium Rating Scale y de la Orientation Scale (utilizado para el cuestionario o test).**
Bulbena A y cols. Revista Gerotologica.1996. N°6 Pág.245-253.
- **Síndrome demencial y factores de riesgo en adultos mayores de 60 años residentes en la habana.**
Llibre J,J; Guerra M.A; Pérez Cruz, H; Fernández Ramírez, S; González Rodríguez, M.; Samper J.A. Revista Neurológica 1999, N° 29 (10) Pág.908-911.
- **Implementación de un método indirecto para medir la memoria en la tercera edad. (Utilizado para el cuestionario o test).**
Bringas, Mª L; Rodríguez Mena, M.; Mendizábal F. Revista Neurológica 2000, N° 30 (9). Pág. 818-822.
- **Cuidados gerontopsiquiatricos: Una visión diferente del cuidar a nuestros ancianos enfermos (utilizado para el cuestionario o test).**
Cibanal , L. Enfermería científica N° 196-197 Julio-Agosto 1998. Pág.:62-69.

Los procesos alérgicos. Empleo práctico de la Inmunoterapia

■ **Estefanía López Moreno.**

Diplomada en Enfermería. Serv. de Alergias Clínica USP Sagrado Corazón. Sevilla

RESUMEN:

Los procesos alérgicos afectan en la actualidad aproximadamente al 25 % de la población general. Se calcula que para dentro de 20 – 30 años afectará al 50 % de la población.

En este trabajo se realiza un breve repaso de los factores que intervienen en las enfermedades alérgicas, así como los pasos encaminados al diagnóstico de las mismas. Pero la parte más extensa se dedica a determinados aspectos del tratamiento de estas enfermedades.

Las dos únicas intervenciones terapéuticas que modifican el curso natural de las enfermedades alérgicas son la supresión del alérgeno y la inmunoterapia. Evidentemente, lo mejor es suprimir el alérgeno (si un paciente tiene un gato en su casa y se hace alérgico a él, se quita al gato de su ambiente y mientras que no se acerque a otros gatos no tendrá más problemas). Pero no siempre se puede eliminar el agente causal (ácaros, pólenes, etc...), por lo que tendremos que recurrir a la inmunoterapia. Hoy en día existen sobradas muestras científicas que avalan este modelo de terapia en los procesos atópicos.

Realizamos un recorrido ante aspectos de la inmunoterapia que interesan a Enfermería, como son indicaciones, contraindicaciones, tipos de vacunas, pautas de administración, reacciones locales, reacciones sistémicas y modo de tratarlas. Creemos que aportamos datos interesantes sobre este tipo de actuación sanitaria que cada día va en aumento y forma parte importante de nuestro trabajo diario.

PALABRAS CLAVES: Alergia. Alérgenos. Ácaros. Pólenes. Estornudos. Asma Bronquial. Antihistamínicos. Inmunoterapia. Reacciones Locales y Sistémicas.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud ha clasificado las enfermedades alérgicas comunes (asma inducida por aeroalérgenos, rinitis alérgica, dermatitis atópica y alergia medicamentosa) entre las seis patologías más frecuentes que afectan a la población del mundo.

Para que una persona sea alérgica, tiene que tener una predisposición genética y ponerse en contacto con el alérgeno al que posteriormente se sensibiliza.

De las cuatro formas de herencia: dominante, recesiva, ligada al sexo y poligénica, la alergia se hereda bajo la última modalidad. Existen varios genes tendentes a padecer el proceso, unos de la madre y otros del padre que, al mezclarse, pueden dar un número suficiente en el descendiente como para padecer la enfermedad. Muchísima gente juega a las quiniegas y no todos aciertan “los catorce”, el que los acierta tiene el correspondiente premio. En Alergia, el “premio” es padecer la enfermedad. En realidad, la cantidad de genes que son responsables de que las personas sean alérgicas está entre 11 y 16

aproximadamente, por lo que entran en el número que indicamos como ejemplo.

La importancia de la predisposición familiar ha sido demostrada en diversos estudios epidemiológicos, siendo variables a destacar: la presencia de asma y dermatitis atópica en uno o ambos padres, y que la mujer pueda transmitir a sus herederos la predisposición a padecer Alergia más intensamente que el hombre. Es interesante el hecho de que en una isla del Atlántico Sur (Tristan da Cunha), donde no han existido mezclas genéticas externas, exista una de las mayores preva-

lencias de asma en el mundo ya que todos los isleños descienden de los mismos quince ancestros, tres de los cuales eran asmáticos.

A parte de la predisposición genética, el futuro paciente necesita ponerse en contacto con el alérgeno. La primera vez, el alérgeno es leído por una Célula Presentadora de Antígeno, ésta transmite la información a los Linfocitos T, que en el futuro coordinarán esta información, y a los Linfocitos B, que fabricarán una inmunoglobulina (IgE) que se depositará en la superficie de otras células (mastocitos, basófilos, eosinófilos, neutrófilos, monocitos, plaquetas, etc), preparándolas para cuando el alérgeno se ponga otra vez en contacto con el organismo. La segunda o sucesivas veces que el alérgeno se pone en contacto con el paciente sensibilizado es reconocido por la IgE específica que está en la superficie de las células y se desarrolla una reacción alérgica que según el órgano donde asiente dará diversa sintomatología (rinitis, asma, dermatitis, etc) y que puede ser tan brutal que puede acabar con la vida del sujeto en pocos minutos como pasa por ejemplo en la alergia medicamentosa y alimentaria.

La IgE que se fabrica es específica contra un alérgeno y la reacción alérgica acontece sólo cuando se pone ese alérgeno en concreto en contacto con el cuerpo y no otro. Por ejemplo si una persona es alérgica al olivo, sólo fabrica IgE específica contra ese alérgeno y sólo se produce la reacción alérgica cuando el polen de olivo se pone en contacto con el enfermo. En este caso no se produciría reacción alérgica alguna si el individuo se pone en contacto con un ácaro del polvo doméstico, como pudiera ser el *Dermatophagoides Pteronyssinus* (Figura 1).

Además de los factores genéticos y de contacto con los alérgenos, existe el convencimiento de la intervención de otros factores todavía no dilucidados en su totalidad. Entre éstos están los factores ambientales, hoy se sabe cómo las enfermedades alérgicas son

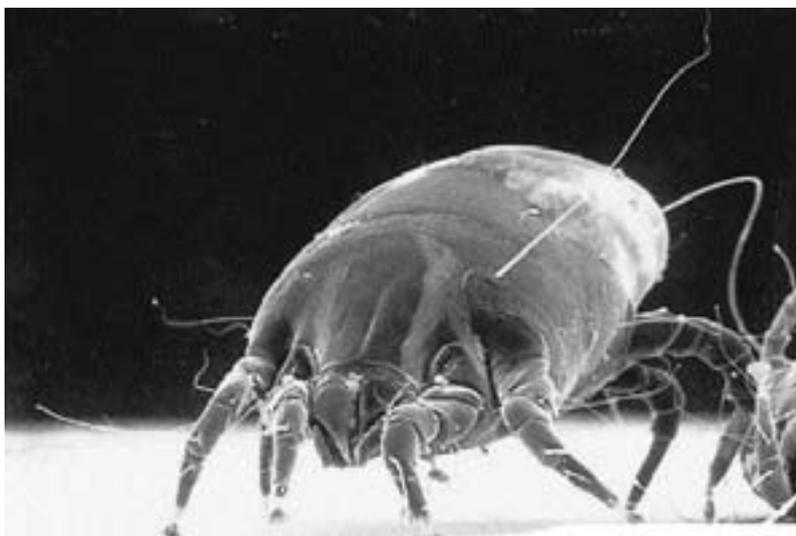


Figura 1. *Dermatophagoides Pteronyssinus*.

más abundantes en los países occidentales, ya que además de la mayor polución, también se ha observado que el sistema inmune no tendría que luchar contra infecciones e infectaciones que se dan en los países subdesarrollados, por lo que estaría “más libre” para poder montar reacciones alérgicas. Por estos motivos, a comienzos de la década de los setenta, se pensaba que entre un 10 y un 15% de la población general estaba afectada de enfermedades alérgicas, pero en la segunda mitad de los ochenta se observó una prevalencia que alcanzaba al 25-30% de la población en países de Europa Occidental. Y dentro de 20-30 años habrá una afectación como mínimo del 50% de la población en los países desarrollados.

Las dos únicas intervenciones terapéuticas que modifican el curso natural de las enfermedades alérgicas son la supresión del alérgeno y la inmunoterapia. Hoy existen incuestionables razones científicas (incluidos varios meta-análisis) que avalan la Inmunoterapia como tratamiento de los procesos alérgicos.

LA ENFERMEDAD ALÉRGICA

La **enfermedad alérgica** es el resultado de una respuesta inmune anó-

mala ante una sustancia extraña al organismo que se denomina **alérgeno**, que es inofensiva y no produce daño en las personas no alérgicas.

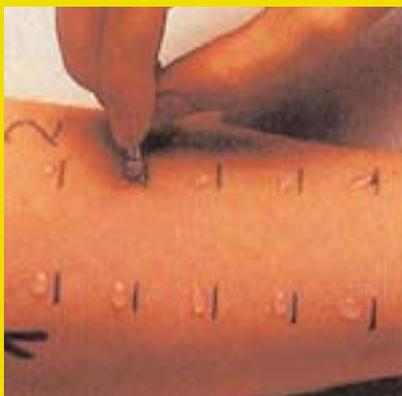
Un **alérgeno** es una sustancia de origen vegetal o animal, que puede determinar una sensibilización específica en ciertos individuos predispuestos, y que reingresa en el organismo por diferentes vías (respiratoria, digestiva y cutánea).

Los alérgenos que llegan al organismo procedentes del ambiente se denominan **NEUMOALERGENOS** o **AEROALERGENOS**. Son partículas de origen biológico y tamaño microscópico que, como su propio nombre indica se encuentran en el aire y son inhaladas al respirar. Además, estas partículas son susceptibles de ser transportadas por corrientes de aire incluso a largas distancias.

Los principales neumoalérgenos son: ácaros del polvo doméstico, pólenes, hongos, epitelios de animales y sustancias del medio laboral.

Según el tiempo que están en contacto con el enfermo, los neumoalérgenos se clasifican en:

- **Perennes.** Son los que están presentes todo el año, como los ácaros del polvo doméstico, los hongos y los epitelios de animales.
- **Estacionales.** Es el caso de los pólenes, que sólo están presentes



Figuras 3a y 3b. Realización de las Pruebas Cutáneas (Prick Test).

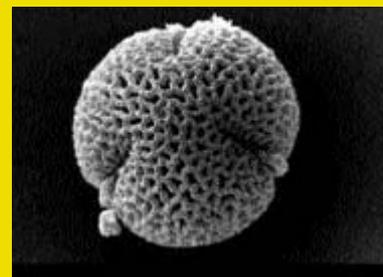


Figura 2. Grano de Polen de Olivo.

en una época del año, durante su polinización. El periodo de polinización no es idéntico cada año ni en cada región, ya que varía según las condiciones climatológicas y además es específico para cada polen. Los pólenes más frecuentes en nuestro medio son el olivo (Figura 2), las gramíneas, el plátano de sombra, el chenopodium (cenizo) y Helliantus (girasol).

- **Profesionales.** Son propios en algunas profesiones como la harina en los panaderos, la madera en los carpinteros, etc...

Para que una respuesta alérgica tenga lugar, es preciso una exposición previa al alérgeno. Una sola exposición a él es suficiente para desencadenar la producción de anticuerpos contra dicho alérgeno; sin embargo, si no hay sucesivas exposiciones no habrá ningún cuadro clínico ulterior. El transcurrir del tiempo sin contactos posteriores irá provocando en el sujeto una “desensibilización natural”. Por eso es que, en los casos probados de hipersensibilidad a un alérgeno, lo primero que deberá hacerse es alejar al enfermo de aquél, o alejar al alérgeno del enfermo, el mayor tiempo que sea posible.

Los Procesos más comunes provocados por Neumoalergenos son la **Rinitis**, que se caracteriza por rino-

rea, congestión nasal, estornudos y prurito nasal, incluso ótico, faríngeo y del velo del paladar; la **Conjuntivitis**, que se caracteriza por prurito conjuntival, escozor, lagrimeo y enrojecimiento; y el **Asma Bronquial** que se manifiesta con tos, sibilancias, disnea y opresión torácica.

El Diagnóstico de la Alergia provocada por Neumoalergenos se basa en:

- **Historia Clínica.** Es el elemento de estudio más importante y nos orienta hacia la posible naturaleza alérgica del paciente. Preguntaremos sobre los antecedentes familiares y personales, sobre la frecuencia, duración e intensidad de los síntomas, sobre los factores agravantes y precipitantes: alérgenos (si estornuda cuando limpia el polvo, al salir a la calle en primavera,...), irritantes (prurito nasal con los perfumes, aerosoles,...) y factores atmosféricos (si empeora con la humedad). Preguntaremos también sobre el horario de presentación de los síntomas (si son matutinos sugieren alergia a ácaros y si son vespertinos a pólenes) y sobre la estacionalidad (si los síntomas se presentan sólo en primavera o durante todo el año).
- **Pruebas Cutáneas (PRICK TEST).** Se prueban los neumoaler-

genos a los que el paciente pueda estar expuesto: ácaros, pólenes, hongos, epitelios de animales,... (Figuras 3a y 3b).

- **Test de Provocación Específico:** Ocular y Nasal.
- **Determinación de IgE Total y Específica.**
- **Pruebas Funcionales:** Espirometría Basal Forzada, Test de Broncodilatación, Test de Hiperreactividad Bronquial, Rinomanometría.
- **Citología del Exudado Nasal.**
- **Radiografía de Senos Paranasales.**

El **Tratamiento** de la Alergia Respiratoria consta de tres pilares fundamentales: las medidas de evitación, el tratamiento farmacológico y la inmunoterapia.

Medidas de Evitación. Van dirigidas a la evitación o erradicación del alérgeno responsable, o, en los casos en los que esto no sea posible, la disminución de la exposición al alérgeno mediante normas higiénico-ambientales. Sin embargo, si bien es posible aplicar numerosas y efectivas medidas de “desalergenización” o evitación, en la práctica no se logra controlar totalmente el cuadro clínico del enfermo.

Tratamiento Farmacológico. Existe una gran cantidad de Fármacos destinados al alivio de los síntomas producidos por la rinitis, la conjuntivitis

y el asma, son los antihistamínicos, corticoides y broncodilatadores.

Hay que destacar que, aunque producen una mejoría importante en la sintomatología alérgica del paciente, no harán que desaparezca la causa de su enfermedad.

Inmunoterapia. Se ha demostrado la eficacia de la inmunoterapia en la Rinoconjuntivitis y asma bronquial por sensibilización a pólenes, ácaros, hongos y epitelios de animales. Además, es eficaz en el asma por sensibilización a harina de trigo de los panaderos, y en los pacientes alérgicos al veneno de himenópteros.

LA INMUNOTERAPIA

La Inmunoterapia Específica (ITE) consiste en la administración de dosis progresivamente crecientes, generalmente por vía subcutánea, del alérgeno o alérgenos a los que el paciente está sensibilizado, para producir en él un estado de desensibilización que le permita tolerar cantidades normales del antígeno en cuestión.

A diferencia de los medicamentos sintomáticos, la inmunoterapia, además de aliviar los síntomas, es el único tratamiento que actúa sobre la causa de la enfermedad.

En resumen, la ITE:

- Produce una disminución de los síntomas, en cuanto a gravedad y frecuencia.
- Produce también una reducción de la medicación necesaria para el alivio de los síntomas.
- Impide la progresión de la enfermedad alérgica, como por ejemplo, la aparición de asma en pacientes con rinitis alérgica.
- Finalmente, altera el curso natural de la enfermedad, lo que nos lleva, en la mayoría de los casos a la curación del paciente.

Como todo tratamiento médico, tiene sus **Indicaciones** (Tabla 1) y **Contraindicaciones** (Tabla 2).

TABLA 1. Indicaciones de la Inmunoterapia Específica.

- Existencia demostrada de una enfermedad mediada por IgE: pruebas cutáneas positivas y/o IgE Específica en suero.
- Ante la evidencia de sensibilización clínica.
- Cuando no sea evitable el alérgeno.
- Cuando exista necesidad de medicación, excepto en el asma severo inestable.
- Cuando no haya polisensibilización que produzca síntomas simultáneamente, pues en estos casos suele ser ineficaz.
- Disponibilidad de vacunas estandarizadas que garanticen seguridad y eficacia.
- Pacientes con reacciones alérgicas graves a picaduras de himenópteros.

TABLA 2. Contraindicaciones de la Inmunoterapia Específica

<p>• Absolutas:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enfermedades inmunopatológicas e inmunodeficiencias graves. ➤ Enfermedades malignas (neoplasias).M ➤ Trastornos psicológicos intensos.
<p>• Relativas:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tratamiento con B-bloqueantes, incluso de forma tópica. ➤ Mal cumplimiento de esta modalidad de tratamiento. ➤ Asma severa mal controlada con tratamiento farmacológico, excepto en el caso de hipersensibilidad al veneno de himenópteros. ➤ Enfermedades cardiovasculares importantes, que aumentan el riesgo de efectos adversos tras el uso de adrenalina, excepto en el caso de hipersensibilidad al veneno de himenópteros. ➤ En niños menores de 5 años, se valorará su indicación de acuerdo con la experiencia del alergólogo y el tratamiento de las posibles reacciones adversas. ➤ Dermatitis atópica severa.

El embarazo **NO** se considera contraindicación alguna para la continuidad de la ITE, pero, en general, no se debe comenzar durante la gestación.

El *extracto o vacuna alérgica* es una solución extraída de una fuente alérgica (cultivo de ácaros, polen, etc...) y que es sometido a un proceso de purificación y estandarización. Éstas pueden ser tanto vacunas no modificadas como vacunas modificadas física o químicamente.

Las **Vacunas Acuósas** se presentan en solución o liofilizadas con el fin de reconstituirlas antes de su uso. Los inconvenientes de este tipo de extractos son el mayor número de dosis que se requieren para alcanzar la dosis de mantenimiento, la rápida degradación de los alérgenos y que presentan un mayor riesgo de producir reacciones generales.

Las **Vacunas Depot o Retardadas** están adsorbidas en algún elemento que permite una liberación más lenta en el lugar de la inyección, lo que disminuye el número de dosis necesarias. Se producen menos reacciones sistémicas aunque pueden aumentar la frecuencia de las reacciones locales, como la aparición de nódulos subcutáneos, frecuente tras la aplicación de extractos precipitados en hidróxido de aluminio (Figura 4).

Las **Vacunas Modificadas** están sometidas a una modificación química por tratamiento con formaldehído, glutaraldehído, metoxipolietilenglicol, etc... Distintos estudios han demostrado que la eficacia clínica se mantiene en estas vacunas modificadas y que los preparados de alto peso molecular son más seguros que las vacunas acuósas no modificadas. Existen 3 modalidades de administración de la Inmunoterapia Específica:

- La **Pauta Preestacional**, que consiste en administrar la vacuna antes de la época de polinización. Se utiliza frecuentemente en enfermos con alergia al polen.
- La **Pauta Coestacional** se utiliza en el caso de vacunas de pólenes y cuya fase de iniciación comienza antes de la época de polinización, habiendo llegado a la fase de mantenimiento en dicha época. La dosis de mante-

nimiento suele reducirse a la mitad en estas fechas para volver a aquella tras la polinización.

- La **Pauta Perenne** se utiliza en el caso de alérgenos no estacionales, como ácaros, hongos, epitelios de animales y veneno de himenópteros. Se puede iniciar en cualquier época del año, siempre y cuando el paciente se encuentre clínicamente estable. Esta modalidad de tratamiento consta de dos fases: la **Fase de Iniciación**, que consiste en la administración de dosis semanales progresivamente creciente durante tres o cuatro meses hasta alcanzar la dosis máxima; y la **Fase de Mantenimiento**, que consiste en la administración mensual de la dosis máxima.

El enfermero/a juega un papel muy importante en este tipo de tratamientos, ya que resulta indispensable su correcta administración, tanto para mantener las metas terapéuticas propuestas, como para minimizar los posibles efectos indeseables que pudieran aparecer. También es nuestro deber mentalizar al paciente con las peculiaridades del tratamiento, así como suministrarles la mayor información posible al respecto.

Hay que transmitirle al paciente que la inmunoterapia específica (ITE) forma parte del tratamiento de las enfermedades alérgicas, junto con las medidas de evitación y el tratamiento farmacológico, y que no sustituye a éstos, sino que es un tratamiento complementario. La máxima eficacia clínica se logra a largo plazo, por tanto, no debe abandonarse por no encontrar mejoría en un tiempo demasiado corto. La duración de la inmunoterapia depende de la respuesta individual de cada paciente, pero se acepta como tiempo medio un periodo de 3 a 5 años.

Para ayudarnos en esta labor, el Comité Nacional de Inmunoterapia de la Sociedad Española de Alergia e Inmunología Clínica ha elaborado una serie de recomendaciones dirigi-

das al Diplomado de Enfermería que se detallan a continuación:

La administración de extractos alérgicos no está totalmente exenta de riesgos, por lo que hay que prestar una especial atención a la técnica de administración, dosis de cada inyección e intervalo de días señalados en la cartilla de seguimiento.

No se administrará NUNCA la vacuna en el domicilio del paciente, debiendo acudir a un centro sanitario (ambulatorio, centro de salud, hospital,...), con capacidad para poder tratar las posibles reacciones adversas que pudieran aparecer, y donde haya un médico disponible para valorar y tratar una reacción sistémica en caso de producirse.

NORMAS DE ADMINISTRACIÓN DE LA INMUNOTERAPIA

Para una correcta administración de la ITE, debemos tener en cuenta las siguientes **normas de administración**:

- Deben utilizarse siempre jeringas desechables, graduadas hasta 1 ml, para uso subcutáneo (26 ó 27 mm).
- Hay que comprobar la caducidad de la vacuna y la pertenencia al paciente al que se le aplicará.
- Nos debemos asegurar de que el vial y la dosis a inyectar son los correctos, así como el tiempo transcurrido desde la fecha de administración de la última dosis.
- Le preguntaremos al paciente sobre la tolerancia de la dosis anterior, si hubo reacciones después de abandonar el centro sanitario, y si se encuentra clínicamente estable.
- Tras seleccionar el vial, debemos agitarlo suavemente y extraer la dosis correspondiente.
- Se aconseja alternar los brazos en sucesivas aplicaciones, con el fin de evitar, en la medida de lo posible, la formación de nódulos subcutáneos.
- La Técnica de aplicación es la siguiente (Figura 5):

- La inyección del extracto debe realizarse siempre en la cara externa de los brazos, a media distancia entre el codo y el hombro. Se hará por vía subcutánea, cogiendo un pellizco en el brazo, con el bisel de la aguja dirigido hacia arriba y formando un ángulo de 45° con la piel.
- Hay que aspirar antes de proceder a inyectar la solución, asegurándose de no haber interesado un vaso sanguíneo, para posteriormente introducir lentamente. Si el volumen a inyectar es elevado, debemos repetir la aspiración.
- Tras la inyección, retiramos la aguja y presionamos el punto de punción con un algodón. No frotar ni realizar masaje en la zona, aconsejándole al paciente que evite el rascado.
- Tras la administración de la ITE, anotaremos la fecha, el vial y dosis administrada, e indicaremos al paciente la fecha de la siguiente dosis.
- El paciente debe permanecer al menos 30 minutos en el centro sanitario después de la administración de la vacuna, bajo observación para valorar y tratar los posibles efectos adversos en caso de que se presentaran.
- Antes de que se marche el enfermo, debemos anotar el tamaño de la reacción local, en caso de producirse, así como otras incidencias.
- Es importante informar al paciente que no debe realizar ejercicio físi-

co ni tomar baños con agua caliente o saunas en las 3 horas siguientes a la aplicación de la dosis.

- Hay que recordar al paciente debe solicitar la continuación de la vacuna, con tiempo para no tener que interrumpir la inmunoterapia.
- En cuanto al vial de mantenimiento de un envase nuevo, es recomendable reducir la primera dosis en 0,2 cc y continuar, en las siguientes sesiones, con la dosis de mantenimiento habitual.
- Se recomienda reducir la dosis de mantenimiento a la mitad durante las fases de exposición intensa a los alérgenos a los que el paciente se encuentre sensibilizado y con los que sea sometido a ITE. Ésto sucede, por ejemplo, con los enfermos alérgicos al polen durante la época de polinización (primavera).
- El embarazo no es ninguna contraindicación para la aplicación de la Inmunoterapia, siempre y cuando la paciente se encuentre en fase de mantenimiento y con tolerancia de las dosis. No puede iniciarse la ITE en una mujer gestante, ya que no podemos predecir su tolerancia.
- No se deben inyectar dos extractos alérgicos diferentes en el mismo día, debe haber, al menos, tres días de intervalo entre los dos.
- Si se trata de una vacuna de virus (triple vírica, varicela,...), debe dejarse un intervalo de 15 días entre ésta y la ITE.

- Los extractos alérgicos deben conservarse en el frigorífico entre 2 y 8 °C evitando su congelación. Hay que desecharlo en caso de que haya permanecido más de 15 días fuera del frigorífico, a temperatura superior a 37 °C, o ante su congelación.

CAUSAS DE INTERRUPCIÓN DE LA INMUNOTERAPIA

Las Causas de interrupción transitoria de la ITE son las siguientes:

- Infecciones o procesos inflamatorios de las vías respiratorias.
- Enfermedades infecciosas que cursen con fiebre.
- Enfermedades exantemáticas.
- Cuando el paciente presenta agudización de los síntomas propios de la enfermedad alérgica como puedan ser rinitis severa o crisis asmática.

En cualquiera de los casos mencionados anteriormente, la reanudación del tratamiento y la dosis de reinicio estarán en función del tiempo que haya sido interrumpida la ITE, atendiendo al siguiente esquema que se presenta a continuación (Tabla 3):

TABLA 3. Reanudación del tratamiento de Inmunoterapia.

Fase de iniciación (dosis semanales)	Retraso de una semana	Repetir la dosis anterior.
	Retraso de 15 días	Retroceder dos dosis anteriores.
	Retraso de más de 15 días	Iniciar el vial que se estaba administrando.
Fase de mantenimiento (dosis mensuales)	Retraso de 1 mes	Reducir a la mitad de la dosis de mantenimiento e ir subiendo 0,2 cc semanalmente hasta alcanzar de nuevo la dosis de mantenimiento.
	Retraso de 2 meses Iniciar el vial.	Retraso de más de 2 meses Reiniciar Inmunoterapia.

REACCIONES DE LA INMUNOTERAPIA

Podemos distinguir entre **REACCIONES LOCALES**, que se presentan en el lugar de la inyección y cuya aparición se puede considerar normal en algún momento del tratamiento, y las **REACCIONES SISTÉMICAS**, en las que se detectan síntomas generalizados que se presentan a distancia del lugar de la inyección. Tanto unas como otras pueden presentarse de forma **Inmediata** (en los primeros 30 minutos) o **Tardía** (después de 1 hora de su aplicación).

1. REACCIONES LOCALES

Las reacciones locales con la ITE Subcutánea suelen presentarse en forma de eritema o induración, con dolor y malestar en el punto de la inyección.

Es normal la aparición de picor, enrojecimiento y una pequeña pápula menor de 5 centímetros de diámetro.

Cuando se utilizan extractos modificados que contienen aluminio, pueden desarrollarse en el lugar de la administración de la vacuna **NÓDULOS SUBCUTÁNEOS**.

a. Reacciones Inmediatas:

- Si el diámetro de la reacción es menor de 5 cm. en los primeros 30 minutos, se continuará con la misma pauta, ya que se considera normal.
- Si el diámetro es mayor de 5 cm. (3 cm. en niños), se repetirá tres veces la dosis anterior tolerada, para después seguir la pauta establecida previamente.

b. Reacciones Tardías:

- Si el diámetro de la reacción es menor de 10 cm. tras la primera hora, se continuará con la misma pauta, ya que no se considera una reacción local valorable.
- Si el diámetro es mayor de 10 cm. (8 cm. en niños), se repetirá la última dosis tolerada.

En ambos casos, tanto si la reacción es inmediata como tardía, es conveniente la aplicación de hielo localmente, y si es muy molesta puede administrarse un antihistamínico oral.

2. REACCIONES SISTÉMICAS

Las reacciones sistémicas se caracterizan por signos y/o síntomas generalizados que se producen a distancia del lugar de la inyección. Su intensidad y sus manifestaciones clínicas son muy variables, desde rinitis hasta shock anafiláctico. Habitualmente son **Inmediatas**, es decir, que se presentan a los pocos minutos tras la inyección; y más raramente aparecen después de los 30 minutos.

Las reacciones sistémicas se clasifican en:

a. Reacción Sistémica Leve: rinitis y/o asma leve.

b. Reacción Sistémica Moderada: urticaria, angioedema o asma grave.

c. Reacción Sistémica Severa o Shock Anafiláctico: reacción de rápida evolución que cursa con prurito, eritema, hipotensión, taquicardia, obstrucción bronquial, etc., que requiere tratamiento intensivo precoz.

El tratamiento de las reacciones sistémicas ha de ser **inmediato**, con el objeto de minimizar los posibles riesgos que entrañan y la evolución de la reacción, en especial en pacientes asmáticos.

Las medidas a adoptar serán:

1. Administración de **Adrenalina** al 1/1000 por vía subcutánea, según la siguiente pauta:
 - Adultos: Se les inyectará 0'3 ml en el lugar de la inyección y 0'5 ml en el brazo contrario.
 - Niños: 0'1 ml por cada 10 Kg. de peso, sin pasar de 0'5 ml.
2. Corticoides por vía intravenosa (p.ej., Urbason, 80-160 mg).
3. Antihistamínicos por vía intravenosa lenta (p.ej., Polaramine, 1 ampolla).
4. Fluidoterapia: suero fisiológico o glucosado al 5%.

5. Oxigenoterapia con Ventimask al 40%.

6. En pacientes tratados con B-bloqueantes o cuando está contraindicada la adrenalina, se administrará Glucagón, 1 mg por vía intravenosa, que puede repetirse, si es necesario, cada 5 minutos.

El rápido reconocimiento de las reacciones sistémicas y el uso inmediato de la adrenalina son los pilares básicos del tratamiento de dichas reacciones.

Después de una reacción sistémica, remitir al paciente al alergólogo.

CONCLUSIONES

- En la aparición de los procesos alérgicos intervienen varios factores (genéticos, ambientales y otros).
- La prevalencia de los procesos alérgicos está aumentando considerablemente en todo el mundo, pero especialmente en los países desarrollados.
- Las dos únicas intervenciones terapéuticas que modifican el curso natural de la enfermedades alérgicas son la supresión del alérgeno y la inmunoterapia.
- La única indicación de la inmunoterapia son los procesos alérgicos extrínsecos.
- Antes de iniciar la inmunoterapia se necesita un diagnóstico exacto del proceso alérgico que presenta el paciente.
- El enfermero/a juega un papel muy importante en este tipo de tratamiento y en la educación sanitaria al paciente y/o familia sobre la enfermedad alérgica.
- La administración de la inmunoterapia no representa, ni mucho menos, la actividad de Enfermería que puede representar más peligro para el paciente, pero es muy importante seguir correctamente

las **normas de administración de la inmunoterapia.**

- No se administrará **NUNCA** la vacuna en el domicilio del paciente.
- Cuando tenga dudas o si existe algún tipo de reacción consulte al alergólogo.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Francisco Javier Monteseirín Mateo, médico Especialista en Alergia, por su apoyo y orientación en el desarrollo de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Nieto,A. Boquete,M. Pelta,R. “El enfermo alérgico en atención primaria”. Editorial Edilesa. Septiembre 1992.
- Alonso A. “Fundamentos de Alergia para el Médico General”. Editorial El Ateneo. Buenos Aires, 1996.
- Senent Sánchez CJ. y Gonzalo Reques F. “Colección Pregrado. Alergología”. Luzan 5, S.A. 1985.
- Valero Santiago A.L. “ Guía Práctica de Consulta Alergológica en Atención Primaria”. Barcelona.
- Guardia Martínez P. y Llamas Huerta M.E. “Inmunoterapia. Guía Práctica para Médicos Residentes de Alergología”. Masson, S.A. Barcelona 2003.
- Lobo Álvarez M.A. “Eficacia de la Inmunoterapia con Alergenos en el Tratamiento de las Enfermedades Alérgicas”. Atención Primaria. 2000; 26 (Supl 1): 200-201.
- Cebeiro Lara M.L; Celay Celay M.E; Aldaya Lizarraga G. y Rodríguez Biempica R. “Vacunación Antialérgica: Indicaciones, Procedimientos y Observaciones de Enfermería”. Enfermería Clínica. 1991; 1: 158-160.
- Fernández Rodríguez R., Ramos Alonso R., Fernández Fernández B. “Procesos Respiratorios por Neumoalergenos: Intervención Enfermera”. Metas de Enfermería. 1999; Vol.II. Revista N° 14: 12-20.
- “Cartilla de Seguimiento de la Inmunoterapia”. Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica.
- Bousquet J., Lockey R., Mailing H.J. “Inmunoterapia con Alergenos: Vacunas Terapéuticas para las Enfermedades Alérgicas”. Artículo de Opinión de la O.M.S. Ginebra, 1997.
- “Alergia y Asma”. Instituto UCB de Alergia.
- Pelta Fernández R., Vivas Rojo E. “Tengo Alergia. ¿Qué debo saber?”. Grupo Z. 1995.
- “Manual de Alergia”. UCB Farmaceutical-Braine. I´Aleud. 1992.
- Abramson M.J., Puy R.M. “Allergen immunotherapy for asthma”. The Cochrane Library 2004, Issue 1.
- Bousquet J., Lockey R., Mailing H.J. “Allergen immunotherapy: Therapeutic vaccines for allergic diseases. WHO position paper. Allergy 1998; 44:1-42

Curación de úlcera venosa tratada con apósito de espuma siliconada y vendaje multicapa

■ **Sebastián Carrasco Muñiz.**

Diplomado en Enfermería. Hospital San Lázaro. A.H. Virgen Macarena. Sevilla

RESUMEN

El vendaje compresivo ha sido útil siempre en el tratamiento de la IVP. Si a ello le unimos un apósito de espuma siliconada, que reduce el dolor, el exudado y facilita la cicatrización, nos encontramos con un método de curas eficaz para tratar úlceras venosas.

El uso del vendaje multicapa, unido al apósito de espuma siliconada, han resultado ser un tratamiento bastante eficaz para la resolución de las úlceras venosas, al actuar primero sobre el origen de las heridas, favoreciendo el retorno venoso, y luego, disminuyendo la absorción del exudado de ellas, favoreciendo la aparición del tejido de granulación y posterior epitelización, lo cual contribuye a una mayor efectividad de dicho tratamiento.

Investigué con dicho método durante todos estos meses, (con curas cómodas, indoloras y con mayor intervalo de tiempo entre ellas), la eficacia de este tipo de tratamiento local, y en un plazo relativamente corto, con respecto a los años de evolución de la herida, resultó ser efectivo, cicatrizando por completo a los 10 meses, lo cual demuestra la efectividad para este tipo de úlceras.

La paciente fue tratada a domicilio por tratarse de un familiar, con estricta supervisión del Servicio de Cirugía Plástica del HVR, a la cual fue remitida desde Cirugía Cardiovascular de dicho Centro.

Presentaba amplio historial por Insuficiencia Venosa Crónica, con úlceras venosas recidivantes, cronificadas y tórpidas en los últimos 16 años, manteniendo desde hace 5 la descrita en el caso.

PALABRAS CLAVES

Úlcera venosa. Apósito de espuma siliconada. Vendaje multicapa.

1. INTRODUCCIÓN

En la curación de las úlceras venosas, se han empleado diversos tipos de técnicas y productos a lo largo de la Historia. Existen estudios realizados en animales, los cuales demuestran que cicatrizan antes las heridas con apósitos de este tipo que con las técnicas hasta ahora empleadas.

La cura oclusiva con los nuevos apósitos de los que disponemos en el mercado (hidrocoloides, absorbentes, de poliuretano, etc.) ha demostrado tener importantes ventajas con respecto a otros productos y técnicas de curas, tales como favorecedor del proceso de regeneración tisular, fácil

manejo, confortabilidad y aceptación por parte del paciente.

Si a ello le unimos las ventajas del vendaje compresivo (que es el tratamiento de la causa de la úlcera), nos encontramos con un método eficaz ante este tipo de heridas, basándonos sobre todo en la disminución del dolor por el aumento del tejido de granulación (hay mayor irrigación de sangre), curas prácticas y con menor frecuencia, mejora en la calidad de vida del paciente y aumento en el índice de curaciones.

Con el tratamiento y plan de cuidados realizados, se han conseguido los objetivos propuestos, con bastantes ventajas.

2. MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de una paciente de 70 años de edad, obesa, hipertensa, diabética tipo 2 cardiópata, AVC isquémico en el año 1998 con secuelas motoras y cognitivas, neuropatía sensitivo-motora hereditaria, poliartritis, e Insuficiencia Venosa Crónica con antecedentes de úlceras venosas recidivantes, tórpidas y cronificadas. Vida sedentaria. Debido a su pluriopatología, se realizará el trabajo a nivel domiciliario.

Actualmente, presenta una úlcera venosa en MID, zona supramaleolar externa, de 5 años de evolución, tórpida y cronificada, con tejido esfa-

celar, restos de fibrina y abundante exudado. La piel circundante presenta dermatitis irritativa, y la parte distal del miembro afecto está edematizada, con algunas varices superficiales y pigmentación cutánea. Pulsos pedios y femorales conservados, (valorada en Cirugía Cardiovascular, donde han descartado patología arterial).

La posibilidad de injertos cutáneos fue descartada por el Cirujano Plástico, por lo cual se decide poner en práctica este tipo de tratamiento, basado en los apósitos de espuma siliconada y vendaje multicapa.

Tras ello, se le hace una valoración inicial de Enfermería a la paciente, encontrando los siguientes

Diagnósticos Enfermeros (en relación al tema tratado):

- a) Deterioro de la integridad cutánea r/c Insuficiencia Venosa Crónica, Diabetes, HTA, m/p úlcera venosa en MID.
 - b) Deterioro de la movilidad física r/c degeneración neuromuscular e inflamación articular m/p limitaciones en los movimientos, dependencia para la deambulación y miedo a ésta.
 - c) Riesgo de infección r/c destrucción tisular, enfermedades crónicas y alteración de las defensas primarias m/p posible infección en la úlcera.
 - d) Dolor agudo r/c úlcera en MID m/p intolerancia a las curas y ansiedad previa a ellas.
 - e) Deterioro en el patrón del sueño r/c dolor en úlcera m/p insomnio, despertar precoz y mala calidad del sueño.
 - f) Riesgo de hemorragias r/c toma de anticoagulantes orales m/p posible sangrado durante y/o después de las curas.
- Tras realizar los Diagnósticos de Enfermería, se plantean los **objetivos** para ellos:
1. La paciente recuperará la integridad cutánea .

2. La paciente será capaz de moverse algo, y no ser totalmente dependiente.
3. La paciente no presentará infección en la herida durante el plan terapéutico.
4. La paciente presentará una disminución del dolor a medida que vaya evolucionando la lesión, desde el implante del nuevo método de curas.
5. La paciente tendrá un patrón reposo-sueño regular.
6. La paciente no presentará hemorragias derivadas de la úlcera antes, durante ó después de las curas.

Posteriormente, se le realiza el **plan de cuidados** Las actividades (intervenciones) para lograr los objetivos marcados van encaminadas a la realización de las curas con la técnica propuesta, que a continuación se detallan:

1. Cultivo de exudados de la herida, resultando éste negativo.
2. Limpieza de la lesión con Suero Fisiológico, con posterior secado cuidadoso.
3. Aplicación de un corticoide tópico sobre la piel periulceral.
4. olocación del apósito de espuma siliconada sobre el lecho ulceral.
5. olocación del vendaje multicapa, el cual consta de las siguientes capas:
 - Gasa hidrófila sobre el apósito.
 - Vendaje de algodón en espiral simple.
 - Vendaje elástico de compresión ligera en ocho al 50 % de su extensión.
 - Vendaje elástico de compresión continua en espiral al 50 % de su extensión.
 - Vendaje cohesivo elástico en espiral simple.

Es importante que los diversos vendajes estén bien colocados, desde los dedos de los pies hasta la rodilla, vigilando posibles complicaciones de ellos. Las curas, con sus correspondientes cambios de apósitos y vendajes, se realizarán cada 7 días.

3. RESULTADOS

El método de curas permitió la resolución de la úlcera en 10 meses, sin presentar infección ni hemorragias en ella, desapareciendo el dolor a medida que iba transcurriendo el tiempo, y adaptándose a un patrón reposo-sueño regular, alcanzando por ello los objetivos propuestos en mi plan de cuidados.

Detalladamente, vamos a ver la evolución de la herida a través de las fotografías. (Nº 1 a 5).

Tras la cicatrización de la misma, se le inducen a la paciente una serie de medidas higiénico-posturales: uso de medias elásticas para prevenir recidivas, evitar inmovilidad prolongada, uso de calzado no muy alto, caminar una hora diaria, dormir con los MMII ligeramente elevados, evitar baños calientes y exposiciones prolongadas al sol, controlar enfermedades de base, e hidratación del miembro afecto.

4. DISCUSIÓN

Como se ha visto, la curación de la herida ha sido posible, relativamente, en pocos meses, en relación a los años de evolución que llevaba con otros tipos de curas.

La calidad de vida de la paciente ha mejorado, ya que ha disminuído el dolor, ha conseguido un patrón de sueño regular, y sobre todo, se le ha curado la herida tórpida y cronificada.

El uso del vendaje multicapa unido al apósito oclusivo de espuma siliconada, han resultado ser tratamiento bastante eficaz para la resolución de úlceras venosas, al actuar, primero, sobre la causa de ellas, y luego, favoreciendo todo el proceso de cicatrización, lo cual contribuye a una mayor efectividad del tratamiento.

■ Curación de úlcera venosa tratada con apósito de espuma siliconada y vendaje multicapa



Foto nº 1. Estado de la úlcera antes de iniciar el plan terapéutico.



Foto nº 2. Estado a los 21 días de iniciar el tratamiento. Apreciamos ya la ausencia de esfacelos y la aparición de tejido de granulación.



Foto nº 3. Evolución de la herida a los 5 meses y medio, presentando gran reducción del tamaño de la misma.



Foto nº 4. A los 9 meses está prácticamente cicatrizada.



Foto nº 5. A los 10 meses, presenta una cicatrización completa.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Gupo Comvatec S.A. Manual para el cuidado de las úlceras vasculares. Bristol-Myers Squibb. 2001.
- Profore. Sistema del vendaje de 4 capas. www.Smith-Nephew.com/invest.
- NANDA NURSING DIAGNOSIS: Definitions & Clasification. 2001-2002.
- Úlceras vasculares. www.arrakis.es/aroldanv/uvasc.htm
- Revista ROL, vol. 25, nº 2, Febrero 2002 - páginas 50-54. "Ttos. de lesiones cutáneas..." Investigación. García Collado F., Salvador Morán M.J., Román García M.J.
- Metas de Enfermería. www.enfermería21.com
- Guía práctica en la atención de las úlceras de la piel (4ª edición):J.J. Soldevilla Agueda. Madrid (GARSI,1998).
- Hanson Lo: úlceras venosas de las extremidades inferiores.Acta Chir Scand 128:269,1964. 9.-Terapia compresiva en la úlcera venosa. www.traumazamora.org/guiastratamiento/ulceravenosa.html.
- P. Instrucciones prácticas de vendajes.Beiersdorf.2002.
- VILALTA.A: úlceras vasculares de las extremidades inferiores. Dermatología.3648,1985.
- INFAC. www.euskadi.net/sanidad.
- Apósitos de silicona. www.ulceras.net

Factores Psicosociales que inciden en el Estrés Laboral de una Unidad de Urgencias

- Ana M^a Pineda Soriano.
- M^a Carmen González Delgado.
- Luisa Undebeytia López.
- M^a Antonia De Eugenio Pizarro.

Diplomadas en Enfermería. Unidad de Urgencias del Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

RESUMEN

El presente trabajo se fundamenta en el estudio del estrés laboral al que está sometido el personal de enfermería de la Unidad de Urgencias del Hospital Universitario Virgen Macarena.

Para ello utilizamos un cuestionario en el cual se identifican los factores psicosociales desde un perfil valorativo y descriptivo (carga mental, autonomía temporal, contenido del trabajo, supervisión-participación, definición del rol, interés por la persona trabajadora y relaciones personales), que afectan tanto a la salud física, psíquica o social del trabajador como al desarrollo de su trabajo.

Una vez detectados los factores psicosociales que provocan estrés laboral en esta Unidad (la carga mental de los trabajadores se encuentra en una situación nociva, el grado de supervisión-participación, la autonomía temporal y el interés por el trabajador, se encuentran en una situación con riesgo de ser nociva) nos planteamos como objetivo final la sensibilización de los gestores sanitarios sobre la necesidad de la consolidación de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales en las Unidades de Urgencias.

PALABRAS CLAVE

Factores psicosociales.
Estrés laboral.
Síndrome de Burnout.
Prevención de riesgos laborales.

INTRODUCCIÓN

La enfermería es una profesión especialmente vocacional, de ayuda y cuidados; posee altos niveles de responsabilidad, relaciones interpersonales y exigencias sociales, lo que hacen ser a este colectivo más vulnerable al estrés laboral.

Las investigaciones indican que algunas enfermeras, especialmente las que desarrollan su trabajo en unidades conceptuadas como de riesgo (unidades especializadas), son particularmente vulnerables al estrés laboral y al síndrome de burnout; es por ello por lo que la prevención de los facto-

res psicosociales en una unidad de trabajo es de suma importancia, ya que este concepto engloba todas aquellas condiciones presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, contenido y realización de la tarea de trabajo, que pueden afectar tanto a la salud en todas sus dimensiones; física, psíquica y social del trabajador, como al desarrollo del trabajo.

Así pues unas condiciones psicosociales desfavorables en el trabajo originan la aparición de actitudes y conductas inadecuadas en el desarrollo del mismo, con consecuencias perjudiciales para la salud y el bienestar del trabajador.

Este trabajo se fundamenta en la evaluación del nivel de estrés laboral al cual está sometido el personal de enfermería de una Unidad de Urgencias mediante una serie de cuestionarios identificadores y medidores de esos factores estresantes.

El fin último, es la identificación del riesgo psicosocial, para intentar establecer medidas correctoras y preventivas que ayuden a la Unidad de Urgencias a minimizar en lo posible los problemas que puedan surgir como consecuencia del estrés, así como sensibilizar a los responsables de la gestión hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio ha sido desarrollado en la Unidad de Urgencias del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla durante los meses de abril y mayo del 2004. Para ello han colaborado la totalidad del personal de enfermería de esta unidad (80 enfermeros/as), a los que se les pidió que contestaran anónimamente un cuestionario (1).

El método utilizado ha sido editado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, en formato de A.I.P. (Aplicación Informática para la Prevención), con la denominación "Factores Psicosociales. Método de Evaluación", y tiene como objetivo la obtención de información a partir de las percepciones de los trabajadores sobre los distintos aspectos de su trabajo para valorar las condiciones psicosociales del mismo.

El cuestionario aplicado esta compuesto por 75 preguntas distribuidas en 7 factores, que analizan los hechos y opiniones que el trabajador tiene sobre su actividad laboral, ofreciendo una puntuación para cada uno de ellos que oscila entre:

- 0 a 4 : situación satisfactoria.
- 4 a 7 : situación intermedia con riesgo de volverse nociva.
- 7 a 10 : situación nociva que crea estrés laboral.

Relación de factores psicosociales:

- 1. Carga mental:** presiones de tiempo y retrasos, esfuerzo de atención, fatiga nerviosa, cantidad y complejidad de la información y dificultad de la tarea.
- 2. Autonomía temporal:** posibilidad de abandono momentáneo del trabajo, distribución de pausas, determinación del propio ritmo y variación del ritmo.
- 3. Contenido del trabajo:** capacidades utilizadas, repetitividad, importancia del trabajo, variedad del trabajo, trabajo rutinario, motivación por el trabajo e importancia del trabajo para otros.
- 4. Supervisión participación:** supervisión, medios de participación y grado de participación.
- 5. Definición de rol:** ambigüedad de rol, conflictividad de rol.
- 6. Interés por la persona trabajadora:** promoción, formación, medios de información y estabilidad en el empleo.
- 7. Relaciones personales:** posibilidad de comunicarse, calidad de las relaciones, relaciones de grupo.

La presentación de resultados se ofrecen en dos formatos, denominamos **perfil valorativo** (que ofrece la media de las puntuaciones del colectivo analizado para cada uno de los factores de los que consta este método) y **perfil descriptivo** (que nos permite conocer datos relativos a cada factor, esta

información nos orienta hacia las acciones a emprender para mejorar un determinado factor).

Los distintos items y factores que conforman el método han sido analizados estadísticamente con el fin de asegurar su fiabilidad y validez. La consistencia interna del método se obtuvo a través de las correlaciones entre los items de cada uno de los factores, obteniéndose cifras estadísticamente significativas.

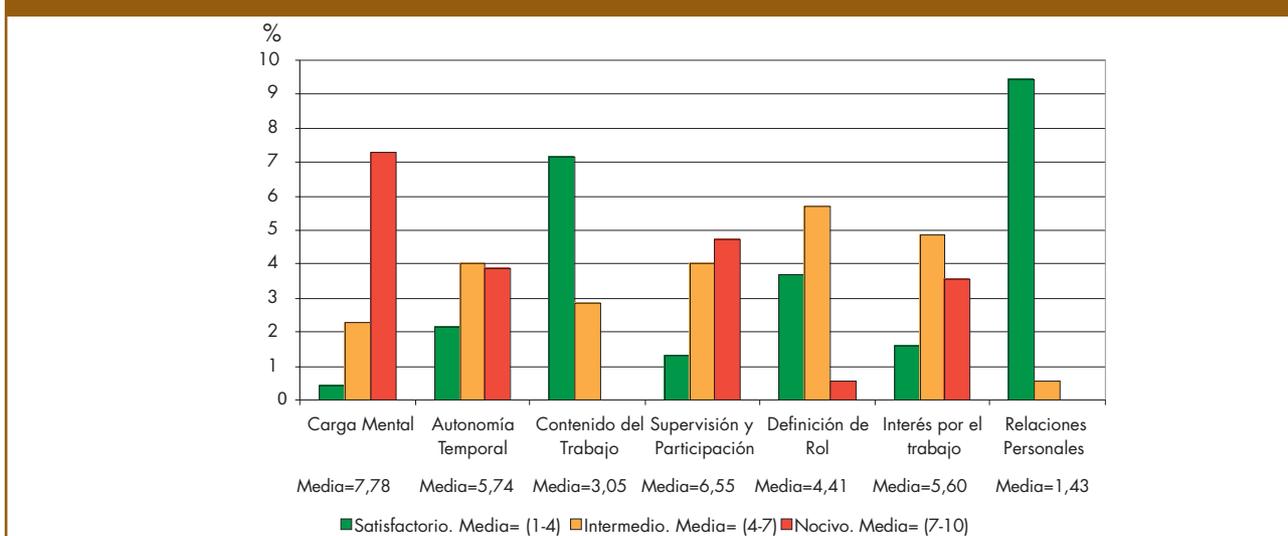
Para el cálculo de la estabilidad de medidas se utilizó el método Test-Retest. Así mismo los distintos factores fueron correlacionados con una medida de absentismo con la Escala de Satisfacción de Warr-Cook y Wall y con el test de Salud Total de Langner.

RESULTADOS

1. Perfil Valorativo, donde medimos los 7 factores estudiados de forma global (figura 1), lo más destacado es:

- La carga mental de los trabajadores, donde nos encontramos con una media de 7,48 (situación nociva que crea estrés laboral).
- El grado de supervisión y participación, con una media de 6,45 (situación con riesgo de ser nociva).
- La autonomía temporal, con una media de 5,74 (situación con riesgo de ser nociva).
- El interés del trabajador, con una media de 5,60 (situación con riesgo de ser nociva).

Figura 1. Perfil valorativo de los factores psicosociales



2. Perfil Descriptivo, nos ofrece el porcentaje de cada pregunta, destacando de cada factor lo siguiente:

Carga Mental

- Intensidad de atención: 65% muy alta.
- Tiempo asignado a la tarea: 40%

demasiado poco, 37% en algunas ocasiones demasiado poco.

- Recuperación de retrasos: 77% si, durante el trabajo acelerando el ritmo.
- Tiempo del trabajo con rapidez: 70% casi todo el tiempo, 18% tres

cuartas partes del tiempo (figura 2).

- Frecuencia de errores: 37% frecuentemente, 55% en algunas ocasiones (figura 3).
- Consecuencias de los errores: 64% puede provocar errores graves (figura 4).

Figura 2. Tiempo del trabajo con rapidez

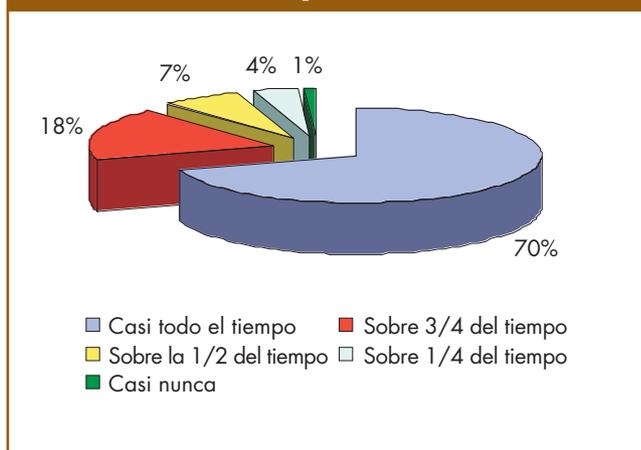


Figura 3. Frecuencia de errores

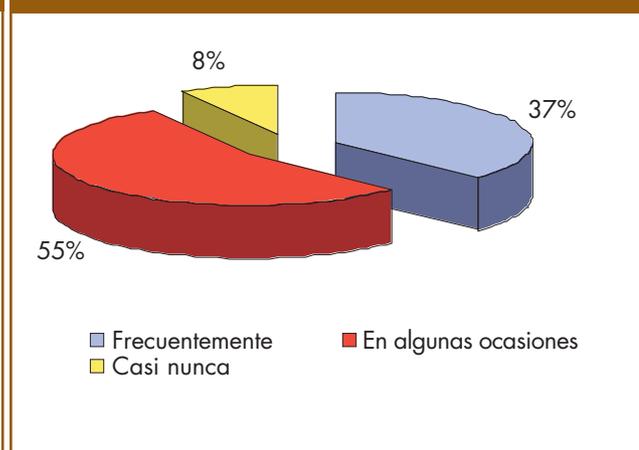
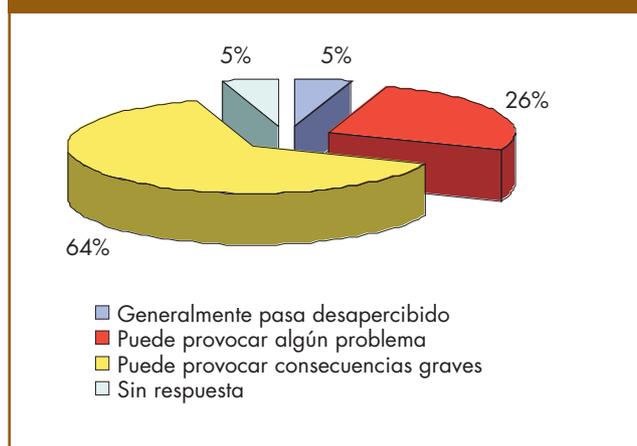


Figura 4. Consecuencia de los errores



Autonomía Temporal

- Variar el ritmo: 61% no se puede.
- Abandonar momentáneamente el trabajo: 78% puedo ausentarme siendo sustituido por un compañero.

Contenido del Trabajo

- Habilidad manual: 88% constantemente (figura 5).
- Concentración: 91% constantemente (figura 6).
- Precisión: 84% constantemente (figura 7).

Supervisión-Participación

- Supervisión / método para realizar el trabajo: 77% insuficientemente.
- Supervisión / planificación del trabajo: 77% insuficiente (figura 8).
- Resultados parciales: 70% insuficiente.
- Resultados últimos del trabajo: 67% insuficiente.
- Conversación con superiores: 15% no existe, 22% malo, 42% regular y 21% bueno (figura 9).

- Buzón de sugerencias: 80% no existe.
- Círculos de calidad: 62% no existe.
- Orden de las operaciones: 61% no se me considera, 14% se pide mi opinión y 22% decido yo (figura 10).
- Cantidad de trabajo: 90% no se me considera (figura 11).
- Asambleas y reuniones: 42% no existe, 33% malo y 25% regular (figura 12).

Figura 5. Habilidad Manual

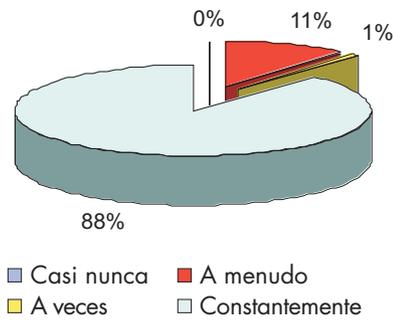


Figura 6. Concentración

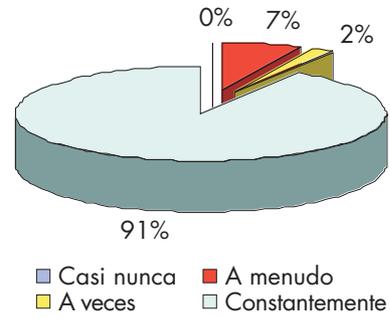


Figura 7. Precisión

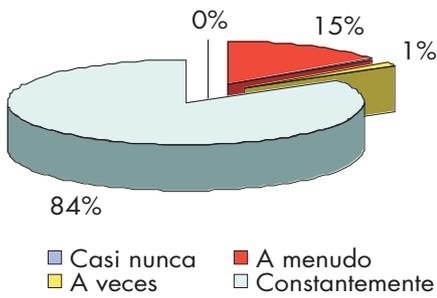


Figura 8. Supervisión/Planificación del trabajo

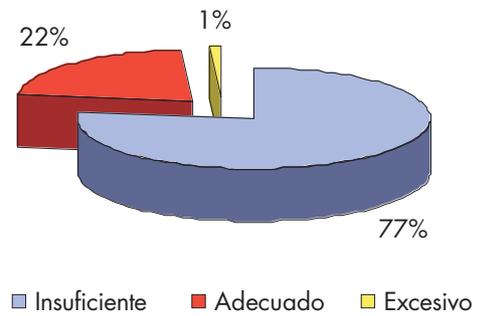


Figura 9. Conversación con superiores

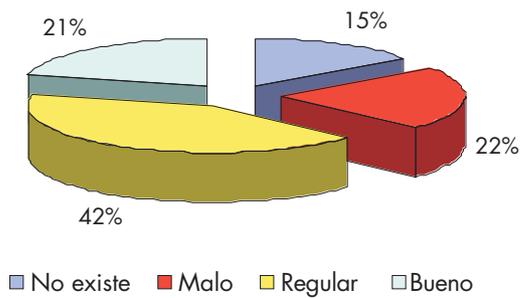


Figura 10. Buzón de sugerencias

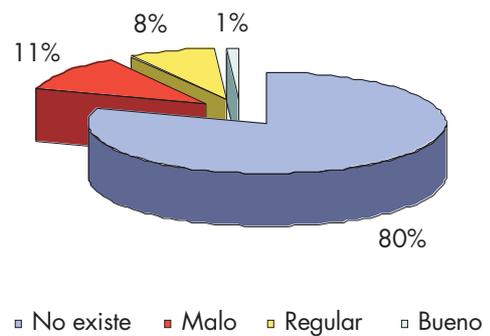
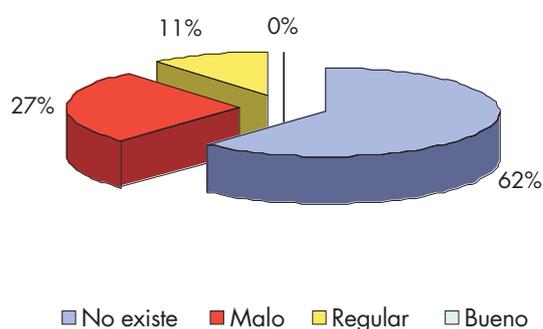
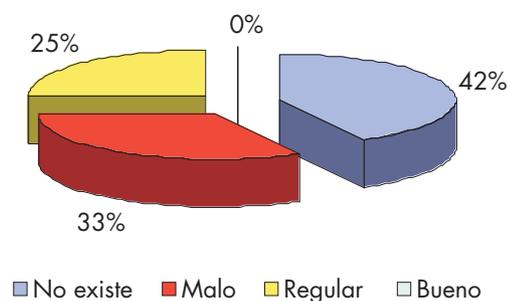


Figura 11. Círculos de calidad**Figura 12. Asambleas y reuniones****Definición del Rol**

- Lo que debes de hacer: 2% muy claro, 30% claro, 8% algo claro y 58% poco claro.
- Instrucciones incompatibles: 11% frecuentemente, 22% a menudo, 32% a veces, 31% casi nunca.

Interés por la persona trabajadora

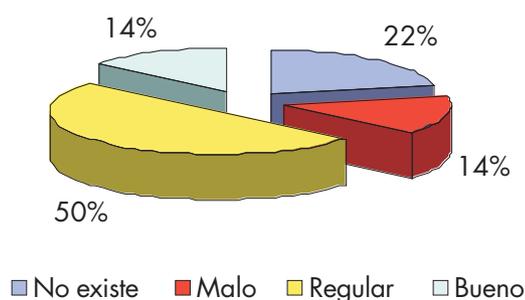
- Formación: 51% insuficiente en algunos aspectos, 41% totalmente insuficiente.
- Charlas con jefes: 22% no existe, 14% malo, 50% regular (figura 13).
- Escrito a cada trabajador: 54% no existe, 18% malo, 24% regular.
- Información oral: 20% no existe, 41% malo, 34% regular.

Relaciones personales

- Posibilidad de comunicarse: 78% intercambio de algunas palabras, 21% conversaciones más largas.
- Relaciones de grupo: 75% relaciones de colaboración para el trabajo y relaciones personales positivas.
- Relaciones con los compañeros: 92% buenas y 7% regulares.

CONCLUSIONES

Ante los resultados obtenidos podemos afirmar que en la Unidad de Urgencias del Hospital Universitario Virgen Macarena se nos presenta una situación laboral estresante como

Figura 13. Charlas con Jefes

consecuencia de un cúmulo de factores que propician dicha situación. Entre los diferentes factores psicosociales analizados destaca el exceso de trabajo que recae en cada enfermero/a y la falta de tiempo para su realización, que por sus características requiere un alto grado de concentración, habilidad, precisión y adaptación constante. Junto a este ritmo acelerado nos encontramos con unas tareas poco definidas, falta de claridad sobre los objetivos del trabajo y de planificación, producto de la escasa comunicación con los superiores, que pueden provocar errores frecuentes con graves consecuencias en los pacientes. Todo nos lleva a una situación en la que el enfermero/a se encuentra “aislado” e “incomunicado”, con una desmotivación latente, consecuencia

de la poca valoración de su trabajo y, la falta de comunicación y planificación por parte de la supervisión y dirección de enfermería. Esta situación se caracterizaría desde el punto de vista laboral por el exceso de trabajo, la insatisfacción y la tensión que conllevaría una constante desmotivación, una disminución en la calidad del servicio y asistencial, el aumento de accidentes laborales, cuadros depresivos, neurovegetativos, absentismo laboral...

Por tanto se hace necesario por parte de los gestores sanitarios una mayor preocupación sobre la salud laboral de sus trabajadores, adoptando medidas correctivas y preventivas con el fin de implantar el servicio de prevención de riesgos laborales en esta unidad, en base a programas de evaluación psicosocial y a la vigilancia periódica de la salud de sus trabajadores, todo ello repercutiría positivamente en una mejora global de la Unidad de Urgencias del Hospital Universitario Virgen Macarena.

Por tanto se hace necesario por parte de los gestores sanitarios una mayor preocupación sobre la salud laboral de sus trabajadores, adoptando medidas correctivas y preventivas con el fin de implantar el servicio de prevención de riesgos laborales en esta unidad, en base a programas de evaluación psicosocial y a la vigilancia periódica de la salud de sus trabajadores, todo ello repercutiría positivamente en una mejora global de la Unidad de Urgencias del Hospital Universitario Virgen Macarena.

BIBLIOGRAFÍA

- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. **“Factores psicosociales. Método de evaluación”**. 1998.
- Lahera Martín, Matilde y Góngora Yerro, Juan José. **“Factores psicosociales: identificación de situaciones de riesgo”**. Instituto Navarro de Salud laboral. 1997.
- Artacos, A. Sánchez y otros, Proyecto **“Trabajar de cara al público: factores de riesgo psicosocial”**. Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona: Servei de Prevenció, Ajuntament de Barcelona. 2000.
- Niño Escalante, José. **“Evaluación de los riesgos laborales y factores psicosociales”**. Revista MAPFRE Seguridad, nº 85. 2002.
- Atance Martínez, Juan Carlos. **“Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario”**. Revista Española Salud Pública. 1996.

Enlaces electrónicos:

- <http://www.mtas.es/insht>
- <http://www.ucm.es/info/seas/estlab.htm>
- <http://www.prevencionintegral.com/Estudios/enfermeria/1.htm>

Salud Auditiva en trabajadores de una empresa de cartelería sevillana

■ Luis Miguel Domínguez Martín.

Diplomado en Enfermería. Servicio Médico de Empresa Fomento y Contratas, S.A. Sevilla

RESUMEN

Este estudio sobre la salud auditiva de los trabajadores de una empresa de cartelería sevillana, se ha realizado con el objetivo de evaluar la audición de las personas que están expuestas a ruido en su puesto de trabajo y detectar precozmente deterioros del umbral auditivo, para tomar medidas preventivas adecuadas en aquellos casos que a través de su historia clínico laboral y de las audiometrías se detecten anomalías. Para ello se ha realizado un estudio descriptivo transversal en base a la historia médico-laboral y en las audiometrías de los trabajadores de los datos obtenidos en el reconocimiento médico periódico anual durante el año 2005, para la clasificación de las Audiometrías hemos adoptado la propuesta de Klockhoff y modificada por la clínica del Lavoro de Milán,(5) esta clasificación contempla 7 tipos de diagnósticos diferentes: normal, trauma acústico inicial, trauma acústico avanzado, hipoacusia leve, hipoacusia moderada, hipoacusia avanzada y otras patologías no debidas a ruido. Tras el análisis de las audiometrías se llega a la conclusión que el 43% de los trabajadores objeto del estudio presentan hipoacusia moderada por ruido, por lo que se deben adoptar medidas preventivas destinadas a corregir los niveles de ruido superiores a 80 Decibelios durante la jornada laboral en la que esten implicados todos, es decir, desde el empresario, técnicos en prevención, servicio médico de prevención y por supuesto los propios trabajadores.

PALABRAS CLAVES:

Salud Laboral, Audiometrías, hipoacusia, sordera, ruido, Salud Auditiva

INTRODUCCIÓN

El trabajo y el desarrollo nos obligan a vivir en un entorno en el cual el mundo de los sonidos se vuelve agresivo para el hombre de manera que se puede considerar el ruido como un importante contaminante en la actualidad, dando lugar a una clara patología específica la sordera.

A lo largo de la jornada de trabajo se perciben de modo continuo sensaciones acústicas que son la suma de todos los sonidos generados en el ambiente. Todos y cada uno de los equipos que se utilizan en cada una de las tareas que se realizan van a ser capaces de dar lugar a ese contaminante.

Los términos ruido y sonido se han utilizado indistintamente y la diferencia entre ellos no es de naturaleza

física, sino más bien cultural y subjetiva, denominamos ruido al sonido que no nos agrada.

El Real Decreto 1316/1989 de 27 de Octubre, sobre protección de trabajadores frente a los riesgos derivados de la exposición al ruido durante el trabajo, dicho Real Decreto establece las exposiciones límite a partir de las cuales las personas expuestas al ruido en su puesto de trabajo deben ser sometidos a vigilancia médica específica, incluyendo ésta la realización de controles audiométricos, cuya periodicidad dependerá del nivel de exposición al que se hallen sometidas.

La audiometría es una prueba funcional que sirve para determinar el estado actual de audición para una o varias personas. La audiometría no es en sí misma una técnica de prevención, sino que permite detectar los

daños ocasionados por ruido en un estadio precoz de su desarrollo, y por tanto su realización periódica suministra información muy útil para el establecimiento de planes de control de audición y el seguimiento de la eficacia de las medidas adoptadas.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos realizado un estudio transversal descriptivo y comparativo. La muestra la han constituido 14 trabajadores entre 20-50 años de edad pertenecientes a una empresa de cartelería, publicidad y mantenimiento de mobiliario urbano de Sevilla. La información obtenida se ha recogido a través de la historia médico laboral

(ver Anexo) y la audiometría aérea con el aparato Bosch ST20 realizada durante el reconocimiento médico periódico anual durante febrero de 2005.

En la clasificación diagnóstica de las audiometrías hemos adoptado la propuesta de Klockhoff y modificada por la clínica del Lavoro de Milán, (5) esta clasificación contempla 7 tipos de diagnósticos diferentes: normal, trauma acústico inicial, trauma acústico avanzado, hipoacusia leve, hipoacusia moderada, hipoacusia avanzada y otras patologías no debidas a ruido.

RESULTADOS

El 43% de los trabajadores presenta hipoacusia moderada por ruido, y un 21,42 % audiometría normal. (Figura I).

Las edades de los trabajadores está entre los 35-45 años. (Figura II).

El 64,28 % de los trabajadores tiene la categoría de Oficial 1ª, (Figura III), y llevan en la empresa más de 5 años.

El sexo masculino es el predominante debido al tipo de tareas a realizar (manejo de cargas, limpieza de paradas y mantenimiento de mobiliario urbano en general). (Figura IV).

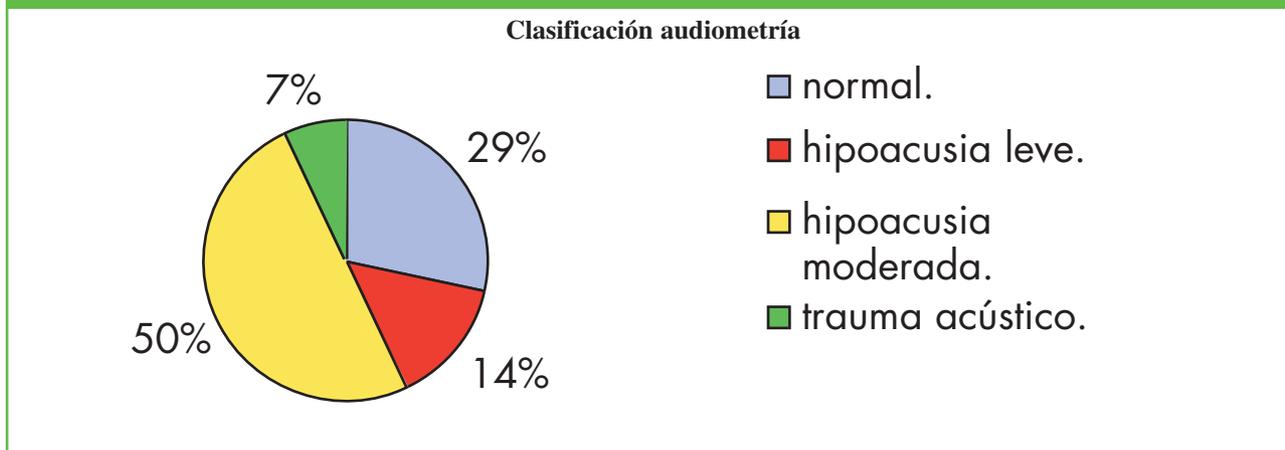
Al recoger datos en la historia clínica sobre antecedentes otológicos, ninguno presentaba problemas tipo tapones de cerumen, acúfenos, vértigos, otitis, etc.

El 70% de los fumadores fuma durante la jornada laboral y/o toma alcohol los fines de semana.

CONCLUSIÓN

En conclusión los trabajadores de la empresa Cemusa de Sevilla presentan un perfil con edad entre los 35-45 años, varón con más de cinco años de trabajo en la empresa, fumador y sometidos diariamente a ruido ambiental (generadores, coches, motos, etc), que no utilizan los protectores auditivos durante la realización de determinados trabajos cuando se sobrepasan los 80 Decibelios, sin antecedentes otológicos importantes, pero que al realizar la audiometría se detectan hipoacusias moderadas por ruido. Destacar la labor del profesional de enfermería en la detección precoz y la educación para la salud de los trabajadores para evitar la sordera de tipo profesional en la realización de los reconocimientos médicos de la vigilancia de la salud de los trabajadores con exposición a ruido.

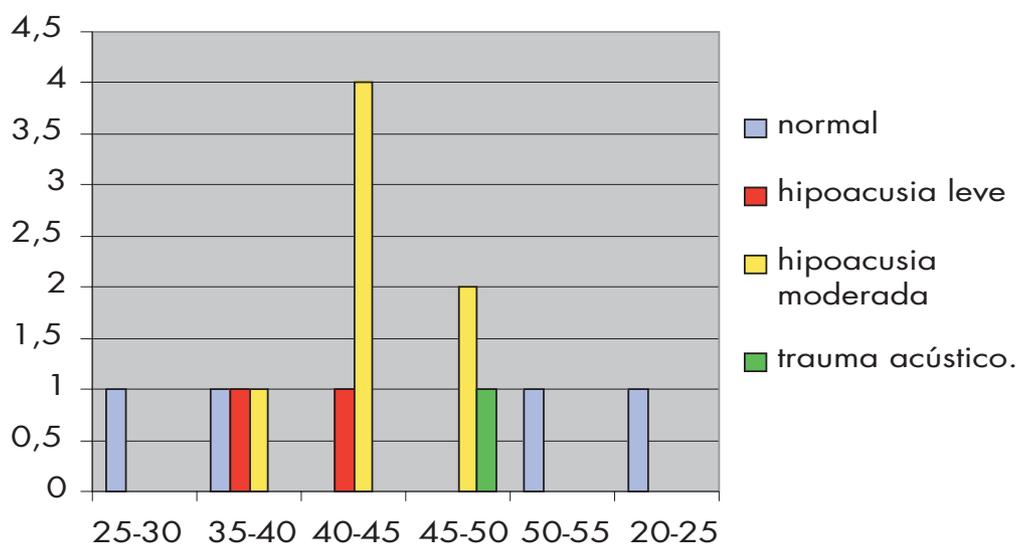
Figura I. Distribución de las Audiometrías



Distribución de las Audiometrías por Edades.

CLASIFICACIÓN	EDAD							TOTAL
	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	50-55	
NORMAL	1	1	0	1	-	-	1	4
HIPOACUSIA LEVE	-	-	-	1	1	-	-	2
HIPOACUSIA MODERADA	-	-	-	1	4	2	-	7
TRAUMA ACÚSTICO	-	-	-	-	1	-	-	1
TOTAL:	1	1	0	3	5	3	1	14

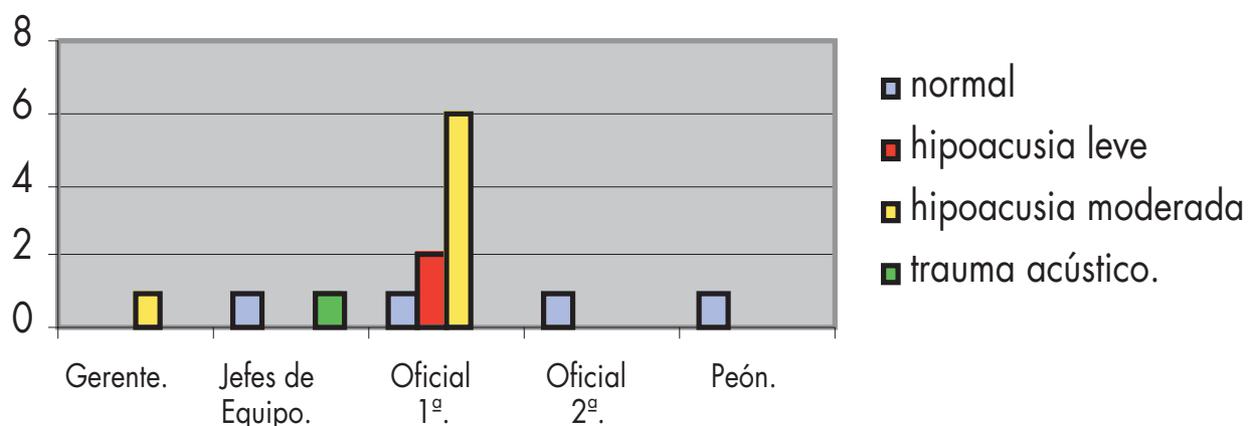
Figura II. Audiometrías por Edad



Distribución de las Audiometrías por Categoría

CLASIFICACIÓN	GERENTE	JEFE DE EQUIPO	OFICIAL 1ª	OFICIAL 2ª	PEÓN
Normal	-	1	1	1	1
Hipoacusia Leve	-	-	2	-	-
Hipoacusia Moderada	1	-	6	-	-
Trauma Acústico	-	1	-	-	-
TOTAL	1	2	9	1	1

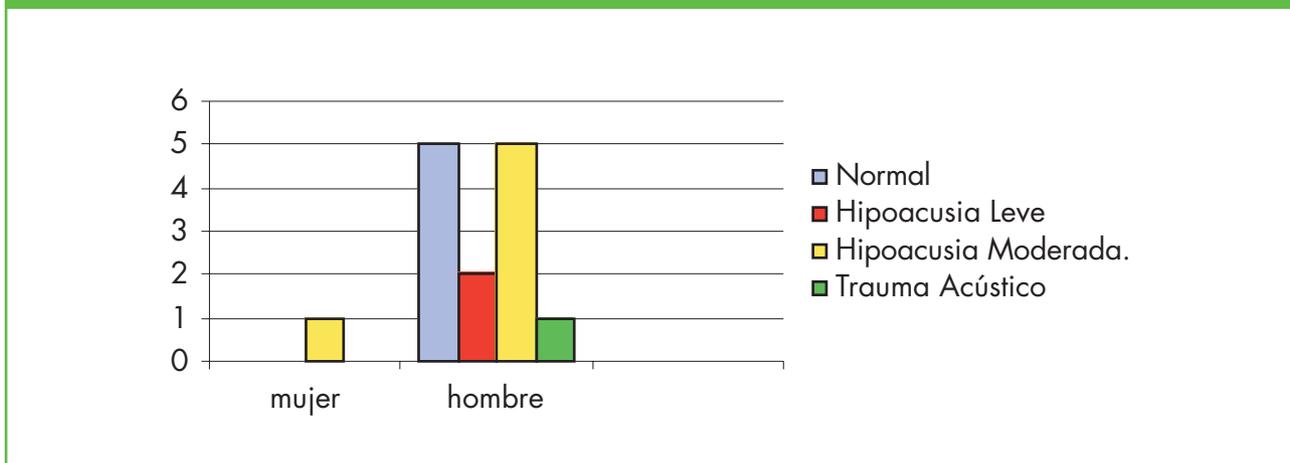
Figura III. Audimetrías por Categorías



Distribución de las Audiometrías por Sexo

Clasificación	SEXO	
	MUJER	HOMBRE
Normal		5
Hipoacusia Leve		2
Hipoacusia Moderada	1	5
Trauma Acústico		1

Figura IV. Audimetrías por Sexos



BIBLIOGRAFÍA

- Real Decreto 1316/1989 Protección de los trabajadores frente a los riesgos derivados de la exposición al ruido durante el trabajo.
- Técnicas de Prevención de Riesgos Laborales. Seguridad e Higiene del Trabajo. José M^a Cortés Díaz. Editorial Tébar Flores, S.L. 1996.
- [http:// www.mtas.es/insht/ntp/ntp_085htm](http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_085htm).
- http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_136htm.
- http://www.mtas.es/insht/ntp_193.htm.

ANEXO.
PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE LA SALUD ESPECÍFICO.

CUESTIONARIO PARA TRABAJADORES EXPUESTOS A RUIDO

Fecha: _____

NOMBRE y APELLIDOS: _____

PUESTO DE TRABAJO: _____

EMPRESA: _____

1. TIPO DE EVALUACIÓN DE SALUD.

INICIAL PERIÓDICO TRAS REINCORPORACIÓN.

Nº de horas de exposición diaria a ruido: _____

Antigüedad en el puesto: _____

Utiliza medidas de protección auditiva: Siempre. A veces. Nunca.

En caso afirmativo, detallarlas y señalar si son homologadas o no:

Tapones. Auriculares. Otras. _____

Sí Homologados. No Homologados.

Ha tenido otros puestos de trabajo anteriores con ruido: Sí. No.

En caso afirmativo, detallar tipo de trabajo:

Número de años que duró la exposición anterior:

Exposición a Ruido Extralaboral:

Discoteca Motorismo

Caza Servicio Militar con armas de fuego

Otras _____

Frecuencia: Diaria Semanal Mensual Otras _____

2. ANTECEDENTES OTOLÓGICOS.

	Sí	No
Acúfenos.		
Vértigo.		
Otalgia.		
Otorrea.		
Otorragia.		
Otros.		

3. ESTADO ACTUAL DE AUDICIÓN.

¿Oye bien? Sí No

Si no oye bien, ¿desde cuando?: _____ años/meses.

¿En conversaciones se hace repetir con frecuencia? Sí. No.

¿Debe aumentar el volumen de la televisión? Sí. No.

¿Oye mejor cuando hay ruido? Sí. No.

¿Le molestan los ruidos intensos? Sí. No.

Fdo: _____

Fecha: _____

Mamografía. Esperanza de vida

■ **Dolores González Fernández.**

Diplomada en Enfermería. FREMAP. U.P.S. Ciudad Jardín. Sevilla

RESUMEN

El Cáncer de Mama es el más frecuente en el área ginecológica y representa la primera causa de muerte en mujeres con edades comprendidas entre 25 y 45 años.

Con la simple realización de la prueba radiodiagnóstica que es la mamografía se pueden detectar precozmente el cáncer de mama y con ello atajarlo de inmediato, erradicando el cáncer y salvando una vida.

La mamografía es una prueba radiodiagnóstica sencilla, que no produce efectos secundarios y que hoy día está al alcance de todas las mujeres incluidas en la sanidad andaluza.

PALABRAS CLAVES.

Mamografía, mamógrafo, ecografía, esperanza de vida, cáncer de mama, factores de riesgo, autoexploración mamaria.

1. INTRODUCCIÓN

La mamografía no es más que una radiografía de la mama. Se realiza en un aparato llamado mamógrafo, utilizando bajas dosis de radiación, ya que en los modernos equipos de mamografía los niveles de radiación empleados para estos estudios son muy bajos, por lo que en condiciones normales son realmente seguros.

La mamografía es capaz de captar múltiples problemas y principalmente de la mama, incluso en etapas muy prontas de su desarrollo.

Para llevar a cabo la mamografía, la mama habitualmente es extendida y comprimida. La compresión puede resultar una molestia temporal dado que tarda unos segundos, pero con los mamógrafos de alta resolución la compresión es suave, pero a decir

verdad la calidad del estudio depende críticamente de realizar una compresión homogénea aunque no debería despertar dolor. Por ello se sugiere muchas veces realizar el examen tras la menstruación, cuando la mama está blanda y menos sensible.

Habitualmente se realizan dos tomas o proyecciones por mama. La realización de incidencias o tomas adicionales son algo común (aproximadamente se realizan un 10% al 15% de los casos).

El radiólogo decide en qué casos implementarlas aunque debe aclarar que la gran mayoría son tomadas para descartar áreas de tejidos superpuestas o patológicas que resultarán la mayor parte de las veces benignas por lo que su indicación no debería despertar temor.

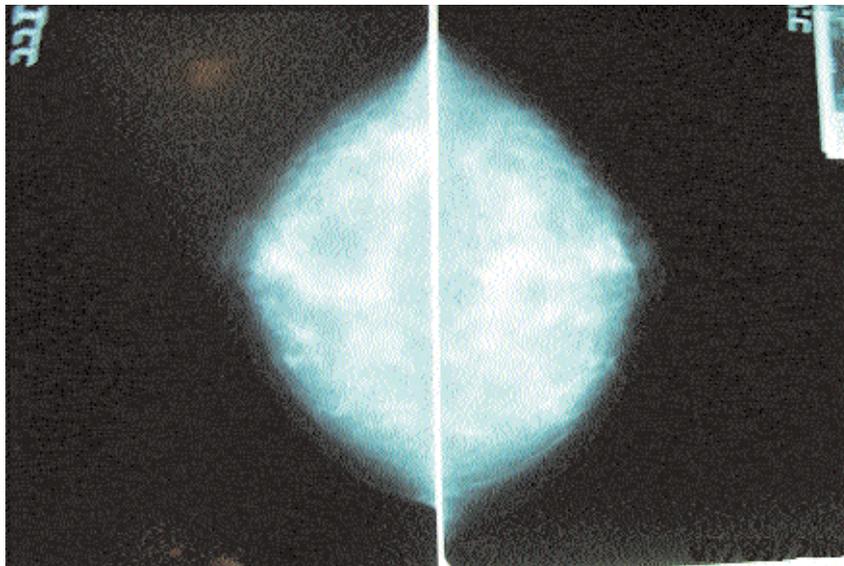


Mamógrafo

Las tomas son cráneo-caudales y oblicuas, cogiendo en estas últimas, parte de la axila.

Se debe recordar que la mamografía es el método más idóneo para diagnosticar un tumor subclínico, es decir, cuando aún no tiene sintomatología o signología que pueda evidenciarlo.

Gracias al avance tecnológico, los mamógrafos de alta resolución, hoy día disponibles, pueden detectar un tumor de 6 a 8 años antes de su aparición clínica, pudiendo ser tratados con cirugías muy pequeñas, conservando la mama, su feminidad, su maternidad, su salud y su vida.

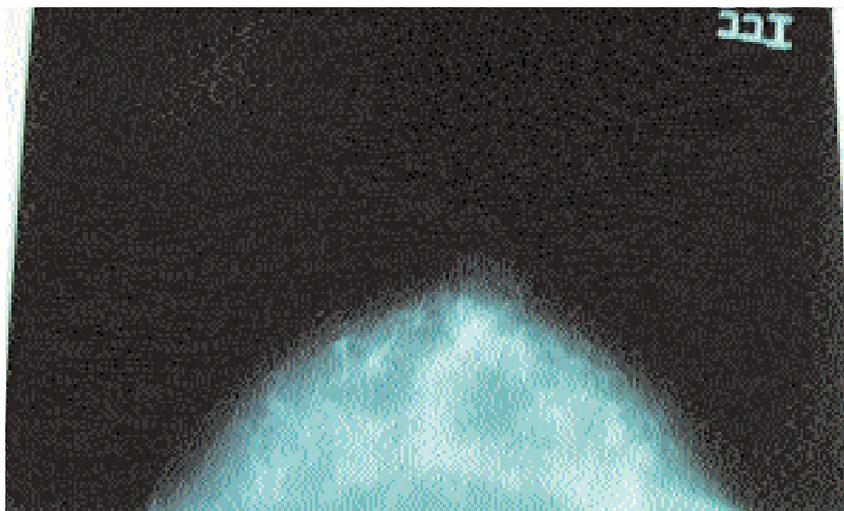


Proyección Craneo-Caudal de ambas mamas

2 ¿ES PELIGROSO HACERSE MUCHAS MAMOGRAFÍAS?

NO. Los mamógrafos de última generación utilizan una dosis mínima de radiación (0.1 – 0.2 rds) que no tienen peligro para la mujer.

Tanto los tubos de rayos X (mamógrafos) como los chasis empleados para estos estudios son especiales y específicos de la zona a tratar, en este caso las mamas.



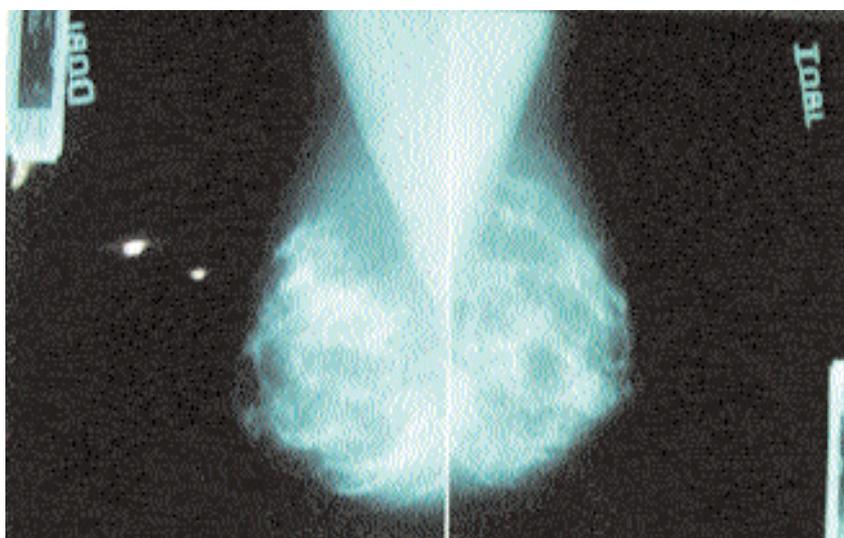
Proyección Craneo-Caudal de mama izquierda

3. EDADES PARA HACERSE UNA MAMOGRAFÍA

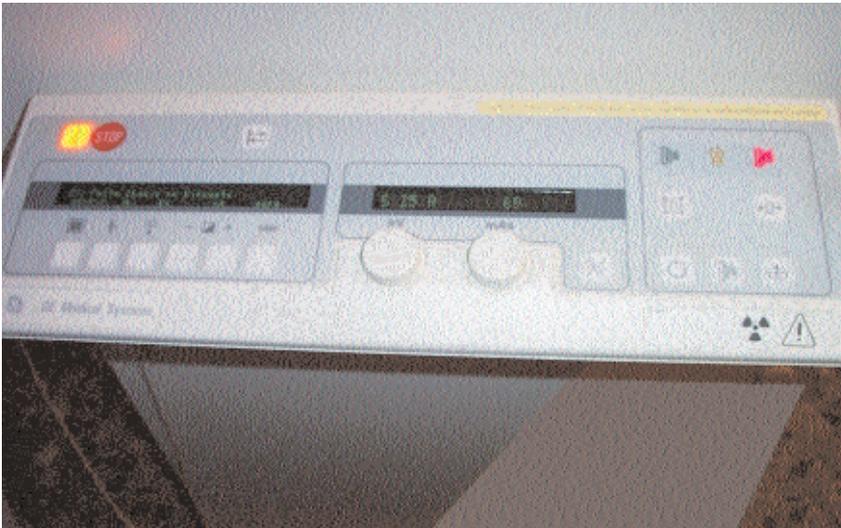
En este sentido se deberán seguir las recomendaciones del ginecólogo.

Como orientación podríamos decir:

- Si la mujer tiene factores de riesgo debe realizarse una mamografía cada año antes de los 40 años.
- Si la mujer no tiene factores de riesgo conocidos se debe realizar una mamografía cada año a partir de los 40 .



Proyección oblicua de ambas mamas: En la parte superior se recoge imagen del pectoral



Tablero de Mandos del Mamógrafo



Chasis utilizados para la proyección: La parte negra es la que queda cerca de la paciente y la roja es la que queda en la parte inferior del mamógrafo

3.1 Factores de Riesgo.

El 95% de las mujeres tienen algún factor de riesgo.

El 70% de las mujeres con Cáncer de mama no tenían factores identificables. Es preciso, por tanto, identificar los factores más frecuentes y cómo se combinan entre sí, para identificar a las mujeres con auténtico riesgo.

Principales factores de riesgo:

A) Raza, geografía y clase social:

Existe una mayor incidencia en clase alta, seguida de la raza judía, raza

blanca (mayores de 40 años), raza negra (menores de 40 años), Europa Occidental y Norteamérica.

Al observar estos factores, surge la pregunta, ¿Realmente se trata de grupos de riesgo o más bien nos encontramos ante poblaciones con más recursos y mayor acceso a los centros sanitarios?

B) Dieta, Alcohol y Tabaco.

Dieta: Parece que la reducción en la ingesta de grasas y el aumento del consumo de frutas, verduras y aceite de oliva disminuye el riesgo de Cáncer de Mama.

Alcohol: Ante un consumo excesivo se incrementa el riesgo de padecer Cáncer de Mama en un 50%.

Tabaco: Hay datos contradictorios, algunos estudios hablan de incremento en las fumadoras pasivas y otros no refieren relación con el Cáncer de Mama.

C) Factores hormonales y reproductivos.

Menarquia precoz, constituye factor de riesgo en mujeres jóvenes. La relación riesgo en mujeres menores de 12 años se multiplica por 2 respecto a las mayores de 13 años. Se reduce el riesgo en un 20% por año de retraso riesgo por 2.

D) Enfermedades Benignas de la Mama.

- Pequeño incremento de riesgo. Enfermedades desproliferativas sin atipias.
- Moderado incremento de riesgo. Hiperplasia ductal atípica, hiperplasia lobulillar atípica.
- Alto riesgo. Carcinoma ductal in situ, carcinoma lobulillar in situ.

E) Factores Familiares.

Se habla de Carcinoma de mama familiar cuando existe afectación de una paciente con 2 o más familiares de 1º y 2º grado con cáncer de mama.

3.2 ¿Quiénes corren mayores riesgos?

- Mujeres mayores de 50 años.
- Mujeres que no han quedado embarazadas.
- Mujeres que quedaron embarazadas por primera vez después de los 35 años.
- Mujeres con un familiar cercano (madre o hermanas) que padecieron cáncer de mama.

Sin embargo la mayoría de las mujeres que tienen Cáncer de Mama sus causas no pueden ser totalmente identificadas.

¿POR QUÉ UNA MUJER TIENE QUE AUTOEXPLORARSE PERIÓDICAMENTE SUS MAMAS? DIAGNÓSTICO PRECOZ

Porque el Cáncer de Mama es una enfermedad curable cuando se diagnostica y trata de forma temprana.

Informarse y Estudiarse son dos palabras mágicas que pueden salvar una vida.

Es muy importante la técnica de autoexploración mamaria. No existe una técnica especial que sea mejor que otras.

Cada mujer deberá buscar la forma que considere más fácil para realizar la autoexploración, sin olvidar que lo importante es realizar esta autoexploración todos los meses de forma similar.

Conviene insistir en ciertos aspectos importantes para realizar una autoexploración correcta:

- Hacerla justo al finalizar la menstruación. En caso de mujeres menopáusicas asociar algún día del mes.
- Con tranquilidad y sin prisas.
- Siempre de la misma forma, buscando el momento y situación que a cada mujer le resulte más cómoda y fácil de recordar.
- De la mama a explorar colocaremos la mano en la nuca y con la mano contraria nos exploraremos, palpando la mama sin miedo.

4.1. Diagnóstico Precoz.

4.1.1 ¿Cómo hacer diagnóstico precoz?

Hasta los 40 años las mujeres deben ser examinadas por un médico cada 3 años y al llegar a los 40 cada año.

Las mujeres deben hacerse una mamografía entre los 35 y 40 años.

Una mamografía cada año a partir de los 40.

Todo esto son consideraciones generales que son modificables si el médico por cualquier otro factor considera recomendable.

Siempre hay que consultar al ginecólogo cuando se note:

1. Dolor punzante en alguna parte de la mama que persiste tras la menstruación.
2. Cambios en la coloración o aspecto de la mama, con especial atención a la piel de naranja.
3. Resaltes en la mama, hoyuelos o heridas en la piel o palpación de bultos que no se palpaban previamente y que persisten tras la menstruación.
4. Secreción de líquido por el pezón, el aspecto puede ser transparente, lechoso o sanguinolento.

En general, cuando se aprecie cualquier cambio en sus mamas al realizar la autoexploración mensual.

Es importante **recordar** que la mayoría de estos signos o síntomas es por algún problema benigno en las mamas y un pequeño número corresponderá a un proceso maligno de la mama.

MIENTRAS ANTES SE REALICE EL DIAGNÓSTICO, MAYORES SERÁN LAS POSIBILIDADES DE CURACIÓN.

5. ¿LA ECOGRAFÍA SUSTITUYE A LA MAMOGRAFÍA?

NO. La ecografía es otro tipo de técnica que estudia la mama y que en muchas ocasiones se utilizará de forma complementaria a la mamografía.

Son técnicas distintas y cada una tiene su utilidad en el estudio de diferentes problemas de la mama.

Dado el carácter complementario de las técnicas, en muchas ocasiones resulta necesario realizar una ecografía mamaria inmediatamente después de hacer la mamografía, todo bajo el criterio del radiólogo que estudia la mamografía.

6. CÁNCER DE MAMA. Importancia

Es el más frecuente en área ginecológica, siendo 1 de cada 5 mujeres las que fallecen con este tipo de cáncer.

Representa la primera causa de muerte en la mujer entre los 25 y 45 años.

No existe predisposición genética a la aparición de Cáncer de Mama, pero sí hay una predisposición familiar. Decimos que no hay predisposición genética ya que en hijas gemelas una puede presentar Cáncer de Mama y la otra no. En cambio la hija de madre que ha tenido Cáncer de mama, es muy probable que en cualquier momento de su vida desarrolle un Cáncer mamario.

Del 100% del Cáncer de Mama, alrededor del 95% son Haden carcinomas (glandulares).

6.1 Localización.

En los dos cuadrantes superiores externos, son zonas de mayor frecuencia del Cáncer de Mama, siendo un 43 % en el lado dcho y un 35% en el lado izdo. Se producen en el cuadrante superior porque es donde más tejido mamario existe.

Es raro que se presente simultáneamente tanto en el lado dcho como en el izdo, si se encuentra un tumor bilateral, es muy probable que uno sea metástasis del otro.

■ Mamografía. Esperanza de vida

Pueden dar como sintomatología:

- Tumoración.
- Sangre en el pezón.
- Retracción de la piel.
- Edema.
- Pezón retraído o desviado (hacia la dirección del tumor).

gicos, fundamentalmente trastornos de ansiedad.

Dos momentos claves:

- Alcanzar la edad a la que se diagnosticó la enfermedad a su familiar (madre o hermana).

- Al tener el mismo número de hijos que tenía su madre cuando murió.

Con frecuencia la mujer con riesgo familiar está convencida de que desarrollará en un futuro Cáncer de Mama. Su preocupación es CUANDO lo van a desarrollar.

La posibilidad de desarrollar un cáncer de mama genera una serie de sentimientos, entre los que destacan:

- Miedo al desfiguramiento físico (con frecuencia más que a la muerte).

- Sentimientos de culpabilidad.
- Pérdida del control (tendencia a un gen que lleva a la enfermedad).
- Sentimiento de soledad.

Además la ansiedad disminuye su calidad de vida:

- Piensan en el cáncer cada día.
- Postponen matrimonio.
- Renuncian a la maternidad.

No hay que olvidar tampoco que normalmente las mujeres con riesgo y gran ansiedad suelen ser pasivas en cuanto a los intentos de prevención secundaria. Por ello, es preciso valorar cuidadosamente y de forma individualizada los aspectos psicológicos en la mujer identificada como de alto riesgo a la hora de proponerle medidas preventivas.

7. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Las mujeres con antecedentes familiares de Cáncer de mama se consideran a sí mismas con muchas posibilidades de padecer la enfermedad. Por este motivo presentan mayor riesgo de padecer problemas psicológicos,

BIBLIOGRAFÍA

- Guía de Atención a la Salud de la Mujer en el Climaterio y la Madurez; pp. 129-135. Servicio de Programas de Salud, Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 2000.
- Ruiz Ramos, M. Viciano Fernández, F. Tendencia y distribución de la mortalidad por cáncer de mama en Andalucía (1976-1995). Atención primaria; 20: 229-304, 1997.
- Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud. SEMFyC, 1994.PAPPS.
- Detección precoz del cáncer de mama en Andalucía: protocolo de recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento del cancer de mama 1999. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía, 1999.
- http://www.geocities.com/dctrsergio.geo/gineco/ca_mama.html.
- <http://www.mamografía.com/cancermama-5html>.
- <http://www.mamografía.com/cancermama-3.html>.
- <http://www.enplenitud.com/nota.asp?notald=906>.
- <http://www.gineconet.com/articulos/1352.htm>.
- <http://www.opolanco.es/apat/Boletin14/breastca.htm>.

Uso de Antisépticos Iodados en recién nacidos, gestantes y lactantes

- **Jesús S. Rivas Doblado.** D.E. SERVICIO DE FARMACIA, H.U. VIRGEN DEL ROCIO SEVILLA .
- **Fco. Javier Arjona Barcía.** D.E. HOSP. VIRGEN DE VALME, SEVILLA
- **Fco. Javier Mejías Montaña.** D.E. ATENCION PRIMARIA, AYTO. DE SEVILLA.
- **Fco. Javier Soriano Vilanova.** D.E. MUTUA ASEPEYO.
- **David Carmona Heredia.** D.E. ATENCION PRIMARIA, SAN JUAN DE AZNALFARACHE., SEVILLA
- **Fco. Javier Martínez Pérez.** D.E. UCI HOSPITAL GENERAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA

RESUMEN

Los antisépticos de uso tópico con acción microbicida, son usados en un 95% por los profesionales de enfermería

De estos antisépticos el más usado en la actualidad, y destacando en un amplísimo porcentaje, son aquellos antisépticos que contienen *Yodo* en su composición, tanto en forma de *Ioduro potásico* o *Povidona*.

El déficit de hormonas tiroideas se manifiesta en los recién nacidos y los lactantes con el déficit de desarrollo intelectual y el retraso en el crecimiento. Siendo en igual medida contraproducente el exceso de yodo en el organismo sobre todo en los recién nacido, debido a que puede existir una falta de madurez tiroidea.

A las 72 horas de vida se realiza el llamado tamiz metabólico, debiéndose tomar una pequeña muestra de sangre del talón del bebé, para descartar que tenga algunas enfermedades entre ellas alteraciones tiroideas las cuales pueden verse enmascaradas al usarse antisépticos iodados en las madres gestantes, en los recién nacidos y durante la lactancia. Ya que estas sustancias que contienen yodo se absorben por la piel y mucosas y se excretan por la leche materna.

Realizamos consulta telefónica en diferentes hospitales españoles, sobre el uso de antisépticos que contengan yodo en su composición, ya fuera para la preparación del campo quirúrgico a mujeres que se iban a someter a cesárea, para la cura del cordón umbilical en recién nacidos y el uso de estas sustancias en mujeres lactantes o gestantes.

Llegamos a la conclusión del amplio uso de estas sustancias en los grupos de riesgo, y la recomendación de aplicar otras sustancias similares, q.v. clorhexidina, con similar mecanismo de acción.

SUMMARY

The antiseptic ones of hackneyed use with action (share) microbicide, are used in 95 % by the professionals of infirmery (nursing).

Of antiseptic these the most secondhand (worn) at present, and standing out in the most ample percentage, they are antiseptic those that contain Iodine in her composition, so much in the shape of Potásic Iodure or Povidone.

The deficit of thyroid hormones demonstrates in the newborn children and the nursing ones with the deficit of intellectual development and the delay in the growth. Being in equal counter-productive measure the excess of iodine in the organism especially in the newborn, due to the fact that there can exist a lack of thyroid maturity.

At 72 hours of life the so called metabolic sieve is realized, must think a small sample of blood of the heel of the baby, to reject that he has some diseases between them thyroid alterations which can turn masked on antiseptic iodine having used in the mothers pregnan, in the newborn children and during the lactation. Since these substances that contain iodine are absorbed by the leather and mucous and are excreted by the mother milk.

We do telephonic consultation in different Spanish hospitals, on the use of antiseptic that contain iodine in her composition, already out for the preparation of the surgical field to women who were going to surrender to Caesarean, for she recovers from the umbilical cord in newborn children and the use of these substances in nursing women or pregnan.

We come to the conclusion of the wide use of these substances in the groups at risk, and the recommendation of applying other similar substances, q.v. clorhexidina, with similar mechanism of action.

PALABRAS CLAVE

Yodo - Antiséptico - Tiroides
Hormonas tiroideas
Pruebas Metabólicas (Tamiz Metabólico)
Hipotiroidismo - Fenilcetonuria
Yoduro potásico - Povidona

INTRODUCCIÓN

Los antisépticos de uso tópico con acción microbicida, son muy usados por los profesionales de enfermería. Estadísticamente somos el 95% de los profesionales sanitarios que más usamos estos productos en nuestra labor diaria.

De estos antisépticos el más usado en la actualidad, y destacando en un amplísimo porcentaje, son aquellos antisépticos que contienen *Yodo* en su composición, tanto en forma de *Ioduro potásico* o *Povidona*.

Por otro lado el organismo humano necesita para su correcto funcionamiento, entre otra multitud de sustancias, un elemento químico el Yodo (I₂). (Fig. 1)

Dentro del organismo humano este elemento es *indispensable* para la formación de las hormonas tiroideas. Las hormonas tiroideas estimulan procesos vitales en todo el organismo.

Influyen en la maduración y el desarrollo de los tejidos, en la producción de energía y de calor, en el metabolismo (transformación) de nutrientes, en las funciones mentales, cardíacas, respiratorias, sexuales y reproductivas.

El yodo se toma en la alimentación como yoduro, este en el intestino se reduce a Yodo iónico, en esta forma se absorbe muy rápidamente. Además el yodo puede absorberse a través de la piel y las mucosas

La cantidad de yodo necesaria por el organismo es de 80 a 200mgr. diarios, y esta cantidad se ingiere normalmente en la dieta.

El yodo que se absorbe en la digestión, parte se fija al tiroides, y un pequeño porcentaje se elimina por la orina, otra parte es eliminada por la saliva, otra por la mucosa gástrica y una pequeña porción *se elimina por la leche materna* durante la lactancia.

Esta cantidad excretada con la leche es suficiente para cubrir las necesidades del lactante. Evidentemente en las leches infantiles comerciales el contenido de yodo está perfectamente controlado y cubre todos los requerimientos del lactante.

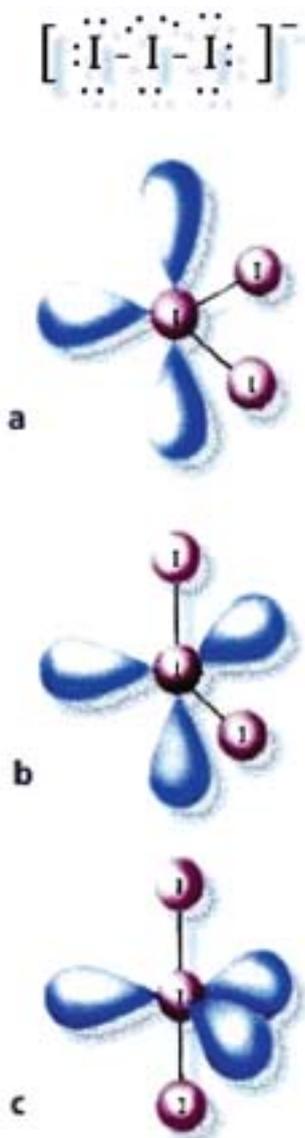


Fig. 1. Estructura y combinación del yodo

El déficit de hormonas tiroideas en el adulto se manifiesta principalmente por alteraciones del metabolismo de las proteínas, grasas, hidratos de carbono y vitaminas.

En los recién nacidos y los lactantes las alteraciones más destacadas son el déficit de desarrollo intelectual y el retraso en el crecimiento.



Fig. 2. Niño afectado de cretinismo

Este retraso en el crecimiento al tener un origen metabólico, es reversible, ya que el crecimiento se adapta rápidamente a su ritmo normal, después de instaurar el tratamiento. Pero el déficit intelectual, que es proporcional al tiempo que persiste la falta de hormonas tiroideas, es *irreversible*.

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

Generalmente a las 72 horas de vida se realiza el llamado tamiz metabólico, debiéndose tomar una pequeña muestra de sangre del talón del bebé, para descartar que tenga algunas enfermedades que pueden pasar desapercibidas en el periodo neonatal y que se pueden detectar por medio de este tamiz, lo que podría dar la oportunidad de tratarlas tempranamente; ejemplo de estos problemas es el hipotiroidismo congénito, la fenilcetonuria etc



Fig. 3. Pruebas metabólicas y exploración de neonatos

A su vez, en este trabajo partimos de dos evidencias científicas:

1. El yodo se excreta por la leche materna.
2. El yodo puede absorberse a través de la piel y las mucosas.

Teniendo estos dos puntos como premisa, el objetivo del presente trabajo es la demostración, mediante revisiones bibliográficas y documentación científica, de la indicación y conveniencia del uso de antisépticos iodados, o sus derivados, en gestantes, lactantes y recién nacidos.

Así mismo pretendemos establecer la prevalencia en el uso de estas sustancias en los hospitales de la sanidad española, tanto en la preparación del campo quirúrgico, cura de cordón umbilical y cura de la herida quirúrgica resultante de la cesárea.

Además en este trabajo queremos reflejar las repercusiones, a veces graves, del uso de estas sustancias. Así como la posibilidad de *falseamiento* de las pruebas metabólicas en los recién nacidos, debido al uso de estas sustancias que contienen yodo en su composición.

CONTENIDO

Es amplia la información que se tiene al respecto del uso de antisépticos iodados, y de su demostrada eficacia, pero la mayoría de estos estudios y publicaciones están realizados por laboratorios farmacéuticos.

Estos estudios además, citamos como ejemplo el realizado por Asta Médica®, (Betadine®), no hacen alguna referencia a las limitaciones de uso de estos productos en los grupos más susceptibles, como son las gestantes, lactantes y recién nacidos.



Fig. 4. Formas comerciales del yodo

Estos antisépticos que contienen yodo o derivados son eficaces en la destrucción de microorganismos que causan infecciones. Eficaces frente a bacterias, virus, hongos y esporas.

Se usa como antiséptico de la piel en general, heridas, cortes superficiales, quemaduras superficiales y rozaduras.

Son complejos químicos que contienen yodo, estos complejos van liberando el yodo lentamente, y es así como se produce la acción antiséptica.

Estas sustancias que contienen yodo se inactivan con detergentes y derivados mercuriales.

La aplicación de los antisépticos iodados a las mujeres gestantes y a los recién nacidos, es una actividad que aparentemente es inocua, pero que puede provocar alteraciones fisiológicas. Sabemos que su aplicación cutánea o mucosa, se sigue de una absorción rápida de yodo por estas vías, lo cual desencadena una sobrecarga iodada.

La absorción de yodo a través de la piel de la madre es tan rápida, que la yodemia en la sangre del cordón umbilical aumenta un 50%, tras aplicar el antiséptico iodado a la madre en los momentos previos al expulsivo (1-20). En la madre se manifiesta con un aumento de hasta 10 veces las cifras normales, (1-15), en la leche materna, en los días inmediatamente tras el parto.

Esa elevada concentración de yodo en la leche agrava la sobrecarga de yodo al recién nacido, la cual produce un bloqueo, a menudo transitorio, del tiroides neonatal. Esto produce el llamado efecto Wolf-Chaikoff, (1-31). Este efecto nocivo se debe a que en la glándula tiroides del feto y neonato aún no han madurado plenamente los meca

sobrecarga con bloqueo del tiroides.

La afectación del tiroides feto-neonatal dependerá de la intensidad y duración de la sobrecarga de yodo, del grado de madurez en que se encuentre el tiroides y de la existencia de un déficit nutricional de yodo en la madre, quizás sea este último uno de los factores más importantes.

Esta sobrecarga puede desencadenar un bloqueo tiroideo en el recién nacido, que repercute sobre el cribado neonatal de hipotiroidismo congénito, lo que aumenta el gasto por la necesidad de repetir las pruebas, y lo que es más importante, la ansiedad que esto provoca en los padres.

Fig. 5. Estructura molecular del yodoa

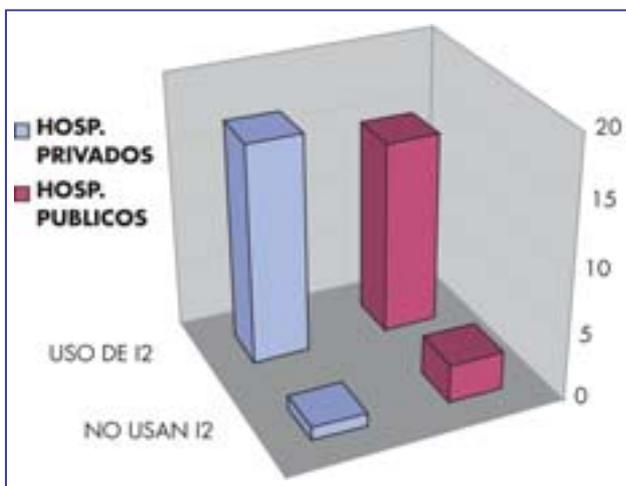




Fig. 6. Embarazada

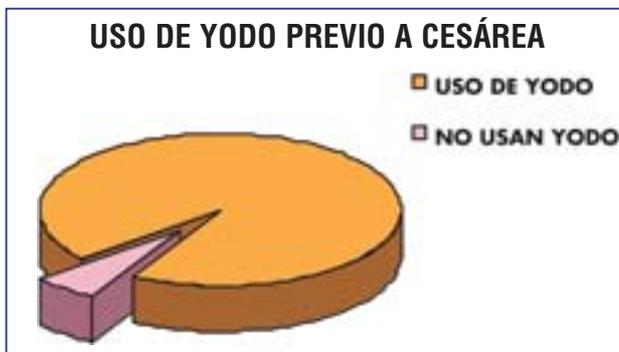
Realizamos, mediante consulta telefónica, un seguimiento sobre el uso de antisépticos que contengan yodo en su composición, ya fuera para la preparación del campo quirúrgico a mujeres que se iban a someter a cesárea, para la cura del cordón umbilical en recién nacidos y el uso de estas sustancias en mujeres lactantes o gestantes. Dichas consultas telefónicas se realizaron en hospitales pertenecientes a la sanidad pública y privada, se eligieron un hospital al azar de cada comunidad autónoma y en las ciudades de Ceuta y Melilla, uno público y otro privado.

Se comprobó que no existía gran variación, en cuanto a si el hospital era público o privado (Gráfica 1).



Gráfica 1. Análisis comparativo entre el uso de antisépticos en la sanidad pública y privada

De los 36 hospitales consultados, en 32 se usaban antisépticos que contenían en su composición yodo, en el momento de la preparación de las pacientes que se iban a someter a cesárea (Gráfica 2).



Gráfica 2. Porcentaje de uso de Yodo en el campo operatorio en cesáreas

En 7 de estos hospitales se usa en la cura del cordón umbilical del recién nacido (Gráfica 3).



Gráfica 3. Porcentaje de uso de Yodo en curas de cordón umbilical

En 34 de estos hospitales se usan estos antisépticos iodados en la cura de las heridas quirúrgicas de las pacientes intervenidas de cesárea (Gráfica 4).



Gráfica 4. Porcentaje de uso de Yodo en curas de cesáreas

CONCLUSIONES

Se observó que el uso de estas sustancias era generalizado en la sanidad, usándose de forma habitual en gestantes y mujeres lactantes, ya sea en cura de heridas o en preparación de los campos quirúrgicos para las intervenciones de cesárea.

No obstante es significativo que en la mayoría de los hospitales consultados, no se usan sustancias que contienen yodo para la cura del cordón umbilical en recién nacidos. Sin poder determinar si este hecho es por conocimiento de los posibles efectos adversos del yodo en los recién nacidos o por tratarse de un tipo de cura en la que habitualmente no se usan estas sustancias. Siendo la sustancia más usada alcohol de 60° o 70 ° y gluconato de clorhexidina.

Con este trabajo pretendemos reflejar las posibles repercusiones del uso de sustancias que presenten en su composición yodo, en la madre gestante.

Y consideramos ineludible una llamada de atención sobre las alteraciones que provocan los antisépticos iodados durante el periodo perinatal, desaconsejando su uso en estos colectivos.

Por todo ello:

- Está totalmente contraindicado el

uso de antisépticos que contengan yodo en su composición, en la desinfección de zonas de punción, zonas a intervenir quirúrgicamente y cualquier tipo de cura realizadas en la madre y el recién nacido.

- La utilización de estos productos está asimismo contraindicada, no solo en los recién nacidos, sino en la madre durante todo el embarazo, el parto y el periodo de lactancia.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

Como es lógico, a este tipo de pacientes se les debe proporcionar una cobertura antiséptica adecuada, para esto se pueden usar otro tipo de sustancias inocuas para estos pacientes, pero de eficacia suficientemente contrastada, a modo de ejemplo citamos la clorhexidina, esta cubre similar espectro de acción a los que contienen yodo.

Adjuntamos una relación de todos aquellos antisépticos que contienen yodo en su composición, facilitada por el *Centro Andaluz de Información del Medicamento, CADIME*. Según los catálogos de farmacia y parafarmacia, solo están comercializados dos principios activos conteniendo derivados de yodo para desin-

fección tópica: yoduro potásico y povidona, comercializadas en varias presentaciones, con las siguientes denominaciones:

POVIDONA IODADA:

Acydona®, Betadine®, Curadona®, Iodina®, Orto Dermo “p”®, Povidona Yodada Cuve®, Povidona Yodada Neusc®, Povidona Yodada 10% Salvelox®, Povidona Yodad Spa®, Povidona Yodada 10% Aposan®, Povidona Yodada 10% Lisubel®, Povidona Yodada 10% Epsilon®, Povidona Yodada Inibsa®, Povidona Yodada Sol®. Acuosa 10% Dyns®, Povidona Yodada Sol®. Alcohólica 10% Dyns®, Sanoyodo y Topionic®.

YODURO POTÁSICO:

Tintura de Yodo Betamadr®, Tintura de Yodo Mitig Monik®, Tintura de Yodo Oraban®, Tintura de Yodo P. Jiménez® y Tintura de Yodo Spyfarma®.

No se ha incluido la especialidad farmacéutica Alvogil® pomada (que contiene yodoformo) ya que está específicamente indicada para la profilaxis y tratamiento de las alveolitis.

AGRADECIMIENTOS

Al Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arena J, Emparanza J, San Millán MJ, Garrido A, Eguileor I Sobrecarga yodada al recién nacido por utilizar PVP-yodada para la preparación perineal materna en el parto vaginal. *An esp. Pediatr*. 1989; 30:23-26. (Medline)
2. Arena J, Eguileor I, Emparanza J Repercusión sobre la función tiroidea del recién nacido a término de la aplicación de povidona yodada al muñón umbilical. *An Esp Pediatr* 1985; 23:562-568 (Medline)
3. Ares S, Pastor I, Quero J, Morreale G Thyroid complications, including overt hypothyroidism, related to the use of non-radiopaque silastic catheters for parenteral feedings in prematures requiring injections of small amounts of an iodinated contrast medium. *Acta Pediatr* 1995; 84:579-581 (Medline)
4. Bachrach LK, Burrow GN, Gare DJ Maternal-fetal absorption of povidone-iodine. *J Pediatr Endocrinol* 1984; 104:158-159. (Medline)
5. l'Allemand D, Gruters A, Beyer P, Weber B Iodine in contrast agents and skin disinfectants is the mayor cause for hypothyroidism in premature infantas during intensive care. *Horm Res* 1987; 28:42-49. (Medline)
6. Lin CP, Chen W, Wu KW Povidone-iodine in umbilical cord care interferes with neonatal screening for hypothyroidism. *Eur J Pediatr* 1994; 153:756-758 (Medline)

7. Linder N, Davidovitch N, Reichman B, Kuint J, Lubin D, Meyerovith J et al Topical iodine-containing antiseptics and sub-clinical hypothyroidism in pre-term infants. *J Pediatr* 1997, 131: 434-439. (medline)
8. Koga Y Sano H. Kikukawa Y, Ishigouoka T. Kawamura M. Effect on neonatal thyroid function of povidone-iodine used on mothers during perinatal period. *J Obstet Gynecol* 1995; 21:581-585
9. Francis I, Weldon A, Connelly J Effect of betadine treatment to umbilical cords on screening test for congenital hypothyroidism. En: Naruse H, Irie M, editores. Neonatal screening. Amsterdam/Oxford/Princeton: Excerpta Medica, 1983;52-53
10. Sainz AM, Bachiller MP, Saenz JR, Cia MA, Fernández MI, Barcia MJ Povidona io10% versus clorhexidina 0.5% en el control de la infección de la episiotomía. *Farm Clin* 1990;7:525-527.
11. Escobar del Rey F, Morreale G Yodacion universal de la sal: un derecho humano de la infancia. *Endocrinol Nutr* 1998; 45:3-16.
12. Cassio A, Colli C, Piáis S, Bozza D, Zappulla F, Salardi S et Al Result of screening of congenital hypothyroidism and iodine exceso in neonatal age. *Annali dell Istituto Superiora di Sanita* 1998; 34:337-341
13. Chanoine JP iodine intake is a main determinant of thyroid hypersensitivty to acute iodine overload. *Clin pediatri (Phila)* 1998; 37:212-213. (medline)
14. Malathi I, Militar MR, Leeming JP, Hedges A, Marlow N Skin disinfection in preterm infantas. *Arch Dis Child* 1993;69:312-316
15. OMS, PAHO, UNICEF, ICCIDD indicadores para evaluar los trastornos por carencia de yodo y su control mediante yodación de la sal. Ginebra, 1994; 1-62
16. Baker RC. Visión global de la asistencia al niño sano. Manual de asistencia primaria en pediatría. Ed. Massou – Little, Brown. 1997, cap. I: 3-7.
17. Medina, MD. Exámenes de Salud en el niño. Pediatría, Puericultura, Atención integral al niño. Año 2001, vol. II, cap. 7: 139-164.
18. Normas de Supervisión pediátrica. Asociación Española de Pediatría; American Academy of Pediatrics. Guías para la supervisión de la salud. Colaboradores Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. El recién nacido. 1993, 6-13.
19. Elsas II, L.J. Sceening del recién nacido. Abraham M. Rudolph. Pediatría 18ª edición, vol. I, cap. 9, 260-269.
20. Dower JC. Valoración y cuidados del niño, el adolescente. PEDIATRIA. Abraham M. Rudolph. 18ª edición, vol. I, cap. 3, 19-44.
21. Carpenito LJ. Manual de Diagnóstico de Enfermería. Conductas que promueven la salud. 1995, 268-278.
22. Luv MT. Diagnósticos enfermeras. 1999.
23. Burroughs A. RN...M. Ed. Ajustes Fisiológicos y Psicológicos durante el período posparto. Enfermería Materno – infantil de Bleier. Cap. 16, 1982, 316-317.
24. Bellet PS. Exploración física. Manual de Asistencia Primaria en Pediatría. Raymond C. Baker, 1997, 14-21.
25. Phibbs RH. El recién nacido. Pediatría. Abraham M. Rudolph, 18ª edición, vol.I, cap.7, 125-144.
26. Kliegman RM. El feto, el recién nacido. Nelson, Tratado de pediatría. 15ª edición, Año 2000. Vol. I, parte XI, cap.79, 544-549.
27. Larbriseau A. Departament de Pediatrie. Hôspital Ste.-Justine. Montréal-Québec. Canadá. Evaluación neurológica del recién nacido. 1989. *Acta pediátrica Española* 1989; 47: 701-706.
28. Gill D, O'Brien N. La exploración a distintas edades. Exploración clínica en pediatría, 2ª edición, 1994, cap. 4, 43-77.
29. Nogales A, García G. Alimentación del lactante. Pautas diagnósticas y terapéuticas en Pediatría. Departamento de Pediatría del Hospital 12 de Octubre, 1991; págs. 1-6.
30. Alimentación de los lactantes y de los niños pequeños. Tratado de Pediatría Nelson, 15ª edición, vol. I, cap. 44: 184-200.
31. Anderson TA. Necesidades Nutritivas en Función de la edad. Desde el nacimiento hasta los 24 meses. Abraham M. Rudolph. Pediatría 18ª edición, vol.I, cap. 8: 177-179.
32. Medina MD. Alimentación en el lactante. Pediatría y Puericultura. Atención integral al niño. Año 2001, vol. I, cap. IV: 100-109.
33. Tormo F. La alimentación en el primer año de la vida. Unidad de gastroenterología infantil y nutrición. Hospital Materno-infantil Vall d'Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona. Pediatría Práctica. Coordinador F. Prandi. Año 1996; 5-17.
34. Novedades farmacéuticas. Asta médica. www.diariomedico.com/grandeshist/farmacos99/betadine.html

Atención de enfermería en pediatría: Satisfacción familiar

- **León Larios F**
Enfermera. Asistente honoraria Enfermería Materno-Infantil. Universidad de Sevilla.
- **Macias Seda J.**
Matrona. Profesora titular Enfermería Materno-Infantil. E.U. Ciencias de la Salud. Universidad de Sevilla.
- **Álvarez Gómez J. L.**
Catedrático Enfermería Maternal. E.U. Ciencias de la Salud. Universidad de Sevilla.
- **Pérez Escudero A.**
Enfermero profesor asociado clínico Enfermería Materno-Infantil. E.U. Ciencias de la Salud. Universidad de Sevilla.
- **García Gamez, A.**
Enfermera profesora asociado clínico Enfermería Materno-Infantil. E.U. Ciencias de la Salud. Universidad de Sevilla.

RESUMEN

Para proporcionar una buena calidad asistencial, además de ofrecer los adecuados cuidados de forma satisfactoria, debemos atender al niño de forma integral, teniendo en cuenta a la familia; con sus valores psíquicos, éticos y sociales (Pérez Cárdenas M.D.; 2004). Hay estudios (Méndez, 1996; Ortigosa Quiles, 1997) que avalan cómo se produce un aumento de la confianza de la familia en el personal que atiende a su hijo si reciben la información necesaria durante el período que dura la hospitalización y cómo les ayuda a reducir los factores estresantes que se desencadenan durante dicha hospitalización.

El **objetivo** de nuestro trabajo ha sido *conocer los factores que pueden influir en el grado de satisfacción de la familia con hijos ingresados en el servicio de pediatría respecto a los cuidados y atenciones realizadas por el personal de Enfermería*. Para ello hemos realizado un estudio prospectivo, descriptivo y comparativo multifactorial, en el que se ha utilizado un cuestionario anónimo con 24 ítems, recogido de forma directa mediante entrevista personal a 328 familiares de niños ingresados, por distintos motivos, en el servicio de Pediatría del Hospital Universitario “Virgen Macarena” de Sevilla.

En general, el número de respuestas que dan los acompañantes en los distintos ítems relacionados con la información, trato y cuidados recibidos muestran un **alto grado de satisfacción, pero** el 44.6% **sugiere** que debiera existir más comprensión, paciencia y comunicación de los profesionales de enfermería hacia las familias (Ochoa Linacero, B; 1997). Resumiendo se podría decir que cuanto más se alarga la hospitalización mayor es el grado de satisfacción familiar y que la identificación e instauración precoz de lazos de colaboración familia- enfermera podría mejorar el grado de satisfacción.

PALABRAS CLAVES.

Satisfacción, atención enfermería, familiares, pediatría, hospitalización, calidad

ABSTRACT

In order to provide a good welfare quality, besides to offer suitable the well-taken care of ones of satisfactory form, we must take care of the boy of integral form, considering the family; with its psychic, ethical and social values (the Cardinal red Perez M.D.; 2004). Hay studies (Méndez, 1996; Ortigosa Quiles, 1997) that guarantees how an increase of the confidence of the family takes place in the personnel who takes care of its son if they receive the necessary information during the period that lasts the hospitalization and how aid to reduce the estresantes factors to them that are triggered during this hospitalization. The objective of our work has been to know the factors that can influence in the degree of satisfaction of the family with children entered in the service of pediatría with respect to the cares and attentions made by the personnel of Infirmary. For it we have made a study prospectivo, descriptive and comparative multifactorial, in which an anonymous questionnaire with 24 items has been used, gathered of direct form by means of personal interview to 328 relatives of entered children, by different reasons, in the service of Pediatría of the University Hospital "Virgin Macarena" of Seville. In general, the number of answers that they give the companions in different ítems related to the information, treatment and taken care of received show a high degree of satisfaction, but the 44,6% suggest had to exist more understanding, patience and communication of the infirmary professionals towards the families (Ochoa Linacero, B; 1997). Summarizing could be said that at the most the greater hospitalization is extended is the degree of familiar satisfaction and that the identification and precocious restoration of collaboration bows family to nurse could improve the satisfaction degree.

1. INTRODUCCIÓN

El propósito de los cuidados pediátricos es asegurar una buena calidad asistencial, esto implica atenderlos de forma integral, respetando sus valores psíquicos, éticos y sociales. Para cumplir este objetivo de dar asistencia integral hay que tener presente que en los últimos años se han producido importante cambios en la asistencia hospitalarias a los niños, entre ellos: la reestructuración de las salas de hospitalización para facilitar el que la familia pueda acompañar al niño durante todo el proceso. Así mismo se fomenta la integración de los padres en los cuidados del niño y el mantenimiento de los lazos afectivos padres-hijo/a. A pesar de estos logros, durante la hospitalización el niño y su familia se encuentran en situación de desesperanza, soledad e impotencia; angustiados por el miedo al futuro y al dolor. Muchas veces estos sentimientos se ven exacerbados por el alto grado de complejidad técnica que los rodea y la falta de comunicación con el personal sanitario (Bernat Bernat 1999; Díaz JF; Castañón R; 1997).

Concienciarse de la repercusión psicológica que supone esta problemática obliga a los profesionales de la salud, principalmente a la enfermería, a plantearse un enfoque integral de cuidados del enfermo (Díaz JF; 1997). Asimismo, incluye, en el ámbito hospitalario, la

organización institucional de espacios y tiempos disponibles para que la familia pueda asumir, integrarse y compartir tareas relacionadas con el paciente (Polderman KH; 2003) El personal de enfermería tiene un papel relevante para aclarar dudas, aconsejar a los miembros de la familia respecto a la actitud que deben adoptar con el enfermo y animarles a superar los miedos, para poder prestar una estrecha colaboración en los cuidados de aquél. Para el paciente, la participación de la familia en estas actividades supone, en la mayoría de las ocasiones, un alivio de su angustia, sentimientos de impotencia, frustración y ansiedad (Heyland DK; 2002).

Las familias tienen que compaginar sus sentimientos con la comprensión de explicaciones complejas acerca del curso de la enfermedad, y a veces, se ven en la necesidad de aceptar lo inevitable o de participar en la toma de decisiones comprometidas. Estos conflictos afectivos y emocionales a los que deben enfrentarse no sólo afectan a la salud psíquica del familiar, sino que además condicionan la recuperación física del paciente (Ortigosa Quiles, JM.1997)

Estos hechos nos han inducido a estudiar la información, el apoyo, grado de integración y de satisfacción de las familias con hijos ingresados y su relación con los cuidados y atenciones realizadas por el personal de enfermería y otros posibles factores.

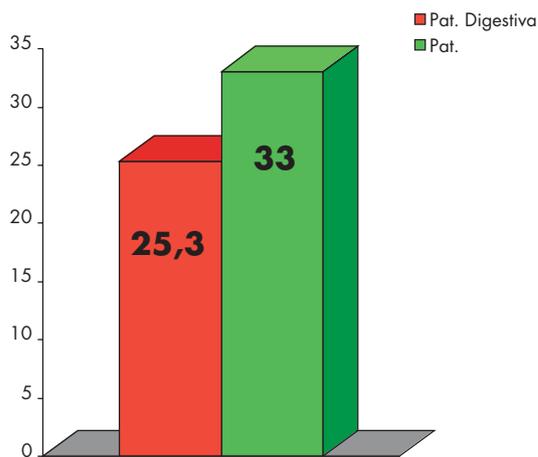
MATERIAL Y MÉTODO

Para ello hemos realizado un estudio prospectivo, descriptivo y comparativo multifactorial, en el que se ha utilizado un cuestionario anónimo con 24 ítems, recogido de forma directa mediante entrevista personal a 328 familiares de niños ingresados, por distintos motivos, en el servicio de Pediatría del Hospital Universitario “Virgen Macarena” de Sevilla, desde Octubre de 2003 hasta Mayo 2004. Las variables estudiadas han sido: características del niño y su acompañante, parentesco, información recibida, si fue comprendida o no, si conoce a la enfermera/o que le atendió, y el grado de satisfacción del encuestado/a respecto a los cuidados y atenciones realizadas por el personal de enfermería. Se han comparado las características del niño y de los acompañantes con los diferentes ítems referidos al grado de satisfacción.

RESULTADOS

Características:

- La *edad media* de los niños fue de 3.4 ± 4.2 años, siendo los menores de un año los que más sufren la hospitalización en un 33.2%.
- *Los problemas respiratorios han sido el tipo de patología más frecuente* en un 33%, seguido de la patología digestiva en un 25.3% (Gráfica 1). Se da una *mayor incidencia de hospitalización en niñas*, estando la muestra comprendida por un 93.5%. *La madre suele ser el familiar que acompaña al niño/a* durante el proceso de hospitalización en un 89.4% de los casos.

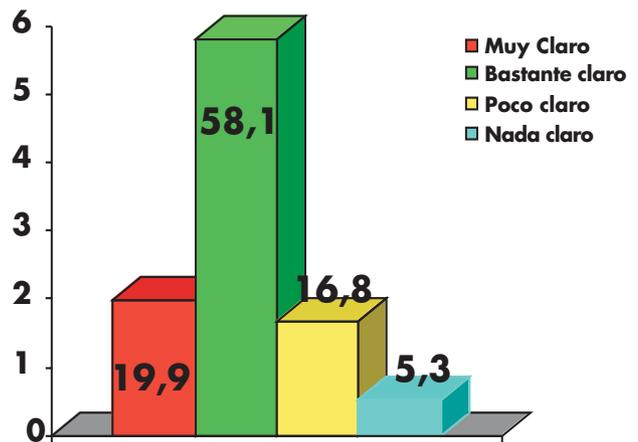


Gráfica 1: Motivos de ingreso más frecuentes

- *La media de días de hospitalización* ha sido de 7.1 ± 12.5 días.

Referidos a la atención de enfermería:

- Les quedó bastante claro el *motivo del ingreso* al 58.1%, al 19.9% muy claro, al 16.8% poco claro y nada al 5.3%.(Gráfica 2).

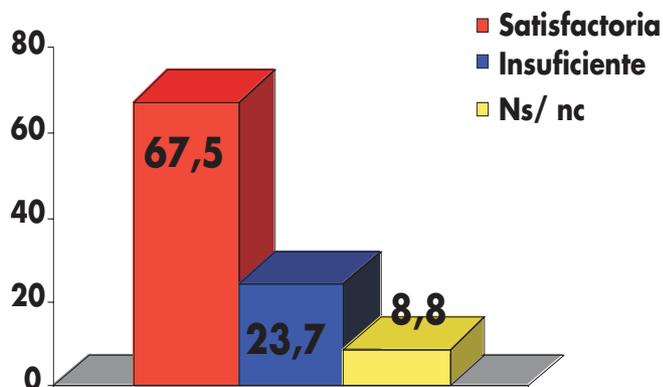


Gráfica 2: Evaluación de la información recibida con motivo del ingreso y pruebas a realizar

- Han recibido **información sobre las normas del servicio** adecuadamente un 58.3% frente al 38.9% que sostiene no haber recibido suficiente información.
- *El 58.5% conoce a la enfermera* que atiende a su hijo/a frente al 38.4% que no la conoce y el 3.1% que no contesta.
- *Han sido informadas adecuadamente sobre las normas del servicio un 58.3%* frente al 38.9% que no ha recibido suficiente información.
- *El 83.7% de los familiares encuestados afirma que ha recibido suficiente información en cuanto a las técnicas y procedimientos* a realizar al niño.
- *El 67.5% expresa estar satisfactoriamente informado sobre el tratamiento y las recomendaciones* a seguir una vez que el niño/a sea dado de alta; el 23.7% piensa que la información ha sido escasa y el 8.8% no sabe, no contesta (Gráfica 2).
- *La información ha sido clara en el 80.1%* de los casos
- *El 91.1% considera que la enfermera ha mostrado habilidad en los cuidados* prestados al niño/a.
- *El 86.3% refiere que la enfermera le transmitió confianza* frente a un 7.8% que no sintió confianza hacia la profesional que atendía al niño.

■ Atención de enfermería en pediatría: Satisfacción familiar

- Les quedó bastante claro el motivo del ingreso al 58.1%, al 19.9% muy claro, al 16.8% poco claro y nada al 5.3%.(Gráfica 3).



Gráfica 3: valoración de la calidad de la información recibida

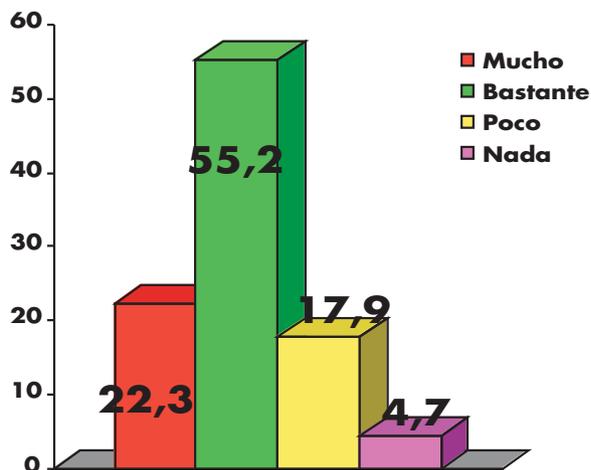
- Más de la mitad de las familias encuestadas 55.3% refieren estar bastante satisfechas con los cuidados recibidos por su hijo/a, muy satisfecha el 15.4%, poco el 22.3% y nada el 6.9%.

- El 58.7% participó bastante en los cuidados de su hijo/a.

- Más de la mitad de las familias, el 55.6%, recibieron adecuadas instrucciones para los cuidados domiciliarios tras el alta.

- Un alto porcentaje, el 89.9%, considera que la relación enfermera- paciente fue cordial.

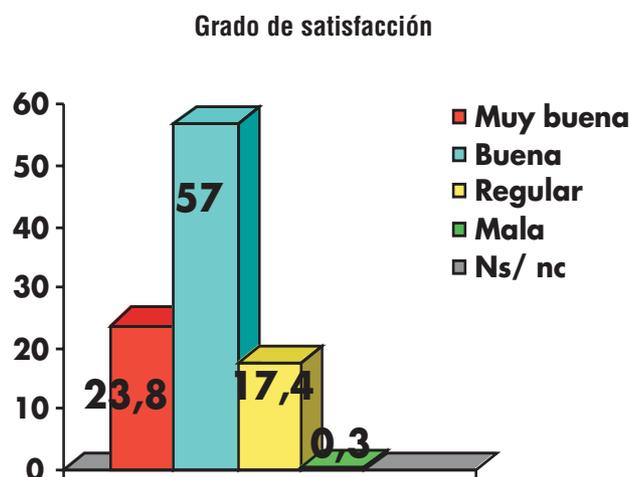
- Se sintieron bastante apoyados el 55.2%, mucho el 22.3% y poco el 17.9% y nada el 4.7%.(Gráfica 4).



Gráfica 4: Apoyo por parte de Enfermería

- El 44.6% sugiere más comprensión, paciencia y comunicación de los profesionales sanitarios hacia las familias; el 7.1% solicita que se lleven a cabo los aspectos preguntados (contemplar la satisfacción familiar); el 33.2% no hace ninguna referencia.

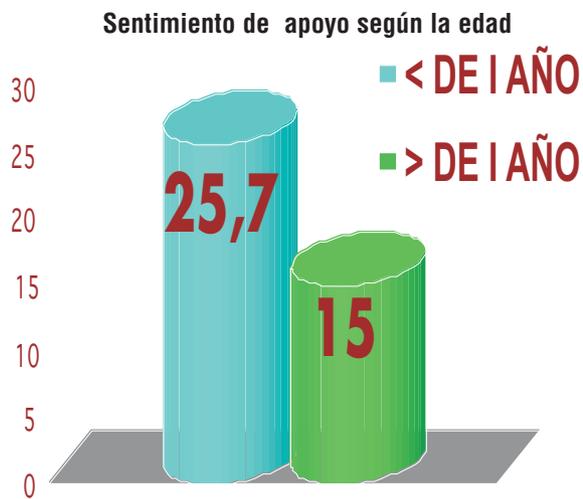
- Con respecto al grado de satisfacción general tras la hospitalización de su hijo/a, un 57% expresa que es bueno, el 23.8% muy bueno, el 17.4% regular, el 1.5% mala y el 0.3% no contesta. (Gráfica 5).



Gráfica 5: Grado de satisfacción general

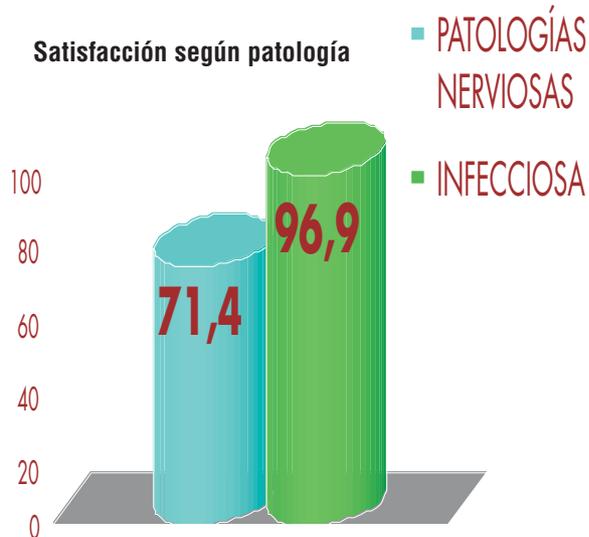
Influye significativamente en el grado de satisfacción:

- La edad del niño: consideran que reciben pocas instrucciones de los cuidados de su hijo de forma clara en mayor porcentaje (25.7 %) entre los acompañantes de <1 año, frente al 15 % de los de un año o más (p=0.02). (Gráfica 6).



Gráfica 6: Apoyo familiar según la edad

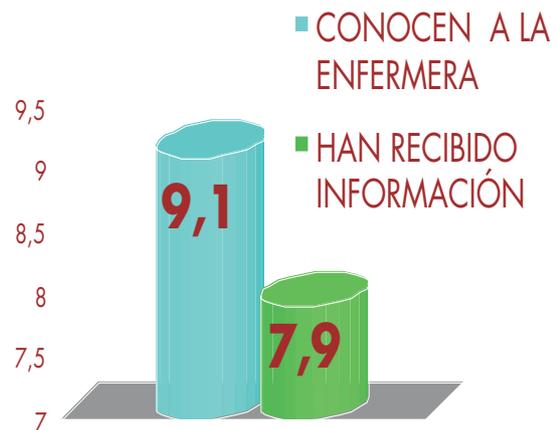
- El tipo de **patología**: entienden sin problemas la información recibida el 71.4 % y el 70.8 % de los familiares cuando se trata de *patología nerviosa o infecciosa* ($p=0.04$) frente al 96.9 % y 92.3 % cuando existe fiebre o problema músculo-esquelético (fractura, escoliosis). (Gráfica 7).



Gráfica 7: Satisfacción según patología

- La media de **días de hospitalización**: es de 9.1 ± 15.4 entre los que conocen a la enfermera/o que atiende a su hijo frente a 4.2 ± 5.2 entre los que no la conocen ($p=0.00$); de 9.5 ± 15.1 entre los que son capaces de recordar el nombre de la enfermera/o frente a 6.1 ± 11.1 entre los que no lo saben ($p=000001$); de 7.9 ± 12.5 entre las que manifiestan que le han informado de las normas y del funcionamiento del servicio, frente a 6.2 ± 13 entre las que dicen que no se les informó ($p=0.004$); de 8.6 ± 15.3 frente a 5.3 ± 6.4 entre las que dicen haber recibido información acerca de los tratamientos y recomendaciones a realizar en su domicilio y las que no ($p=0.0005$); las que *se sienten nada apoyadas* por el personal de enfermería durante la hospitalización están una media de 4.3 ± 2.4 días, las que se sienten *poco apoyadas* 5.8 ± 5.4 , *bastante apoyadas* 7.1 ± 13 días y *muy apoyadas* 9.2 ± 16.3 ($p=0.08$ c.s.); entre las que manifiestan un grado de *satisfacción excelente*, al realizar la valoración global de la atención recibida, la media de días de ingreso es de 8.8 ± 13.2 , frente a 6.8 ± 13.4 de las que la consideraron buena y 5.6 ± 7.5 de las que regular ($p=0.005$). (Gráfica 8).
- El **número de hijos** de los acompañantes: la media de hijos es de 2.5 ± 1 cuando no se sienten nada apoyadas por el personal de enfermería durante la hospitalización, frente a 1.9 ± 1.2 cuando se sienten poco apoyadas y de 1.7 ± 0.8 entre las que se consideran muy apoyadas ($p=0.02$).

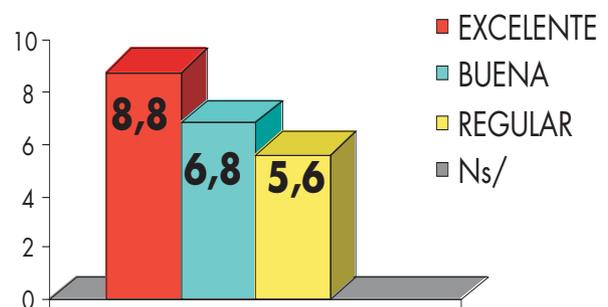
DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN



Gráfica 8: Conocen a la enfermera o han recibido información según los días de hospitalización

CONCLUSIONES

- Las familias valoran muy positivamente la información que ofrecemos en cuanto a la medicación que reciben sus hijos, las técnicas y procedimientos que realizamos o las normas de funcionamiento del servicio
- En general, el número de respuestas que dan los acompañantes en los distintos ítems relacionados con la información, trato y cuidados recibidos muestran un alto grado de satisfacción. Sin embargo, se ha observado que influyen algunos factores como la edad de los niños, el tipo de patología que presenta, los días de hospitalización y el número de hijos que tenga la persona
- La mayor media de **días de hospitalización**: es el factor que más influye en el conocimiento de la enfermera/o que atiende a su hijo, su nombre, la información recibida sobre las normas, el funcionamiento del servicio, los tratamientos y recomendaciones a realizar en su domicilio, que se sientan más apoyadas por el personal de enfermería durante la hospitalización y que manifiestan un mayor grado de satisfacción, al realizar la valoración global de la atención recibida. (gráfica 9)



Gráfica 9: Satisfacción según días de hospitalización

■ Atención de enfermería en pediatría: Satisfacción familiar

- Mientras mayor es la **media de hijos** menos se sienten apoyadas por el personal de enfermería durante la hospitalización.
- **No influye en el grado de satisfacción el sexo del acompañante**, ni la relación familiar que tenga con el niño o su nivel de estudios.
- Sigue siendo **la madre y en general la mujer**, la que de forma mayoritaria (93.5%) **hace la función de cuidadora y acompañante de los niños**.
- La valoración global sobre la atención recibida es bastante buena, pero necesitamos llegar a niveles superiores.
- Para que el 100% de las familias conozcan a la enfermera que atiende a su hijo/a debemos identificarnos precozmente y mejorar la comunicación.
- Se podría decir que cuanto **más se alarga la hospitalización mayor es el grado de satisfacción familiar** y que la **identificación e instauración precoz de lazos de colaboración familia-enfermer@** podría mejorar el grado de satisfacción.

BIBLIOGRAFÍA

- Bernat Bernat, R; López Ruiz, J; Fonseca Roselló, J. 1999. Vivencias de los familiares del enfermo ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos. Un estudio cualitativo. Enfermería clínica 10: 19-32.
- Díaz JF; Castañón R; Carrión F; Rodríguez, JJ; Ramón M. 1997. Cuidados a familiares de pacientes críticos. Enfermería Científica 184- 185: 26-30.
- Méndez, F.X.; Ortigosa, JM. 1996; Pedroche, S. Preparación a la hospitalización infantil (i): afrontamiento del estrés. Psicología conductual.; 4 (2): 193-209.
- Quinio P, Savry C, Deghelt A, Guilloux M, Catoire J, De Tinténiac A. A multicenter survey of visiting policies in French intensive care units. Intensive Care Med 2002;28:1389-94
- Ortigosa Quiles, JM.1997. Transmisión de información: un instrumento medico-terapéutico para el niño hospitalizado y sus padres. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace.; (44): 6-18.
- Ortigosa Quiles, JM; Quiles Sebastián, M.J.; Carrillo, F. X; Pedroche, S. 2000. Miedos infantiles hospitalarios: un estudio con niños hospitalizados y no hospitalizados. ansiedad y estrés.; 6 (1): 61-70.
- Ochoa Linacero, B; Polaino-Lorente, A. 1999. El estrés de los padres como consecuencia de la hospitalización de sus hijos: una revisión. estudios de psicología. (63-64): 147-161.
- Ochoa Linacero, B; Reparaz, C; Polaino-Lorente, A. 1997. Validación de la entrevista ehp, sobre efectos de la hospitalización infantil en los padres. Bordon. 49 (4): 393-408.
- Ochoa Linacero, B; Polaino Lorente, A. 1999. Estrés de los padres de niños hospitalizados en la Clínica Universitaria de Navarra. Revista Española de Pediatría. 55 (328): 345-349.
- Pérez Cárdenas M.D., Rodríguez Gómez M., Fernández Herranz A. I., Catalán González J. C. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. Med Intensiva 2004; 28(5): 237-49
- Pochard F, Azoulay E., Chevret S., Lematre F., Hubert P., Canoni P., et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision - making capacity. Crit Care Med 2001; 29: 1893-7
- Polderman KH, Girbes AR, Van Zanten AR. Family Satisfaction with Intensive Care Unit Care. Influenced by workload, Staffing and patient selection. Crit Care Med 2003; 31: 1597-8

TARJETA VISA IBERIA

CAJA MADRID



Tfno.: 954 93 28 80

www.cajamadrid.es



Escápate

con VISA IBERIA

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 transformará 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 pagos 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 250 €	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



F. Luis Ramos Arango

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 cumplir los siguientes:

BASES

- 1ª. DENOMINACIÓN:** Título "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- 2ª. OBJETO:** Los premios se concederán a estudios manuscritos o trabajos de investigación de enfermería, inéditos, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo.
- 3ª. DOTACIÓN:** La dotación máxima será de 3.606,07 Euros (600.000 pts.) para el trabajo premiado en primer lugar; 1.803,03 Euros (300.000 pts.) para el trabajo premiado en segundo lugar y 1.202,02 Euros (200.000 pts.) para el premiado en tercer lugar.
- 4ª. PRESENTACIÓN:** Los trabajos que opan a este certamen deberán ser presentados dentro de los pliegos que cada convocatoria será, tendrán limitación de espacio y acompañarán Bibliografía. Se presentarán por triplicado en formato D.L.N. A-4, mecanografiado a doble espacio por una sola cara y encuadernados. Incluirán en separado un resumen de los mismos, no superior a dos páginas.
- 5ª. CONCURSANTES:** Solo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de A.L.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. Serán vocales, cada uno de los cuales corresponden: al Colegio de Sevilla, Consejo de Salud de la Junta de Andalucía, tres Vocales del profesorado de las Escuelas de Formación Continuada 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. INCIDENCIA:** 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 toda clase de acción judicial o arbitral con el fin del jurado, que será inapelable. Los premios no podrán quedar devueltos ni ser computados entre dos o más trabajos.
- 9ª. DOCUMENTACIÓN:** Los trabajos serán remitidos por correo certificado con acuse de recibo o cualquier otro sistema de certeza al Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla Avda. Ramón y Cajal, nº 20. Avda. (41003-Sevilla), en sobre cerrado con la indicación: "XXI CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERIA CIUDAD DE SEVILLA". No llevarán escrito ni ningún otro dato de identificación.
En su interior incluirán el trabajo con el nombre se indica en el punto 4º de estas bases, firmado con sealímetro, sobre cerrado, identificado con el mismo sealímetro; incluyendo nombre y dirección completa del autor o autores, teléfono de contacto del Tº. Inmediato, certificando de colegiación reciente y curriculum vitae de la totalidad del equipo, si lo hubiere.
Los trabajos presentados constituirán obligatoriamente referencia o localización, según o cualquier otro apunte que pudiera inducir a los miembros del jurado a la identificación, antes de la apertura de los pliegos, 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



EL INSTITUTO COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERIA
DE SEVILLA

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

191 Años avanzando con la profesión

Patrocina

