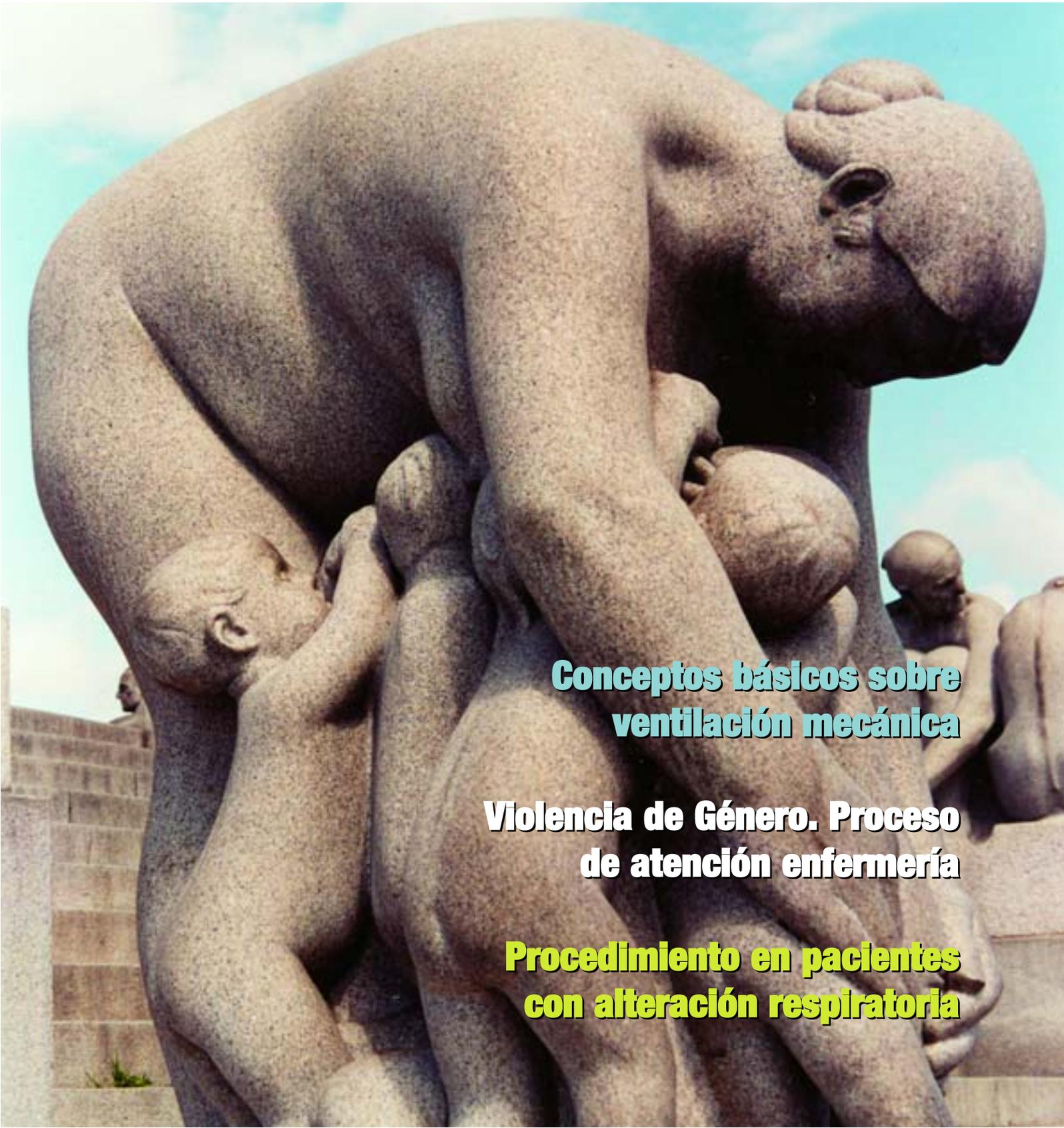


Revista Científica 

# **HYGIA** de **ENFERMERIA**

Nº 61, Año XVII 3º Cuatrimestre de 2005

Colegio de Enfermería de Sevilla



**Conceptos básicos sobre ventilación mecánica**

**Violencia de Género. Proceso de atención enfermería**

**Procedimiento en pacientes con alteración respiratoria**

# 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

## CUIDAR EN EL OCASO DE LA VIDA: UN RETO PARA LA ENFERMERÍA

Actualmente cada vez se da mayor importancia a la calidad de la asistencia sanitaria desde una perspectiva integral u holística. Esto adquiere especial relieve al final de la vida del ser humano en el que la persona se vuelve más vulnerable y necesita más ayuda.

Los Cuidados Paliativos se entienden como la asistencia total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo interdisciplinario cuando la expectativa no es la curación. La meta fundamental es dar calidad de vida al paciente y su familia, sin intentar alargar la supervivencia, ni acortarla específicamente, debiéndose atender las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y su familia, incluyendo si es necesario el apoyo en el proceso de duelo (Subcomité Europeo de Cuidados Paliativos de la CEE, 5 de Mayo de 1.991).

Atender estas necesidades requiere tratar al paciente con el mismo respeto y dignidad con el que quisiéramos ser tratados nosotros y se constituye cada vez con más fuerza como un deber ético en nuestro quehacer profesional y un derecho inalienable del enfermo.

La asistencia sanitaria al paciente en situación terminal ha avanzado mucho en los últimos años, aunque todavía queda mucho camino por recorrer. Ese camino es aún más largo y arduo en todas las facetas no directamente relacionadas con el ámbito de los síntomas físicos, es decir, la esfera psicoemocional, la sociofamiliar y la dimensión espiritual. Es en esa labor pendiente, en la que curar pasa a ser algo secundario y cuidar se convierte en fundamental, donde enfermería puede aportar el valor añadido del cuidado integral en la asistencia al paciente. El control de síntomas es prioritario en cuidados paliativos y en la medida en que sea efectivo pondrá de manifiesto otras necesidades y carencias que existen y a las que debemos dar respuesta si queremos proporcionar

una asistencia de calidad.

Esa respuesta tiene en la comunicación y el soporte emocional, en el apoyo espiritual y el acompañamiento, y en la atención a la familia y al proceso de duelo sus pilares y herramientas fundamentales. Herramientas que debemos saber manejar y para las que tenemos que formarnos y entrenarnos.

La comunicación y el soporte emocional: Los pacientes que padecen una enfermedad terminal necesitan expresar sus preocupaciones, sus miedos y sus dudas con alguien que sepa escuchar y crear espacios que faciliten que el paciente se exprese si así lo desea, para que de forma gradual, vaya adaptándose a la situación por la que está pasando.

El apoyo espiritual y el acompañamiento: Relieve especial adquiere la dimensión espiritual, entendida en su sentido más amplio, no sólo como la creencia en un ser superior y las vivencias y actitudes que de ello se derivan, sino en el sentido último de la vida que cada persona posee. Nuestra misión fundamental será el acompañamiento y el apoyo espiritual, entendida desde una actitud de empatía y de respeto hacia las creencias del enfermo, que intente facilitar el necesario proceso de adaptación de la esperanza y expectativas del paciente y su familia hasta la muerte.

La atención a la familia: La familia es un elemento clave en la atención al enfermo en situación terminal, es la base del apoyo emocional y si el enfermo está en el domicilio, la principal dadora de cuidados. Por eso tenemos que proporcionarle una correcta información, educación para la salud, asesoramiento en los cuidados y apoyo emocional adecuado, ya que además de disminuir el estrés y la angustia que produce la situación de terminalidad, ayuda a la realización de los cuidados del paciente de un modo más eficaz.

El proceso de duelo: Ayudar en la elaboración psicológica de un duelo, ade-

más de una actitud humanitaria básica, profesionalmente significa realizar una labor de prevención en el ámbito de la salud de los dolientes.

En resumen, se trata de valorar y atender de modo integral las necesidades del enfermo ante la muerte. El sufrimiento ante la muerte representa un problema inabarcable, pero puede ser abordado parcialmente desde las múltiples necesidades que se presentan al enfermo. Si logramos alivio parcial en varias de las dimensiones del sufrimiento ante la muerte, es posible que el resultado global sea percibido por el enfermo, alivie su sufrimiento, y le ayude a morir en paz. (Documento de apoyo al proceso de cuidados paliativos)

Para todo ello requerimos una formación adaptada a nuestras necesidades y en consonancia con nuestra situación laboral, impulsada por los propios profesionales, las sociedades científicas y colegios profesionales y facilitada desde la administración sanitaria, que abarque diferentes niveles, desde el básico que todos deberíamos poseer, hasta la especialización de aquellos compañeros interesados en el campo de los cuidados paliativos o cuya labor profesional esté vinculada con la atención al enfermo en situación terminal.

Formación que debería quedar plasmada en la creación de una especialidad de enfermería en cuidados paliativos, que estoy convencido conllevaría un salto de calidad en los cuidados enfermeros en esta área, significaría una mejora importante de la asistencia sanitaria y aumentaría el nivel de satisfacción y de confianza en el sistema sanitario del paciente y su familia.

**Miguel Duarte Rodríguez**

Vocal de Enfermería de la

Sociedad Andaluza de

Cuidados Paliativos (SACPA)

Enfermero Comunitario de Enlace,

Distrito Sanitario de A.P. Sevilla

### EDITA

Ilte. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla

### DIRECTOR

José María Rueda Segura

### SUBDIRECTOR

Francisco Baena Martín

### DIRECCIÓN TÉCNICA

Miguel Angel Alcántara González

### CONSEJO DE REDACCIÓN

Comisión Ejecutiva

### TIRADA

9.000 ejemplares

### ISSN

1.576-3056

### DEPÓSITO LEGAL

SE-470-1987

### SOPORTE VÁLIDO

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

### REDACCIÓN

Avda. Ramón y Cajal, 20

Telf.: 954 93 38 00/Fax: 954 93 38 03

Página Web:

[www.enfermundi.com/sevilla](http://www.enfermundi.com/sevilla)

Correo Electrónico:

[coleg41@enfermundi.com](mailto:coleg41@enfermundi.com)

### MAQUETACIÓN, FOTOMECÁNICA E IMPRESIÓN

Tecnographic, S.L.

Telf. 95 435 00 03/Fax 95 443 46 24

# Sumario

**HYGIA**

Nº 61

- 3 *Editorial*
- 5 *Conceptos básicos sobre ventilación mecánica*
- 13 *Violencia de Género. Proceso de atención enfermería*
- 20 *La utilización del geronte e ISIS en la metodología enfermera*
- 25 *Autismo: Introducción y aplicaciones prácticas para los cuidados de enfermería*
- 32 *“Registros de Enfermería” la Enfermería en la Emergencia Sanitaria Andaluza*
- 41 *Procedimiento en paciente con alteración respiratoria*
- 49 *Evaluación de hábitos alimentarios en escolares de 5º de ESO de tres municipios de Sevilla*



Título: “La madre”  
Autora: Blanca Álvarez Madariaga  
Nº Colegiado: 3.922

*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.*

*La revista HYGIA está incluida en la Base de Datos CUIDEN*

# Generalidades sobre ventilación mecánica en Enfermería (I): Conceptos básicos sobre ventilación mecánica

- Fco. Javier Martínez Pérez<sup>1</sup>
- M<sup>a</sup> Antonia García García<sup>2</sup>
- Alonso Escalante Macías<sup>3</sup>
- Carmen Tous Benítez<sup>4</sup>
- M<sup>a</sup> Teresa Espárrago Fernández<sup>5</sup>

<sup>1</sup> D.E. Servicio de Urgencias de la Clínica de Fátima (Sevilla).

<sup>2</sup> D.E. Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme (Sevilla).

<sup>3</sup> D.E. Servicio de Urgencias de la Clínica de Fátima (Sevilla).

<sup>4</sup> D.E. UCI del Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla).

<sup>5</sup> D.E. Servicio de Radiodiagnóstico de la Clínica de Fátima (Sevilla).

## RESUMEN

La asistencia a pacientes sometidos a ventilación mecánica forma parte integral de los servicios de enfermería en unidades de cuidados intensivos o medicoquirúrgicas e incluso en el hogar. La enfermería debe conocer las necesidades pulmonares específicas de cada persona y trabajar en equipo para definir objetivos realistas.

Entre los aspectos más importantes para obtener resultados positivos, enfermería debe conocer los principios básicos sobre ventilación mecánica y el cuidado que estos enfermos requieren, así como una franca comunicación con los otros miembros del equipo para conocer los planes de interrupción de la ventilación asistida y la tolerancia del paciente a los cambios de graduación del ventilador.

Este artículo ha sido dividido, en consecuencia, en dos entregas para así abordar el tema desde una perspectiva más realista. Así encontramos una primera mitad destinada a aquellos conceptos básicos sobre la ventilación mecánica y las consecuencias fisiológicas que ésta implica y otra segunda, donde se desarrolla detalladamente el proceso de atención de enfermería a pacientes sometidos a ventilación mecánica.

## PALABRAS CLAVES:

Ventilación mecánica, respirador, fisioterapia respiratoria, tubo endotraqueal, traqueostomía, insuficiencia respiratoria, EPOC, reanimación y anestesia.

## INTRODUCCIÓN

Hoy día salvan la vida gran cantidad de pacientes gracias a la ayuda de la ventilación mecánica. Sería imposible el mantenimiento de muchos pacientes graves sin contar con la ayuda de la VM (ventilación mecánica), tanto más cuanto que la patolo-

gía aguda en sus casos extremos, se concreta en una disfunción de órganos vitales, por la cual entran en insuficiencia todos los órganos y sistemas, independientemente de aquel que se halle afecto en primer lugar. De esta manera aparte de la adopción de medidas terapéuticas farmacológicas e instrumentistas, se hace necesario la VM en sustitución de la respi-

ración durante el tiempo suficiente para que el propio sistema respiratorio del paciente sea capaz de realizar su función normal.

Otras causas que llevan a un paciente a depender de la VM en una unidad de Cuidados Intensivos son: La E.P.O.C. (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica) en su fase de reagu-

dización; Neumonías; Traumatismo torácico; Enfermedades del tallo cerebral (hemorragias traumatismos, etc.); Trastornos neuromusculares (Poliomielitis, Síndrome de Guillain-Barré, Miastenia grave, etc.); Lesiones medulares; Enfermedades cardiovasculares y postoperatorio inmediato en cirugía extracorpórea, torácica y otras que por su importancia y envergadura, no es recomendable la reversión de los efectos anestésicos y la extubación inmediatamente después de la cirugía, estos pacientes que suelen ser trasladados a Unidades de Cuidados Intensivos, continúan dependiendo de la VM hasta que en función de criterios gasométricos, del nivel de conciencia y mantenimiento de los reflejos, se decide la extubación.

Podríamos denominar la VENTILACIÓN MECÁNICA (VM) como un procedimiento de sustitución temporal de la función ventilatoria normal, y se emplea en situaciones en que ésta, por diversos motivos, no cumple los objetivos fisiológicos que le son propios, y tal procedimiento es ejercido por medio de los Ventiladores Mecánicos.

En la especialidad de anestesia y reanimación debemos diferenciar dos indicaciones distintas de VM: por un lado la utilizada como soporte respiratorio durante la Anestesia general (AG), cuyos respiradores deberán tener unas prestaciones determinadas para cubrir las necesidades durante los tiempos quirúrgicos, y por otro lado, la utilizada como soporte respiratorio en Reanimación durante la atención al paciente crítico, con unas prestaciones adecuadas a las necesidades de este tipo de pacientes.

Es ejercida por los respiradores mecánicos, aparatos que básicamente, por diversos sistemas, proporcionan cíclicamente una presión en la vía aérea suficiente para sobrepasar las resistencias al flujo aéreo y vencer las propiedades elásticas tanto del pulmón como de la caja torácica. De este modo se produce una insuflación pulmonar intermitente que permite la inspiración.

## 1. INDICACIONES DE VENTILACION MECÁNICA EN REANIMACIÓN

Las indicaciones clínicas básicas serán: corregir hipoxemia, acidosis respiratoria o deterioro respiratorio progresivos.

Las principales indicaciones específicas de ventilación mecánica en Reanimación serán:

- Depresión de los centros respiratorios, bien neurológica, bien farmacológica.
- Disfunción de los músculos respiratorios.
- Descompensaciones de neumopatías y broncopatías.
- Síndrome de distress respiratorio.
- Descompensación aguda en el E.P.O.C.
- Edema agudo de pulmón.
- Descompensación respiratoria postoperatoria.
- Prevención y tratamiento de atelectasias perioperatorias.
- Situación de shock establecido.



**Paciente traqueostomizado con bocio**

## 2. CRITERIOS CLÍNICOS

Los criterios clínicos clásicos de indicación de ventilación mecánica serán:

- Frecuencia respiratoria  $> 35 \text{ x'}$ .
- Capacidad vital  $< 15 \text{ ml./Kg}$ .
- Fuerza inspiratoria  $< 25 \text{ cm. H}_2\text{O}$ .
- $\text{Pa O}_2 < 60 \text{ mm. Hg.}$  con  $\text{Fi O}_2$  del 50 %.
- $\text{Pa CO}_2 > 55 \text{ mm. Hg.}$
- $\text{P (A-a) O}_2 < 450 \text{ mm. Hg.}$
- $\text{Vd/Vt} > 0.6$

Debemos tener en cuenta por un lado, que a pesar de los datos físicos y analíticos, debe prevalecer siempre la situación clínica del paciente, existirán pacientes con menos alteraciones en los que se objetivará necesidad de ventilación mecánica, y pacientes con función más deteriorada que lo toleran. Este es el caso por ejemplo de los pacientes con enfermedad pulmonar crónica, en los que no son aplicables siempre estos criterios ya que los pacientes se hallan adaptados y no tienen manifestaciones clínicas de insuficiencia respiratoria sino con valores mucho más bajos.

En ellos deberá existir:

- $\text{pH} < 7.20$
- $\text{Pa O}_2 < 50 \text{ mm. Hg.}$ , administrando  $\text{Fi O}_2$  al 50 %.
- Agitación, falta de colaboración, que indica afectación neurológica por la insuficiencia respiratoria.
- Necesidad de sedación, por igual motivo.
- Deterioro del estado general, sin necesidad de empeoramiento gasométrico.

## 3. ASPECTOS FISIOLÓGICOS Y FISIOPATOLÓGICOS QUE INTERVIENEN EN LA VENTILACION MECANICA

Durante la respiración espontánea normal, la insuflación pulmonar se produce por el gradiente creado entre

la presión de la vía aérea (Paw) y la presión pleural (Ppl), (Paw-Ppl), generado gracias a la contracción de los músculos inspiratorios. Durante la ventilación mecánica (VM), este gradiente también se produce, aunque en este caso es debido al incremento de presión (P) ejercido en la vía aérea por el flujo de gas procedente del respirador.

El aumento de la Paw es transmitido a la cavidad torácica, incrementándose en consecuencia la presión intratorácica, produciéndose una inversión de presiones respecto a la ventilación espontánea.

Este incremento de P está condicionado por:

- el volumen corriente insuflado
- la compliancia del parénquima pulmonar
- la compliancia de la caja torácica
- la presión abdominal ejercida sobre el tórax a través del diafragma.

Este incremento de presión intratorácica producirá una serie de cambios:

- 1) **a nivel respiratorio**, unas presiones alveolares muy elevadas podrán llegar a producir un colapso del flujo capilar, con lo que se incrementan las zonas mal perfundidas, y por tanto el shunt pulmonar; así mismo, unas presiones tan elevadas conllevan riesgo de barotrauma. También se produce un incremento de la presión de la arteria pulmonar.
- 2) Otra de las repercusiones más importantes será a nivel **hemodinámico**, apareciendo  $\emptyset$  del retorno venoso y del gasto cardiaco, con la consecuente disminución de la presión arterial, que se ven de manera más marcada durante la utilización de la PEEP, y que comentaremos más adelante.
- 3) No debemos olvidar los efectos que el incremento de la presión intratorácica producirá sobre el **abdomen**, que también verá incrementada su presión, y por tanto comprometida la circula-

ción. Ello explica, en VM prolongadas, la aparición de ictericia, mayor incidencia de úlcera de stress, así como retención de agua y sodio (en este caso por 2 causas, la 1ª por redistribución del flujo intrarrenal y la 2ª por caída de la presión de aurícula izquierda, que transmitiría, vía vagal, información al hipotálamo, con incremento de ADH). Así mismo, la dificultad de retorno venoso producirá un  $\neq$  de la presión hidrostática, con salida de agua y solutos al espacio intersticial - que explicaría la anasarca que pueden presentar estos pacientes, junto, no lo olvidemos, a la posible existencia de hipoproteinemia).

- 4) Se producirán también **consecuencias craneales** como son: incremento de la P.I.C. que se producirá secundario al incremento de la P.V.C. y dificultad de retorno en cava superior.

- $\downarrow$  de la perfusión craneal, que se producirá por el mismo motivo al que se añadirá descenso de la T.A. secundaria a  $\downarrow$  del G.C. antes mencionados.

## 4. OBJETIVOS DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA

- 1) El **objetivo primordial de la ventilación mecánica** es conseguir unos valores aceptables de O<sub>2</sub> y CO<sub>2</sub> a nivel sanguíneo, impidiendo la aparición de hipoxemia y acidosis respiratoria. Para ello es necesario **asegurar** para un correcto intercambio gaseoso, **la ventilación alveolar**. Se entiende por **ventilación alveolar** la fracción del volumen minuto realmente eficaz. Durante la VM se incrementa el espacio muerto (Vd/Vt) anatómico (por compresión de las tubuladuras), la patología del paciente puede conllevar  $\uparrow$  del espacio muerto alveolar (que corresponde a zonas con una mala relación ventilación / perfusión), por lo que debe-

rán utilizarse volúmenes minuto superiores a los previstos del paciente en ventilación espontánea.

- 2) El **segundo objetivo** será el conseguir unas **mínimas presiones intratorácicas**. Ya hemos mencionado las modificaciones que conlleva la VM secundarias a la inversión de presiones respecto de la ventilación espontánea.

- 3) El **tercer objetivo** será conseguir, dadas las características del método, dependencia absoluta del paciente al respirador como sustituto de esta función vital, tener **la máxima seguridad**, de manera que todas las medidas de control y alarmas serán pocas para conseguir este objetivo.

- 4) Y por último, dado que tendremos a muchos pacientes en Reanimación, bajo una sedación más o menos ligera, y sobre todo en los periodos de desconexión, despiertos y colaboradores, debemos conseguir el **máximo confort**.



Ventiladores mecánicos

## 5. PARÁMETROS BÁSICOS

Serán los que nos permitirán obtener, sea cual sea la modalidad ventilatoria elegida, un **patrón ventilatorio óptimo**, entendiendo como tal el que nos permita obtener una gasometría arterial correcta con los mínimos efectos secundarios.

Los parámetros con los que contamos para conseguir un correcto patrón respiratorio serán:

### A.- VOLUMEN CORRIENTE

(Vc)

Es el primer parámetro básico. **Un volumen minuto determinado lo podemos conseguir mediante diferentes Vc según la f que se utilice.**

Los valores más comúnmente aceptados son entre **10-15 ml/Kg.**, aunque es orientativo y puede variar en función de la situación y necesidades del paciente.

### B.- FRECUENCIA RESPIRATORIA (f)

Las variaciones de f varían entre **10-25 resp./min.**

L f óptima tenderá a los valores más bajos posible, en función de la patología del paciente.

### C.-FRACION INSPIRADA DE O2 (Fi O2)

La adecuada oxigenación arterial la podemos conseguir, no solo mediante una correcta ventilación, sino también administrando la mezcla de aire y O2 adecuada. Se ha demostrado que en un pulmón sano, el empleo de **VM conlleva un – del cortocircuito intrapulmonar (shunt) del 10 %.** Ello obliga a incrementar la Fi O2, debiéndose administrar a una concentración de 40 % si no queremos ver la aparición de hipoxemia en el transcurso de la VM prolongada.

### D.- FLUJO INSPIRATORIO (FI)

Es obvio que hablar de FI es hablar de tiempo inspiratorio (Ti). Para una misma f, si modificamos el FI, modificaremos la relación I/E, ya que **a mayor flujo se obtendrá antes el Vc deseado, por tanto, se acortará el Ti. Sin embargo, probablemente incrementemos la presión en vías.**

Si utilizamos un flujo alto obtendremos a nivel pulmonar un flujo turbulento. Si tenemos en cuenta la distribución del gas, que vendrá determinada por la existencia de zonas en el pulmón con distinta constante de tiempo, es decir, por las variaciones regionales de resistencia y compliancia, obtendremos aéreas que estarán bien ventiladas y otras en las que ese flujo turbulento impedirá un correcto llenado y por lo tanto hipoventilación de dichas zonas e incremento del

shunt, todo lo contrario del objetivo que pretendíamos. Sin embargo, si utilizamos flujos más bajos, a nivel pulmonar obtendremos flujos laminares, que permitirán un paso correcto a todos los alvéolos, incluso los que tienen incrementadas las resistencias, mejorando la ventilación, que es nuestro objetivo.

### E.-MORFOLOGIA DE LA ONDA DE FLUJO

Además de la magnitud del FI utilizado, podemos variar **la forma de entrega** (lo que se denomina **curva de flujo**). El patrón de la onda de flujo puede tener 4 modalidades: desacelerado, constante, acelerado y sinusoidal. Existen grandes controversias sobre la curva de flujo ideal, siendo el más utilizado es el constante o **en meseta**. Lo ideal es administrar a cada paciente **el tipo de flujo para un mismo volumen que determine la menor presión en vías.**

### F.- PAUSA POST-INSPIRATORIA

Equivale al cierre fisiológico de la glotis, tiempo en el que se redistribuye el flujo en el árbol bronquial. Se utiliza con el fin de **mejorar la distribución del FI.** Durante este periodo el FI es nulo, y se **homogeneiza su distribución**, con lo que se mejora el Vd/Vt. No se debe olvidar que **puede incrementar las presiones intratorácicas. Se caracteriza por un flujo cero manteniéndose en los pulmones el volumen circulante entregado.**

### G.- FLUJO ESPIRATORIO

El inicio de la espiración se produce cuando el ventilador percibe, a través de un sensor, que se ha alcanzado un predeterminado valor: tiempo, presión, volumen o flujo. La consecuencia inmediata será la apertura de la válvula espiratoria, permaneciendo la inspiratoria cerrada. Se consigue en todos los respiradores de forma pasiva al abrirse la válvula espiratoria tras la inspiración.

Se puede contribuir activamente en esta fase introduciendo:

**1.- presión positiva espiratoria final (PEEP): utilizada básicamen-**

**te para mejora la oxigenación.**

Aumenta de manera inmediata la capacidad residual funcional (CRF) aumentando el número de unidades alveolares efectivas en el intercambio gaseoso. Ello permite reducir la concentración de oxígeno inspirado (Fi O<sub>2</sub>), evitando sus efectos tóxicos. Su uso fue sistematizado por Ashbaugh y Petty en 1973.

La **indicación** de la PEEP será:

- insuficiencia respiratoria aguda, sin patología pulmonar previa, que cursa con hipoxemia y ↓ CRF.

Las **contraindicaciones** de la PEEP serán:

- situación de hipovolémia no corregida
- procesos que cursan con ↑ CRF
- ↑ resistencias de vías aéreas
- existencia de fístula broncopleurales o neumotórax.

Como **inconvenientes**:

- 1.- a nivel ventilatorio encontraremos un incremento del espacio muerto.
- 2.- El efecto presión agravará los efectos indeseables de la VM, fundamentalmente ↓ del gasto cardíaco.

**La mejor PEEP es la que consigue un transporte de O<sub>2</sub> con el gasto cardíaco más adecuado, en tanto que la PEEP óptima es la que consigue un shunt < 15%.**

La **complicación** más importante será el **barotrauma**.

### H RELACION INSPIRACION /ESPIRACION (I/E)

La relación I/E es un parámetro secundario a la f y al Flujo inspiratorio. Existen respiradores con mando I/E, pero no son más que sistemas de regulación del Flujo inspiratorio dependiendo de la f.

Se recomienda una **relación I/E: 1/2.** En situaciones con ↑ de las resistencias aéreas e importante atrapamiento aéreo, se ha propuesto prolongarla 1/4, para facilitar la salida del gas. En el paciente restrictivo puede necesitarse una relación 1/1. La **inversión**

(2/1) de este cociente ha sido propuesto como alternativa a la PEEP, pues al mantener una presión media intratorácica más elevada se ↑ CRF, sin los efectos secundarios de la anterior. Presenta sin embargo el riesgo de aparición o incremento de la auto-PEEP o PEEP intrínseca. Las indicaciones son muy restringidas.

## I. MECANISMOS DE SEGURIDAD

Constituyen un principio básico de la VM, dada la situación del paciente, la agresividad del método y los riesgos que conlleva.

Los sistemas de seguridad básicos son de 2 tipos: **alarmas de volumen y límites de presión.**

Las complicaciones más frecuentes de la VM son: obstrucción del tubo, autoextubación y desconexión de las tubuladuras. De ello se desprende que las alarmas por exceso y defecto de presión junto con alarmas de bajo volumen serán las que más rápidamente detectaran estos problemas. Los límites de f y volumen espirado tienen su indicación en técnicas de IMV. Son también necesarias las alarmas de falta de fluido eléctrico o de aporte de algún gas, así como las de Fi O<sub>2</sub>.

## 6. MODALIDADES DE VENTILACION MECANICA

Los avances en los conocimientos de la fisiología respiratoria y en la biotecnología, han permitido un gran perfeccionamiento de los respiradores, de manera que hoy en día es posible ofertar diferentes modalidades de ventilación mecánica en función de las necesidades de cada paciente.

Básicamente las modalidades de ventilación mecánica se clasifican en:

### A) ventilación controlada o total (VC):

- 1.- ventilación controlada
  - por volumen
  - por presión.
- 2.- ventilación selectiva (VS).
- 3.- ventilación a altas frecuencias (HV).

### B) Modalidades de ventilación parcial (VP):

- 1.- ventilación asistida (VA).
- 2.- ventilación mandatoria intermitente (IMV).
- 3.- ventilación mandatoria minuto (MMV)
- 4.- modos de ayuda respiratoria:
  - a) ayuda inspiratoria o presión de soporte (AI o PS)
  - b) flujo continuo (FC)
  - c) presión positiva continua en la vía aérea (CPAP)
  - d) ventilación con dos niveles de PEEP (BIPAP).

### A) MODALIDADES VENTILACION CONTROLADA

#### 1.- VENTILACION CONTROLADA (VC)

Es la forma más básica de VM. Los ciclos respiratorios vienen determinados por la frecuencia respiratoria prefijada, independientemente de los esfuerzos realizados por el paciente. Las características del respirador deberán asegurar una ventilación alveolar correcta, debiéndose realizar controles gasométricos seriados, ya que no existe ningún medio de autorregulación por parte del enfermo. La adaptación al respirador se realizará bien de manera farmacológica bien inhibiendo el centro respiratorio.



Ventilación controlada

Las **indicaciones** serán: tórax inestable con movimientos paradójicos, insuficiencias neuromusculares (narcois, TCE, polirradiculitis, miastenia), o situaciones en las que el esfuerzo respiratorio representa un gran trabajo respiratorio.

#### 2.- VENTILACION SELECTIVA (VS)

En determinados pacientes puede ser necesario la ventilación diferenciada de ambos pulmones, con respiradores y características diferentes (contusión pulmonar unilateral, neumo-

nía unilateral, edema pulmonar unilateral, fístulas broncopleurales). Es una técnica dificultosa, que precisa intubación con tubo de doble luz (con todos los problemas técnicos y de manejo que conlleva), engorrosa en la cabecera del enfermo y que debe considerarse como última opción.

### 3.- VENTILACION A ALTAS FRECUENCIAS (HV)

Dentro de este concepto entran 3 modalidades diferentes, que tiene en común el empleo de f superiores a 60 x'.

- 1.- **Ventilación a alta frecuencia con presión positiva (HFPPV):** semejante a la convencional pero con f entre 60-100 x', y Vt pequeños, pero siempre superiores al espacio muerto.
- 2.- **Oscilación a alta frecuencia (HFO):** La frecuencia aumenta hasta 1000 x'. Los Vt son inferiores al espacio muerto.
- 3.- **Ventilación con jet a alta frecuencia (HFJV):** Frecuencias entre 60-600 x', mediante un tubo estrecho se introduce un flujo de alta velocidad. No existe válvula espiratoria y la entrega de gas se realiza por efecto Venturi.

Las **indicaciones** en Reanimación son muy restringidas, utilizándose en pacientes con fístula broncopleural de muy difícil manejo.

### B) MODALIDADES VENTILACION PARCIAL

#### 1.- VENTILACION ASISTIDA (VA)

En este tipo de ventilación cada nuevo ciclo respiratorio se inicia mediante los esfuerzos inspiratorios del paciente. Así, la f la determina el propio paciente, **disminuyendo el esfuerzo inspiratorio.**

Los respiradores actuales permiten además prefijar una f que asegure una ventilación mínima adecuada, ya que el principal **inconveniente** de este modo de ventilación serán las variaciones de f del paciente. Si éste

disminuye su número, aparecerá **hipoventilación** que no podría ser compensada por el respirador. Si incrementa mucho su *f*, aparecerá **taquipnea** que conducirá a ineffectividad y fatiga muscular respiratoria.

Como **ventajas** presenta:

- 1) autorregulación del volumen minuto por el propio paciente,
- 2) menor esfuerzo inspiratorio,
- 3) menores presiones intratorácicas, y por tanto, menores repercusiones hemodinámicas de la VM.

La **indicación** principal será en pacientes conscientes, que pueden colaborar durante el destete (weaning).



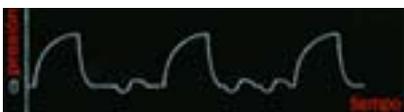
Ventilación asistida



Ventilación asistida

## 2.- VENTILACION MANDATORIA INTERMITENTE (IMV)

Esta modalidad de ventilación permite intercalar al paciente respiraciones espontáneas entre los ciclos programados en el respirador.



Ventilación mandatoria intermitente

Fue introducido por Kirby en 1971 como técnica ventilatoria en recién nacidos con distress; Downs en 1973, la introdujo en adultos como método de desconexión, aunque posteriormente se ha visto que es una buena técnica de soporte ventilatorio. La **diferencia** respecto a la técnica anterior reside en que aquí no hay un sistema de “trigger” que ayude al inicio

de la inspiración. El paciente debe ser capaz de realizar solo el esfuerzo inspiratorio.

Actualmente muchos respiradores además permiten **sincronizar** con los esfuerzos inspiratorios del paciente los ciclos del respirador, lo que se conoce como **IMV sincronizada (IMVs)**.



Ventilación mandatoria intermitente sincronizada

Este tipo de ventilación **asegura** una **ventilación minuto mínima** al paciente si su *f* y su *V<sub>t</sub>* disminuyen. El volumen minuto será **la suma** del prefijado en la máquina y el realizado por el paciente.

Las **indicaciones** serían VM en pacientes que no precisen hiperventilación (TCE) o sedación, por todas las ventajas antes mencionadas.

Las **contraindicaciones** serían pacientes con fallo ventricular izquierdo (puede precipitar el EAP), en bajo gasto cardíaco (excesivo consumo de O<sub>2</sub> por el incremento del trabajo respiratorio que conlleva) y en pacientes con crisis asmática y broncoespasmo severo. (↑mas la Presión intratorácica).

Las **ventajas** de este tipo de ventilación serán:

- 1) **Disminución** de las necesidades de **sedación**. Al permitir respirar espontáneamente a los pacientes, éstos “luchan” menos contra la máquina, es decir, están menos **desadaptados**, lo que permite:
- 2) Una **disminución de las presiones intratorácicas**, con los inconvenientes ya mencionados que conllevan.
- 3) **Acortamiento del destete (weaning)**, en teoría, la menor sedación junto con el mantenimiento de respiraciones espontáneas, debe permitir el incremento progresivo del esfuerzo inspiratorio del paciente hasta poder desconectarlo. Sin embargo, existen estudios en los que esto no se ha

demostrado, encontrando incluso prolongaciones del mismo. Sin embargo es una técnica ampliamente utilizada, con buenos resultados en la mayoría de los pacientes.

4) Se **evita la alcalosis respiratoria**. Al permitir al paciente una autorregulación del CO<sub>2</sub>, es poco probable que se produzca si el volumen minuto prefijado es el correcto.

5) Previene la **atrofia muscular** en los pacientes que precisan VM prolongada, ya que no se impide el trabajo de los músculos respiratorios.

6) Permite la **utilización simultánea de PEEP**, disminuyendo el riesgo de barotrauma y las alteraciones hemodinámicas secundarias, como resultado de unas presiones intratorácicas menores.

Los **inconvenientes** principales serán:

- 1) Puede producir **incremento del trabajo respiratorio**, sobre todo en pacientes con edema pulmonar o shock, en los que no estaría indicado, ya que este incremento producirá **aumento del consumo de O<sub>2</sub>**, y a la larga fracaso de la técnica.
- 2) Ya se ha mencionado que también, en determinados pacientes, puede **prolongar el tiempo de desconexión**, así como producir **hipoventilación**, si no está correctamente ajustado un volumen minuto mínimo.

## 3.- VENTILACION MANDATORIA MINUTO (MMV)

Esta técnica asegura un volumen minuto **constante**, de manera que se realizará un ciclo respiratorio si el paciente **NO** realiza el volumen minuto mínimo prefijado. Sin embargo **no asegura** una ventilación alveolar minuto. Actualmente no se aconseja

## 4.- METODOS DE ASISTENCIA RESPIRATORIA

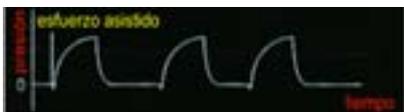
Son técnicas de soporte respiratorio orientadas a facilitar la desconexión del respirador, tendentes a disminuir el esfuerzo inspiratorio y trabajo respiratorio al iniciar ciclos espontáneos

el paciente. Pueden asociarse todas conjuntamente, si bien no todos los respiradores presentan todas las opciones,

### A.- AYUDA INSPIRATORIA O SOPORTE DE PRESION (SP)

Supone mantener una presión constante prefijada en la vía aérea mientras el paciente realiza la inspiración. Esta ayuda se realiza en los ciclos espontáneos del paciente. El respirador aporta el volumen corriente en cada esfuerzo inspiratorio del paciente con una presión positiva. Equivale a un respirador de presión: insufla aire hasta llegar a una presión determinada. Ello implica que el volumen entregado estará en relación a la presión prefijada.

Conforme el paciente se incorpora a la respiración, debe reducirse progresivamente la presión de soporte, para que participe cada vez más incrementado su frecuencia respiratoria y su volumen minuto hasta que pueda desconectarse definitivamente.



Presión de soporte

Como **ventajas**: evita la aparición de fatiga muscular respiratoria y agotamiento.

**Indicaciones**: Es una buena técnica para **iniciar la desconexión** en pacientes sobre todo EPOC, cuyo esfuerzo inspiratorio es pequeño y les impide obtener un buen Vt. Sobre todo tras largos periodos de ventilación mecánica, en los que estos pacientes presentan atrofia de la musculatura respiratoria. Suele añadirse a la IMVs utilizada.

### B.- FLUJO CONTINUO (FC)

Administra flujo predeterminado al circuito “antes” del inicio de la inspiración, de manera que cuando el paciente inicia la inspiración obtiene inmediatamente el gas, con lo que disminuye su esfuerzo inspiratorio. Debe programarse el “flujo básico”, que será la frecuencia de flujo que se administrará al circuito durante la

fase espiratoria y que será entregado al ser activado por la “sensibilidad de flujo”, que es la frecuencia de flujo inspirada por el paciente y que desencadenará el ciclo respiratorio. La sensibilidad de flujo debe ser la mitad del flujo básico oscila entre (3-15 lpm), en tanto que el flujo básico varía entre (5-20 lpm).

**Las respiraciones iniciadas por el paciente son “activadas” por el flujo, y luego “sostenidas” por la presión de soporte.**

### C.- PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LA VÍA AÉREA (C.P.A.P.)

La **ventaja** fundamental es el incremento de la C.R.F.

- Mejora la relación V/P.
- Disminuye la aparición de atelectasias.

Las **desventajas** son similares a las de la P.E.E.P.:

- ↑ Gasto cardíaco.
- ↓ Presiones intratorácicas.

Estos **tres métodos pueden prefijarse juntos**, además de la IMVs por ejemplo, durante el período de desconexión, mejorando el esfuerzo inspiratorio del paciente y disminuyendo el trabajo respiratorio.

### D.- VENTILACION A DOS NIVELES DE PEEP (BIPAP)

Gracias a variaciones predeterminadas del flujo sobre las válvulas inspiratoria y espiratoria, la Paw se mantiene regulada a dos niveles, con duraciones distintas, de manera que la primera caída de presión realiza una parte de la ventilación alveolar, siendo esta etapa la asistencia, en tanto que el resto de gradiente lo realiza el paciente hasta completar el ciclo completo.

Estos **cuatro métodos pueden prefijarse juntos**, además de la IMVs por ejemplo, durante el período de desconexión, mejorando el esfuerzo inspiratorio del paciente y disminuyendo el trabajo respiratorio.

## 7. COMPLICACIONES DE LA VM

La frecuencia y el tipo de complicaciones es muy variable y heterogénea

según las series. Sin embargo está aceptado una frecuencia entre el 30 % y el 50 %.

1.- Durante la VM Las principales causas son:

a.- La **obstrucción del tubo**: secundaria a acodamientos, herniación del neumotaponamiento y sobre todo los taponos mucosos. De aquí la importancia de la humidificación durante la VM.

b.- La **autoextubación**: bien por poca sedación o en el momento de la desconexión inicial.

c.- **Intubación selectiva de un bronquio principal**, generalmente el derecho, también debido a movimientos de la cabeza del paciente.

d.- **Lesiones traumáticas** en comisura o nariz por roce, o/y en tráquea por las aspiraciones.

e.- **Edema de cuerdas vocales y glotis**.

2.- Ligadas a la VM:

a.- **Técnicas del aparato**: por **chequeo** insuficiente antes de la conexión. Debe realizarse **siempre de manera obligada** antes de la conexión tanto el funcionamiento de los distintos parámetros como los sistemas de alarmas.

b.- **Atelectasias**: Su incidencia es variable. Los factores que las favorecen son: la distribución irregular del aire, que condiciona áreas con menor compliancia; las secreciones bronquiales, si no son humidificadas y aspiradas con la frecuencia necesaria. Su **prevención** radica pues, en humidificación correcta, aspiración frecuente y atraumática, cambios posturales, aplicación de suspiros, pausa inspiratoria e incluso PEEP.

c.- **Barotraumas**: Es una de las complicaciones más graves y que se acompaña de una mortalidad mayor. Comporta importantes alteraciones hemodinámicas y gasométricas. El diagnóstico debe ser precoz y el tratamiento inmediato. Puede aparecer: neumotórax -que puede ser hipertensivo-, neumomediastino, enfisema subcutáneo e incluso neumoperitoneo.

Puede quedar como secuela fístula bronco.pleural. Como factores favorecedores están: neumonía necrotizante, intubación accidental selectiva de BPD, EPOC reagudizada, asma

bronquial, enfisema bulloso, broncoaspiración.

d.- **Volotrauma:** Es un edema lesional provocado por el aumento de volumen teleinspiratorio. Se presenta en fases avanzadas del síndrome de distress respiratorio, cuando aparece densificación importante del parénquima pulmonar (hepatización pulmonar), en la que el volumen que se considera adecuado para ventilar el parénquima es superior a la proporción del mismo efectivo para la ventilación. Esta hiperinsuflación será la responsable del edema de las zonas menos afectadas.

Debe sospecharse ante deterioro radiológico no predecible por la evolución propia del distress.

e.- **Sobreinfecciones:** La intubación endotraqueal suprime los mecanis-

mos de defensa de la mucosa nasal y faríngea, e inhibe el reflejo de la tos favoreciendo el acúmulo de secreciones, lo que facilita la colonización inicial y posterior sobreinfección.

f.- **Toxicidad del O<sub>2</sub>:** Estudios experimentales han demostrado alteraciones morfológicas tras exposiciones prolongadas de O<sub>2</sub>. Los estudios realizados en humanos, la mayoría retrospectivos no han demostrado una correlación entre el tiempo de exposición y las lesiones necróticas halladas.

Los responsables serían los radicales libres de O<sub>2</sub> producidos en las células expuestas. No existe evidencia de toxicidad si la Fi O<sub>2</sub> es < 50 % y/o el tiempo de exposición es < a 12 horas. Se intentará evitar sus efectos intro-

duciendo siempre que se pueda PEEP para poder disminuir la Fi O<sub>2</sub> a niveles lo más bajos posible.

3.- Durante la extubación:

a.- **Hipoventilación**, secundaria a una precipitación de la extubación o a un nuevo deterioro del paciente.

b.- **Broncoplejia.** Puede deberse a un cierre insuficiente de la glotis durante las primeras horas de la extubación que impide la eficacia de la tos. También puede observarse en pacientes neurológicos, como secuela.

c.- **Secuelas a nivel traqueal:** fístulas traqueo.esofágicas, por el efecto pernicioso de manguito de neumotaponamiento muy hinchado + SNG.; granulomas y estenosis traqueales secundarios a procesos inflamatorios de la mucosa.

## BIBLIOGRAFÍA

- SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. (1.997): “*Enfermería Medicoquirúrgica de Brunner y Suddarth*” (8ª edición). Editorial McGraw-Hill Interamericana. México.
- URDEN LOUGH, Staacy. “*Cuidados intensivos de Enfermería*”. (2ª edición). Paradigma; 1.998, pp 245\_248
- SEMIUC (1.997); “*Iniciación a la ventilación mecánica puntos claves*”. Editorial EDIKA MED.
- TINTINALLI, J.E.; KROME, R.L. y RUIZ, E. (1.993); “*Medicina de Urgencias. American College of Emergency Physicians*” (3ª edición). Editorial McGraw-Hill Interamericana. México.
- GUYTON, A.C. y HALL, J.E. (1.996); “*Tratado de Fisiología Médica*” (9ª edición). Editorial McGraw-Hill Interamericana. Madrid.
- HIGUERAS HUESO, P. “*Cuidados del paciente sometido a ventilación mecánica*”. II Título de experto en Enfermería de urgencias y emergencias. Modulo IX Bloque IX. Tema 44. 2.001.
- GRIF ALSPACH, JOAN; RN; MSN; EdA; FAN. “*Cuidados intensivos de Enfermería en el adulto*”. (5ª edición). McGraw-Hill Interamericana; 2.000; pp 53-72, 85-86.
- JONSON, M.; MAAS, M.; MORREAD, S.: “*Clasificación de los resultados de Enfermería (CRE)*”. (2ª edición). Madrid. Harcourt-Mosby; 2.000.
- IGLESIAS LEPINE, ML et al.: “*Efectividad de la ventilación no invasiva modalidad BIPAP*”. Emergencias 2001; 13:16-30.
- McCLOSKEY, J.C.; BULECHEK, G.M.: “*Clasificación de intervenciones de Enfermería (CIE)*” (3ª edición). Madrid. Harcourt-Mosby. 2.001.
- PROTOCOLOS DE CUIDADOS A PACIENTES SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA DEL H.U. VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA).

<http://www.bioingenieria.atfreeweb.com>

[http://www.msds.es/publicaciones/manual12/oct\\_17.html](http://www.msds.es/publicaciones/manual12/oct_17.html)

<http://www.teknotech.com.ar/indexpro.htm>

<http://www.uninet.edu/tratado/cD202i.html>

<http://www.geocities.com/simolex59/insuficienciarespiratoria.html>

<http://www.arrakis.es/santgarc/vppni.htm>

# Violencia de Género. Proceso de atención enfermería

- David Carmona Heredia<sup>1</sup>
- Jesús S. Rivas Doblado<sup>2</sup>
- Fco. Javier Arjona Barcía<sup>3</sup>
- Fco. Manuel Mejías Montaña<sup>4</sup>

<sup>1</sup> D.E. ATENCIÓN PRIMARIA SAN JUAN DE AZNALFARACHE. S.A.S.

<sup>2</sup> D.E. SERVICIO DE FARMACIA H.U. VIRGEN DEL ROCÍO SEVILLA. S.A.S.

<sup>3</sup> D.E. HOSP. VIRGEN DE VALME.S.A.S.

<sup>4</sup> D.E. ATENCIÓN PRIMARIA AYTO. DE SEVILLA

## RESUMEN:

**Hablar** de maltrato a la mujer hoy en día es un tema duro, peliagudo, de relevancia social, pero sobretodo de sensibilidad humana. Sin lugar a dudas el maltrato es sólo la punta del iceberg, debajo de la reluciente e impactante repercusión social se esconde lo realmente importante para aquel que sepa ver mas allá de los hechos y del morbo que desgraciadamente produce. La violencia de género es el síntoma de una sociedad enferma, con unas creencias y valores todavía arcaicos, muy lejanos de alcanzar los derechos humanos fundamentales.

La desigualdad entre el hombre y la mujer, la creencia de posesión del sexo masculino sobre el femenino, historia de abuso en la infancia, dependencias, autoestimas empobrecidas... se ocultan detrás de ese grito o bofetada en plena calle, ó quizás en un espacio más familiar.

La Víctima es una persona que, individual o colectivamente, han sufrido daños, incluidos lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente.

Las consecuencias a nivel físico, psicológico o social pueden ser graves, gravísimas o irreversibles, llegando incluso hasta la pérdida de la vida.

Es la enfermería un pilar fundamental en la ayuda, asistencia y apoyo físico y emocional a estas personas. Es importante entonces la aplicación de diagnósticos de enfermería pertinentes, a fin de mejorar la calidad de vida de las personas que han padecido esta lacra.

**PALABRAS CLAVES:** *Violencia de género. Plan de actuación de enfermería. Víctima. Maltrato. Diagnóstico de Enfermería.*

## SUMMARY:

To speak of I today mistreat to the woman agretions is hard, arduous subject, of social relevance, but coverall of human sensitivity.

Without doubt the woman agretion´s the end of iceberg, underneath the brilliant and impressive social hides the really important thing for which it knows to see more than the facts and of morbo that unfortunately it produces.

The violence to woman is a product of an ill society, with older beliefs and values, very distant to reach the fundamental human rights.

## IMÁGENES

*Todas las imágenes contenidas en el presente trabajo son ficción, contando con la autorización expresa para su publicación de todas las personas que figuran en las mismas.*

The inequality between the man and the woman, the belief of authority masculine sex on the feminine one, impoverished history of abuse in the childhood, dependencies, self-esteem... hides behind that shout or slap in the middle of the street, or into the home.

The victim is a person that, individual or collectively, have suffered gives, including mental injuries, físicos or, emotional suffering, lose the support of economic or substantial reduction of its fundamental rights, as a result of actions or omissions that violate law.

The consequences at físico level, psicologic or social can be serious, are burden or irreversible, arriving even until the die. The nursing is a fundamental pound in the aid, attendance and emotional support físico to these people. The nursing diagnostic is important then, in order to improve the quality of life of the people who have suffered this damages.

## INTRODUCCIÓN

Los malos tratos a personas, son hoy por hoy, un desgraciado, pero muy habitual problema contra el cual se ha de enfrentar la “sociedad moderna”. Estos malos tratos, afectan principalmente a las mujeres, aunque ningún individuo independientemente de su edad o sexo, se encuentra libre de padecerlos en algún momento de su vida.

Cada vez es mayor la incidencia de los malos tratos, por lo que hemos considerado de gran importancia el establecimiento de unos criterios unificados de actuación, conjuntamente con otras disciplinas (graduados sociales, psicólogos, etc...), con la finalidad de mejorar las actividades encaminadas a una mejor labor de los profesionales y de la respuesta que se dé a esta problemática.

La violencia doméstica es un problema generalizado que afecta a una de cada cinco europeas. Los expertos calculan que sólo se denuncia un 10% de estas agresiones.

Ante la agresión la mujer suele emitir respuestas agresivas y se encuentran en una actitud defensiva constante, porque percibe el medio externo muy hostil y peligroso. Sus agresiones generalmente son abiertas y de tipo verbal, aunque tampoco son menos frecuentes las agresiones físicas, pues siempre se siente en peligro y pierde el control. Esa actitud de rechazo hacia el medio que les rodea, hacia los profesionales que intentamos ayudarles, es una de las barreras a romper. Una vez que hemos conseguido establecer “contacto” con la persona agredida, esta presentará inicialmente una situación de dependencia. Por lo que será necesario

intentar que estas personas vuelvan a tener relaciones normales con su entorno.



### *Los malos tratos físicos afectan más a los ambientes marginales de la sociedad*

Es un derecho legislado y reconocido, que las víctimas de malos tratos, deben tener acceso a un tratamiento asistencial, cuando por efectos del delito, se encuentre afectada psíquica o moralmente.

Lo ideal es contar un Equipo Técnico Especializado, conformado por Psicólogos, Psiquiatras, Trabajadores Sociales, Enfermera de zona, es necesario aunarlos en un mismo fin, para que se de asistencia y contención a la víctima, para su posterior derivación a otras instituciones en caso de necesitar tratamiento.

En el 30 por ciento de las familias hay algún tipo de violencia. Pero la que más ha crecido es la que se genera por efecto social.

La clave para eliminar la violencia de género reside en la participación de múltiples sectores y comunidades enteras. Cuando se aborda la violencia de género desde todos los ángulos, la posibilidad de la prevención se hace

una realidad, se crean redes sociales para asegurar que las víctimas de violencia consigan la atención y la protec-

ción que necesitan, y que menos mujeres caigan en sus grietas.

Las respuestas sociales a la violencia de género recaen bajo varias categorías: servicios de atención de salud, asistencia para las víctimas, programas de intervención con agresores, campañas de sensibilización e información en los medios de comunicación, educación, respuestas legales e intervenciones comunitarias. Es por ello, la enfermería un pilar fundamental en la ayuda, asistencia y apoyo físico y emocional a estas personas. Es importante entonces la aplicación de diagnósticos de enfermería pertinentes a fin de mejorar la calidad de vida de las personas que han padecido esta lacra.

## OBJETIVOS:

- Unificar criterios de cuidados.
- Desarrollo de un plan de actuación de enfermería y aplicar este a la problemática objeto de este estudio.
- Fomentar el desarrollo de los

diagnósticos de enfermería y la aplicación de estos a las labores habituales de los profesionales.

- Aumentar la calidad de vida de los ciudadanos.
- Intentar que la población en general coopere en la erradicación de los malos tratos.

## PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Las personas afectadas por malos tratos presentan unas características comunes algunas de estas son:

- Muy baja autoestima
- Indiferencia afectiva
- Aislamiento social
- Adjudicarse la culpa de las agresiones
- Frecuentemente no responden a límites ni pautas sociales
- Presentan marcadas inhibiciones en distintas áreas
- Tienen actitudes autodestructivas
- Bajo rendimiento intelectual
- Algunas veces emplean el mecanismo de identificación con el agresor
- Pueden llegar al suicidio o a la prostitución
- Personalidades psicóticas, perversas o delincuentes.

Los diagnósticos de enfermería están basados en el modelo de necesidades de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), y van enfocados a tratar estas características, derivadas de los malos tratos.



Malos tratos familiares

- 1.- **RIESGO DE LESIÓN relacionado con (r/c)** amenazas de agresiones por parte de su pareja o ex pareja.

### Crterios de resultado

- a) Se demostrará habilidad en la instauración de medidas preventivas.
- b) Se expresará deseo de prevenir el riesgo de lesiones.
- c) La persona no presentará lesiones de ningún tipo.

### Intervenciones

#### Necesidades de la vida diaria:

- Establecer conjuntamente los cambios a realizar en el entorno doméstico y tomar medidas de seguridad; si es necesario abandonar la vivienda.
- Determinar la necesidad de contactar con el profesional adecuado: trabajadora social, cuerpo de policía, etc.

#### Educación sanitaria:

- Valorar la conveniencia de explicar las principales agresiones en la violencia de género, forma de prevenir las y actuación ante ellas.

#### Medio ambiente terapéutico:

- Proporcionar el número de teléfono de algún familiar cercano de confianza o el número de la policía, y que se tenga al lado del teléfono.

- 2.- **DOLOR r/c** maltrato físico **manifestado por (m/p)** hematomas, heridas, fracturas, etc.

### Crterios de resultado

- a) Se identificará la causa del dolor y los factores concurrentes y/o agravantes de éste.
- b) Se demostrará competencia en la aplicación de técnicas no farmacológicas para el control del dolor.
- c) Se expresará deseo de participar en el plan de cuidados.
- d) La persona expresará la disminución o desaparición del dolor.

### Intervenciones

#### Necesidades de la vida diaria:

- Determinar la respuesta a la medicación; mantener siempre un enfoque preventivo: administrar analgesia antes de que el dolor aparezca o se haga intenso.
- Diseñar conjuntamente estrategias para minimizar o eliminar las interferencias del dolor en la vida diaria; estimularla a que lleve una vida lo más normal posible.
- Emplear variedad de medidas, además de la medicación, para combatir el dolor y mejorar la respuesta ante éste: técnicas de relajación, distracción, visualización, aplicación de frío y/o calor, estimulación cutánea, etc.

#### Educación sanitaria:

- \* Valorar la conveniencia de explicar/demostrar:
  - Diferencia entre los analgésicos narcóticos y no narcóticos.
  - Diferencia entre los conceptos de tolerancia, dependencia física y adicción.
  - Uso correcto de los analgésicos.
  - Signos y síntomas de los efectos secundarios de los narcóticos y forma de prevenirlos/paliarlos.
  - Técnicas de relajación, meditación, etc.

#### Medio ambiente terapéutico:

- No emplear placebos, su uso indica que no se cree en la existencia del dolor.
- Permitir la expresión del dolor: explicar que es normal tener dolor en esa situación y que es apropiado expresarlo.
- Respetar el silencio y los deseos de soledad.



*Triste resultado de los malos tratos*

- Ofrecer la posibilidad de usar medidas no farmacológicas, pero sin imponerlas.

3.- **RESPUESTA POSTRAUMÁTICA** r/c situación de maltrato físico y/o psicológico m/p sueños o pesadillas repetitivas, verbalización de culpa por dicha situación, etc.

*Criterios de resultado*

- Se identificarán los efectos generados por la situación de maltrato y los recursos de que dispone.
- Se aplicarán las técnicas de relajación y de control de estrés y/o de canalización de la energía emocional.
- La persona se comprometerá a compartir sus sentimientos con las personas de su confianza.
- La persona experimentará una disminución/desaparición de los síntomas (pesadillas, sentimiento de culpa, etc.).

**Intervenciones**

**Necesidades de la vida diaria:**

- Colaborar en la identificación de aquellas circunstancias en las que experimenta más agudamente los síntomas, así como los mecanismos que utiliza para afrontarlas.
- Ayudar a hacer una valoración realista de la situación, determinando el nivel de incapacidad para las actividades de la vida diaria y las interferencias en la vida familiar, social y laboral.

- Determinar los recursos personales, familiares y sociales de que dispone para afrontar la situación.
- Decidir conjuntamente los medios apropiados para canalizar la energía emocional y controlar el estrés: actividades recreativas, hablar de sus emociones y preocupaciones, etc.
- Fomentar la toma de decisiones respecto a su vida, empezando por aquellas situaciones que le resulten menos amenazadoras.
- Proporcionar a la familia información y asesoramiento para comprender las necesidades de la persona y actuar como sistema de apoyo.
- Prestar especial atención a posibles conductas de autolesión y alertar a la familia de la posibilidad de que ocurran.
- Consultar o aconsejar la consulta con un profesional de salud mental (psiquiatra o psicólogo).
- Evaluar periódicamente la evolución de la situación y modificar las estrategias utilizadas de acuerdo con los resultados.

**Educación sanitaria:**

- \* Valorar la conveniencia de explicar/demostrar:
  - Técnicas de relajación y de control de estrés.
  - Técnicas de canalización de la energía emocional.
  - Naturaleza y alcance de las secuelas físicas y/o psíquicas.

**Medio ambiente terapéutico:**

- Crear un ambiente de aceptación escuchando su relato sin demostraciones de rechazo o conmoción; no emitir juicios de valor ni opiniones personales.
- Transmitir interés por su problema; mantener una relación de adulto a adulto, evitando el paternalismo y la sobreprotección; según sus necesidades, proporcionar información fidedigna, objetiva y en términos comprensibles.
- Estimular la expresión de sentimientos y pensamientos, remarcar que todos son aceptables mientras no generen conductas lesivas para sí mismo o para otros.
- Facilitar la comunicación con las personas significativas.
- Permitir y fomentar que las personas significativas expresen sus sentimientos y pensamientos; estimular su colaboración en el plan terapéutico.

4.- **TEMOR** r/c amenaza a su integridad física o psicológica y/o de sus seres queridos m/p verbalización de los sentimientos de pánico, alteraciones de la alimentación, reposo/sueño, relaciones laborales y sociales, etc.

*Criterios de resultado*

- Se verbalizará el origen del temor e identificará los recursos con que cuenta para afrontarlo.
- Cuando aparezca el temor se pon-

- drá en práctica las técnicas de relajación y los ejercicios de respiración profunda.
- c) Se expresará deseo de participar activamente en el plan de cuidados.
- d) La persona mostrará una disminución de la respuesta física, emocional, intelectual, espiritual y social al temor.

- Formas de interrumpir la progresión del temor: técnicas de relajación, ejercicios de respiración profunda, meditación, etc.
- Método de solución de problemas: incluiríamos acudir a servicios sociales, asociaciones de mujeres maltratadas, si es necesario agentes del orden o judiciales.

#### *Criterios de resultado*

- a) Se reconocerá la existencia e importancia de las manifestaciones objetivas y subjetivas de la situación de maltrato.
- b) Se desarrollará habilidad en la realización de técnicas de relajación.
- c) Se expresará el deseo de acudir al profesional adecuado.
- d) La víctima admitirá la existencia del problema.



*La pericia del profesional sanitario es fundamental para detectar los indicios de malos tratos*

### **Intervenciones**

#### **Necesidades de la vida diaria:**

- Explorar la percepción que la persona tiene de la amenaza a su integridad física o auto concepto.
- Ayudar a explicitar el temor claramente y el por qué de éste.
- Discutir la realidad de la situación e identificar aquellos aspectos que pueden ser cambiados y los que no.
- Determinar conjuntamente los recursos personales, familiares y sociales con que cuenta para afrontar la situación de maltrato y la mejor forma de utilizarlos.
- En las situaciones de temor agudo, permanecer con la persona y mantener el contacto visual, auditivo o físico, si es necesario.

#### **Educación sanitaria:**

- \* Valorar la conveniencia de explicar/demostrar:
- Información real y exacta sobre la situación y lo que cabe esperar.

#### **Medio ambiente terapéutico:**

- Crear un ambiente seguro que permita y favorezca la libre expresión de sentimientos, manteniendo en todo momento una actitud abierta e imparcial, sin emitir opiniones personales ni juicios de valor.
- Permitir que la familia exprese sus sentimientos respecto a la situación y sus interferencias en la dinámica familiar. Implicarlos en el plan de cuidados de acuerdo con sus habilidades y deseos y los de la víctima.

5.- **NEGACIÓN INEFICAZ** r/c intento de ignorar la situación de maltrato m/p comentarios de rechazo al hablar del problema, justificación de los malos tratos, mentir sobre el origen de sus lesiones, etc.

### **Intervenciones**

#### **Necesidades de la vida diaria:**

- Abordar la situación de forma directa y clara, discutiendo el alcance del problema y sus consecuencias ante la negación.
- Diseñar estrategias para reducir o controlar las repercusiones de la situación sobre su vida basándose en los recursos identificados.
- Proporcionar información sobre los profesionales, centros o asociaciones adecuados a su situación personal y familiar.

#### **Educación sanitaria:**

- Valorar la conveniencia de explicar/demostrar estrategias para afrontar la situación de forma más adaptada: habilidades interpersonales, método de solución de problemas, ejercicios de relajación, etc.

#### **Medio ambiente terapéutico:**

- Mantener en todo momento una actitud imparcial, evitando comentarios o actitudes que impliquen un juicio de valor.
- Favorecer y estimular la expresión de los temores y preocupaciones, ya sean causados por la situación o por sus implicaciones; tranquilizar a la persona respecto a la normalidad de estos sentimientos.
- Brindar refuerzos positivos para los mecanismos de afrontamiento adaptado identificados.
- Al sugerir estrategias para afrontar la situación tener presente que debe ser la persona quien determine cuál o cuáles pueden ser las más adecuadas para su estilo de vida.

- Procurar incluir a la familia y/o personas allegadas en el plan de cuidados, teniendo en cuenta sus deseos y los de la persona.

**6.- BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL** r/c situación crítica familiar m/p expresiones de culpa, vergüenza, inferioridad, incapacidad, etc.

*Criterios de resultado*

- a) Se conseguirá una valoración de sus cualidades y limitaciones.
- b) Se demostrará competencia en la utilización de técnicas o dispositivos compensatorios.
- c) Se expresará una mayor confianza en su capacidad para afrontar la situación conflictiva actual.
- d) La persona recuperará una evaluación positiva de sí misma y de sus capacidades.

**Intervenciones**

**Necesidades de la vida diaria:**

- Ayudar a identificar:
  - \* Las causas que favorecen o provocan los sentimientos negativos.
  - \* Las situaciones, condiciones y sentimientos que en anteriores ocasiones le facilitaron la consecución de logros.
- Paulatina y progresivamente formular planes para el trabajo, el ocio y las relaciones sociales, con objetivos y actividades realistas de acuerdo con las capacidades y posibilidades de la persona.
- Elegir, siempre que sea posible, aquellas situaciones en que la toma de decisiones resulte más fácil y asequible.
- Planificar el establecimiento de nuevas relaciones sociales: encuentros con amigos, asistencia a clubes o asociaciones, etc.
- En caso necesario, aconsejar la consulta con un profesional de salud mental y/o la participación en grupos de autoayuda o en sesiones de psicoterapia.

**Educación sanitaria:**

Valorar la conveniencia de explicar/demostrar:

- Utilidad de los grupos de autoayuda.
- Utilidad de la psicoterapia (individual, de grupo o familiar).
- Técnicas de autoafirmación.

**Medio ambiente terapéutico:**

- Mantener una actitud imparcial, sin juzgar las elecciones o decisiones.
- Reforzar su valor personal, respetar la dirección elegida por la persona y alentarla en sus avances.
- Identificar y analizar los propios sentimientos ante la persona; comprender los suyos sin perder por ello objetividad.
- Ganar y mantener la confianza, respetando la confidencialidad, teniendo una actitud discreta y dando en todo momento respuestas sinceras a las preguntas.
- Considerar a la familia como grupo de apoyo, fomentando su participación activa en el plan terapéutico en la medida de sus posibilidades y deseos y los de la víctima.

**7.- ALTERACIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES** r/c situación de crisis familiar m/p disgregación de la unidad familiar e incapacidad para garantizar la seguridad a sus miembros.

*Criterios de resultado*

- a) Se identificarán los factores causales de la disfunción familiar y los recursos de que dispone para reducirlos o eliminarlos.
- b) La/s víctima/s expresarán su deseo de reducir o eliminar los factores causales de la disfunción familiar.
- c) La familia recuperará su patrón de funcionamiento habitual o lo más similar posible.

**Intervenciones**

**Necesidades de la vida diaria:**

- Ayudar a conocer el significado y repercusiones que tiene para cada miembro de la familia la situación de maltrato.
- Identificar conjuntamente con todos los miembros de la familia los recursos de que disponen como grupo para hacer frente a la situación.
- Determinar qué necesidades de la

familia no pueden ser cubiertas por sus miembros y los recursos de que dispone para darles apoyo: familiares más cercanos, amigos, vecinos, miembros de los servicios sociales, asociaciones contra la violencia familiar o de género, etc.

- Solicitar la colaboración del profesional o entidad adecuada para ayudar a solucionar el problema causante de la situación.
- Discutir la necesidad de terapia familiar.

**Educación sanitaria:**

- Valorar la conveniencia de explicar/demostrar los beneficios de la terapia familiar.

**Medio ambiente terapéutico:**

- Mantener una actitud de escucha activa y de imparcialidad; transmitir la comprensión de la situación y de su impacto sobre la estructura familiar sin emitir juicios de valor respecto a ella.
- Estimular en todo momento la autonomía de cada persona teniendo en cuenta su seguridad y sus capacidades.

**8.- DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL Y/O AISLAMIENTO SOCIAL** r/c trastorno del auto concepto y depresión m/p disminución en las relaciones sociales de la mujer tanto en el círculo familiar como en el externo.

*Criterios de resultado*

- a) Se identificarán las razones de la dificultad para iniciar o mantener un intercambio social satisfactorio.
- b) Se identificarán las razones del sentimiento de aislamiento.
- c) Se demostrará habilidad en la puesta en práctica de técnicas alternativas de comunicación y relación con otros.
- d) Se expresará deseo de mantener o aumentar la interrelación con otras personas.
- e) La persona conseguirá mantener relaciones sociales satisfactorias con su entorno tanto familiar como extrafamiliar.

## Intervenciones

### Necesidades de la vida diaria:

- aconsejar la asistencia a terapias de grupo.
- Identificar conjuntamente los factores causantes del deterioro de sus relaciones sociales.
- Planificar el aumento progresivo de los contactos sociales, ayudando a la persona a identificar soluciones alternativas: telefonar o escribir a ciertas amistades, participar en actividades sociales de la comunidad o incluso el empleo de nuevas tecnologías como es el uso de "internet".
- Identificar grupos de la comunidad que puedan servir de apoyo y ayuda para volver a integrarse.

### Educación sanitaria:

- Valorar la conveniencia de explicar/demostrar los beneficios de la terapia de grupo.

### Medio ambiente terapéutico:

- Permanecer física y emocionalmente accesible, estableciendo una relación individualizada con la víctima del maltrato.

- Discutir la posibilidad de unirse a un grupo de voluntariado social de similares características a las suyas como medio para ayudar a otras que puedan estar pasando por igual situación. De esta forma también se aumentaría la cantidad y calidad de los contactos sociales.
- Establecer una retroalimentación positiva que favorezca la aparición de un sentimiento de seguridad.
- Permitir la libre expresión de sentimientos y temores respecto a su situación y a las repercusiones de ésta.

## CONCLUSIONES:

Con el presente trabajo pretendemos la unificación de criterios en cuanto a la actuación frente a los casos de malos tratos.

Aunque toda la sociedad rechaza la violencia de género, encontramos grandes dificultades a la hora de que los afectados de los malos tratos denuncien los hechos, por ello se debe en gran medida a la pericia de los profesionales sanitarios, la que

sea decisiva en cuanto a identificar correctamente los indicios de malos tratos físicos.

Pretendemos con el presente trabajo mejorar la capacidad de los profesionales sanitarios a la hora de identificar los casos de malos tratos.

Para todo esto se dan estos esbozos, que son solo el punto de partida para un trabajo conjunto, entre varias disciplinas, con la finalidad de evitar en la medida de lo posible, y ayudar lo máximo a todos los individuos víctimas de malos tratos.

## AGRADECIMIENTOS

Gracias a M.J.R.G. sin tus testimonios no habríamos podido comprender...

Gracias a los colaboradores que han participado en la figuración de las situaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Diagnósticos Enfermeros. Mosby-Doyma Libros, S.A. 1996.
- 2- Manual de Diagnósticos de Enfermería. L.J. Cardenito. 5ª Edición. Ed. McGraw-Hill-Interamericana de España. 1995.
- 3- Diario Puntal, Editorial Fundamento S.A, Agosto de 2003.
- 4- MARCHIORDI Hilda: Curso de Postgrado en Victimología, Diciembre de 2001.
- 5- BURIN Mabel: Género y Familia, Editorial Paidós, Enero de 2003.
- 6- Revista Rostros & Rastros: Violencia Familiar, Editorial Fundamento S.A, Agosto de 2003.
- 7- ANDALUCÍA. Plan de Actuación del Gobierno Andaluz para avanzar en la erradicación de la violencia contra las mujeres (1998-1999). Plan de actuación del Gobierno Andaluz para avanzar en la erradicación de la violencia contra las mujeres.
- 8- La atención socio sanitaria ante la violencia contra las mujeres. Madrid: Instituto de la Mujer, 2000. -125p.
- 9- ECHEBURUA, Enrique. Manual de violencia familiar/ por Enrique Echeburúa y Paz de Corral.- Madrid: Siglo XXI, 1998.- 213p.
- 10- España. Plan de acción contra la violencia doméstica (1998-2000). Plan de acción contra la violencia doméstica.- Madrid: Instituto de la Mujer, 1999.-
- 11- GARCÍA ÁLVAREZ, Pastora El delito de malos tratos en el ámbito familiar: (LO 14/1999, de 9 de junio): problemas fundamentales/ Pastora García Álvarez y Juana del Carpio Delgado.- Valencia: Tirant Lo Blanch, 2000.
- 12- JORNADAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO (1998, 1999. valencia, etc.) Jornadas: La violencia de género en la sociedad actual: Ponencias.- Valencia: Consellería de Benestar Social, Generalitat Valenciana, D.L. 2000.-231.
- 13- procedimiento DE coordinación para la Atención a las Mujeres Víctimas de Malos tratos y Agresiones Sexuales.- Sevilla, Málaga: Instituto Andaluz de la Mujer, D.L. 1998.
- 14- La VIOLENCIA sobre la mujer en el grupo familiar: tratamiento jurídico y psicosocial. LO 14/1999. Protección de las víctimas de malos tratos/ C. Abril González/ et al. Colex, ICSE, D.L. 1999.- 203 p.

# La utilización del geronte e ISIS en la metodología enfermera

■ Ana M<sup>a</sup> Rivera González de Eiris  
■ Nieves Oropesa Pazo

Diplomadas en Enfermería

## RESUMEN

La valoración en Gerontología es un proceso multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar el anciano, con el objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas así como la óptima utilización de recursos para afrontarlos.

Las fichas gráficas individuales de dependencia GERONTE e ISIS, además de realizar una buena valoración son útiles para reflejar la dependencia del mayor y la carga de cuidados que precisa. Efectuada la evaluación y conocida la situación de las diferentes áreas y en su resultado conjunto, podremos diseñar un plan individualizado de actuación preventiva, terapéutica o rehabilitadora, con el fin de lograr el mayor grado de valimiento o lo que es lo mismo la mejor calidad de vida del anciano

## PALABRAS CLAVES

- Gerontología
- Geronte
- Isis
- Fichas gráficas
- Dependencia

## INTRODUCCIÓN

La valoración en Gerontología, consiste en el “proceso estructurado de valoración global, con frecuencia multidisciplinario, en el que se detectan, describen y aclaran los múltiples problemas físicos, funcionales, psicológicos y socio ambientales” que puede presentar una persona mayor con problemas de dependencia. El fin de la valoración es poner en claro las dificultades que presenta una persona para el desenvolvimiento cotidiano de su vida, registrar los recursos de atención disponibles y poner en marcha un plan adecuado de atención y cuidados.

Los objetivos básicos de la valoración, son los siguientes:

- Mejorar la exactitud diagnóstica y la identificación de los problemas.
- Establecer unos objetivos y asegurar un plan de cuidados racional.
- Conocer la situación de la persona que permita predecir su evolución y observar cambios en el transcurso del tiempo.
- Asegurar una utilización apropiada de los servicios.
- Determinar un emplazamiento óptimo y evitar la institucionalización innecesaria.

Las fichas gráficas individuales “Geronte” e “Isis”, son utilizadas para evaluar el grado de dependencia que sufre la persona mayor y la carga de trabajo con el usuario del Servicio de Ayuda a Domicilio.

Estas gráficas, tal y como se expondrán en este artículo, pueden servirnos a los profesionales de la Enfermería para el mismo fin, obtener información veraz y completa sobre el grado de dependencia de nuestro paciente y la carga de trabajo que conlleva.

Estas gráficas, resultan de fácil manejo y pueden ser complementarias a la valoración inicial que el personal de enfermería realiza, cuando un paciente es ingresado en nuestro servicio, o bien cuando en el centro de atención primaria, nos es derivado un paciente por presentar problemas de salud. Son complementarias por tanto en la realización de diagnósticos de enfermería y a los objetivos marcados con el paciente.

## ¿QUÉ ES EL GERONTE?

El Geronte fue diseñado por Robert Leroux en 1991 con un grado notable de aceptación donde ha sido empleado.

Geronte sintetiza el conjunto de dificultades que hayan sido valoradas.

Aparecen gráficamente, desde los niveles de deterioro cognitivo, hasta las AVD (actividades de la vida diaria) que la persona hace sola, con ayuda, o no es capaz de realizar, pasando por las discapacidades de tipo sensorial o por las dificultades de integración social.

Tiene la ventaja de que es muy gráfico y facilita mucho la comprensión de los niveles de dependencia de cada persona. Por ello, es muy útil para el trabajo en equipo, en el que pueden intervenir y opinar con fluidez incluso profesionales que no conocen bien el caso, debido a la visualización inmediata que ofrece este instrumento.

Geronte, representa una figura humana con sombrero. En ella, se observan a simple vista los parámetros siguientes:

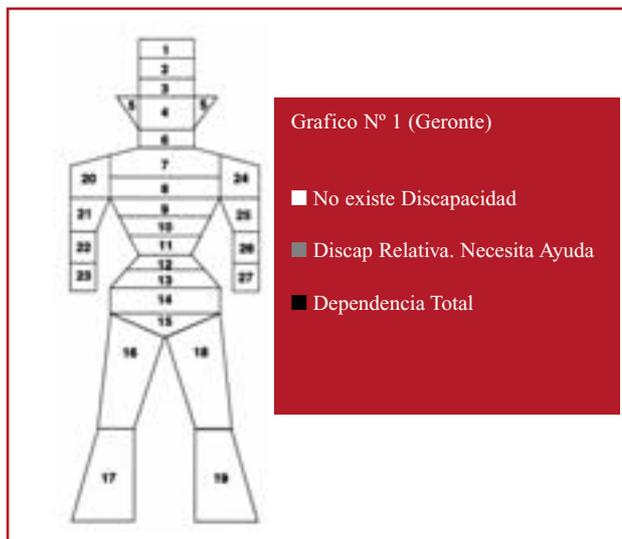
- sobre el sombrero, tres para capacidades mentales.
- sobre la cara, tres para las funciones sensoriales.
- sobre el cuerpo, nueve para las actividades corporales.
- sobre el brazo derecho, cuatro para las actividades domésticas.
- sobre el brazo izquierdo, cuatro para las actividades • sociales externas.
- sobre las piernas, cuatro para las actividades motrices.

La utilización habitual es que, cada una de las 27 casillas en que se divide Geronte debe aparecer en alguna de estas tres alternativas: en blanco, sombreada o con fondo negro. Cuando el fondo aparece blanco, quiere decir que no existe discapacidad en ese parámetro concreto; si la casilla aparece sombreada significa que la persona necesita ayuda o estimulación para la realización de las actividades relacionadas con la función que representa; por fin, si el fondo de la casilla se muestra negro, manifiesta que la persona presenta una dependencia total en esa función.

**Representación gráfica del geronte con los siguientes ítems:**

1. Coherencia.
2. Orientación T.E.
3. Integración social.
4. Vista.
5. Oído.
6. Habla.
7. Higiene (parte superior).
8. Higiene (parte inferior).
9. Vestirse (parte superior).
10. Vestirse (parte inferior).
11. Calzarse.
12. Alimentarse.
13. Tipo de alimentación.
14. Continencia urinaria.
15. Continencia fecal.
16. Manejar objetos usuales.
17. Preparación de alimentos.
18. Tareas domésticas.
19. Comunicarse.
20. Utilización de transportes.

21. Salir de compras
22. Hacer visitas.
23. Actividades socioculturales.
24. Validez global.
25. Desarrollo interior.
26. Ayudas para las AVD.
27. Desarrollo exterior.



*Notas Aclaratorias:*

1. Coherencia (actividad lógica y discursiva).
  - Blanco: coherente.
  - Sombreado: incoherencia parcial.
  - Negro: incoherente.
2. Orientación temporoespacial.
  - Blanco: no presenta problemas.
  - Sombreado: desorientación parcial o intermitente.
  - Negro: total desorientación en tiempo y espacio.
3. Integración social.
  - Blanco: buenas y fáciles relaciones sociales.
  - Sombreado: se integra con dificultades.
  - Negro: graves problemas de integración.
4. Vista.
  - Blanco: ningún problema de visión.
  - Sombreado: mala vista, aunque reconoce los objetos y se desenvuelve sola/o.
  - Negro: ceguera.
5. Oído.
  - Blanco: no presenta problemas de visión.
  - Sombreado: oye con dificultad.
  - Negro: sordera total.
6. Habla.
  - Blanco: habla normalmente.
  - Sombreado: se expresa con dificultad.
  - Negro: no puede hacerse comprender con la palabra.

7. Higiene parte superior.
  - Blanco: la realiza totalmente.
  - Sombreado: necesita ayuda o estímulo.
  - Negro: no puede realizarla en absoluto.
8. Higiene parte inferior.
  - Blanco: la realiza totalmente.
  - Sombreado: necesita ayuda o estímulo.
  - Negro: no puede realizarla en absoluto.
9. Vestirse (parte superior).
  - Blanco: decide qué ponerse y vestirse sin dificultad.
  - Sombreado: necesita ayuda.
  - Negro: dependencia total.
10. Vestirse (parte inferior).
  - Blanco: sin dificultad.
  - Sombreado: necesita ayuda.
  - Negro: dependencia total.
11. Calzarse y ponerse calcetines o medias.
  - Blanco: lo hace sin ayuda.
  - Sombreado: necesita ayuda.
  - Negro: dependencia total
12. Alimentarse.
  - Blanco: come correctamente sin ayuda.
  - Sombreado: necesita ayuda parcial.
  - Negro: dependencia total.
13. Tipo de alimentación.
  - Blanco: comida normal.
  - Sombreado: sólo ingiere purés o líquidos.
  - Negro: alimentación enteral.
14. Continencia urinaria.
  - Blanco: control total.
  - Sombreado: incontinencia intermitente.
  - Negro: incontinencia permanente.
15. Continencia fecal.
  - Blanco: control total.
  - Sombreado: incontinencia intermitente.
  - Negro: incontinencia permanente.
16. Manejo de objetos y aparatos usuales.
  - Blanco: manipulación correcta y total.
  - Sombreado: sólo maneja correctamente algunos.
  - Negro: no puede hacerlo.
17. Preparación de alimentos.
  - Blanco: independencia en todas sus partes.
  - Sombreado: podría hacerlo pero no lo hace por no haberlo efectuado nunca o cocina con vigilancia o ayuda.
  - Negro: no puede realizarlo.
18. Tareas domésticas.
  - Blanco: puede realizarlas todas y lo hace.
  - Sombreado: podría realizarlo pero no lo hace por no haberlas efectuado nunca o bien necesita supervisión.
  - Negro: no puede realizarlas.
19. Comunicarse.
  - Blanco: bastantes relaciones, cercanas y distantes, con quienes se comunica frecuentemente por teléfono o carta.
  - Sombreado: sólo se comunica con el entorno inmediato o cercano.
  - Negro: imposibilidad por dependencias graves de comunicación.
20. Utilización de transportes.
  - Blanco: los utiliza con normalidad.
  - Sombreado: necesita ir acompañado/a.
  - Negro: nunca lo utiliza.
21. Salir de compras.
  - Blanco: sale a comprar con total independencia.
  - Sombreado: sólo realiza una parte de las compras autónomamente.
  - Negro: nunca sale de compras.
22. Hacer visitas.
  - Blanco: visita a sus allegados con frecuencia y de manera espontánea.
  - Sombreado: no lo hace espontáneamente y lo hace acompañado.
  - Negro: no hace visitas nunca.
23. Actividades socioculturales.
  - Blanco: tiene aficiones y las practica.
  - Sombreado: necesita estímulo y compañía.
  - Negro: no realiza ninguna actividad.
24. Validez global.
  - Blanco: se desplaza y mueve sin dificultad aunque sea con bastón.
  - Sombreado: se mueve con dificultad y con ayuda.
  - Negro: dependencia total.
25. Desenvolvimiento en el interior de la casa.
  - Blanco: se desplaza por toda la casa.
  - Sombreado: va sólo del sillón a la cama.
  - Negro: persona encamada.
26. Ayudas para el desenvolvimiento.
  - Blanco: ninguna ayuda.
  - Sombreado: ayudas mecánicas.
  - Negro: además de las mecánicas, ayuda humana.
27. Desenvolvimiento en el exterior.
  - Blanco: se desplaza sin problemas por la ciudad.
  - Sombreado: sólo se desplaza por el entorno cercano.
  - Negro: no sale de casa.

## ¿QUÉ ES ISIS?

El mismo autor, explotando las posibilidades abiertas por Geronte, ha creado otro instrumento al que bautizó con el nombre de Isis, y que evalúa la carga de cuidados que requiere la atención en las dependencias evaluadas por Geronte.

La figura de Isis, recuerda a la diosa de la mitología egipcia, madre de Horus.

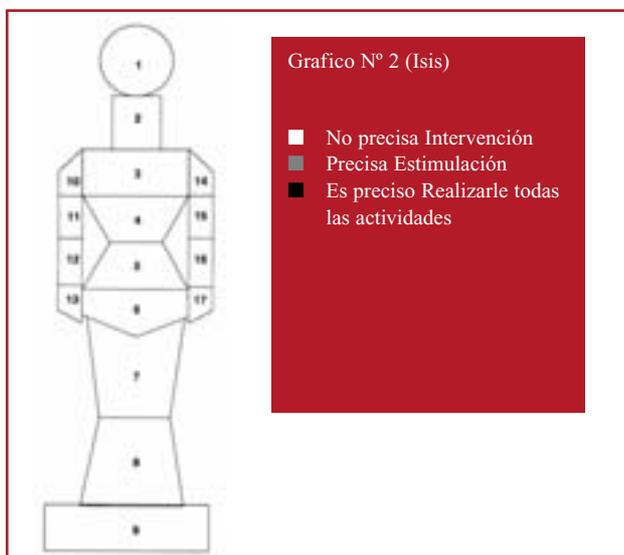
Se caracteriza por presentar sobre la luna que le sirve de corona, la necesidad de intervenir en actividades conexas a las relaciones afectivas. La cabeza indica si es preciso intervenir o no en presencia de problemas de comunicación por dificultades en los sentidos. El tronco refleja los cuidados personales relacionados con la higiene y la alimentación. Los miembros inferiores, las ayudas precisas en problemas motóricos, mientras que las diferentes partes en que se dividen a los miembros superiores reflejan las tareas domésticas u otras intervenciones sociales, como ayudas para realizar gestiones, reforzamiento de la seguridad, etc.

Como el Geronte, si el cuadro correspondiente aparece en blanco, significa que no es preciso intervenir. Las zonas sombreadas expresarán que es preciso estimular a la persona mayor para la realización de las actividades correspondientes.

Finalmente, cuando alguna de las divisiones aparece en negro indicará que es preciso realizar por la persona mayor la actividad de la que se trate.

### Ítems para los cuidados personales, movilidad y especiales.

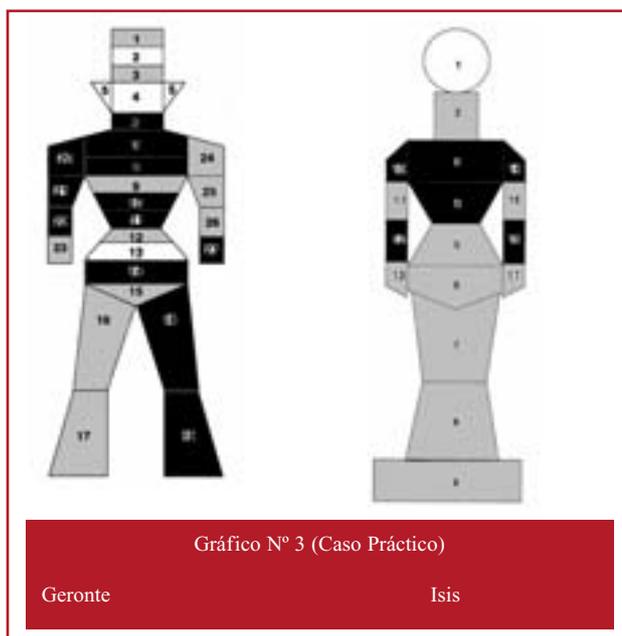
1. Estimulación para orientar espacial y temporalmente.



2. Ayudas para déficit sensoriales.
3. Higiene corporal.
4. Ayudas para vestirse y calzarse.
5. Dar de comer.
6. Higiene íntima
7. Movilizaciones a dependientes.
8. Ayudar a desplazarse.
9. Cuidados especiales.
10. Hacer las compras.
11. Preparación de alimentos, cocinar.
12. Tareas domésticas.
13. Reforzar la seguridad personal, vigilancia.
14. Acompañar a tomar transportes.
15. Ayudar a hacer las cuentas, manejar el dinero.
16. Realizar gestiones administrativas.
17. Estimulo y acompañamiento en actividades sociales.

## Caso práctico

Don Enrique Maldonado es una persona de 72 años, viudo sin hijos. Enrique vive en una residencia de personas mayores desde hace 3 años. Recientemente se ha visto afectado por un AVC. El caso es referido al equipo de salud debido a la necesidad de organizar su atención considerando las secuelas derivadas del mismo: Hemiplejía derecha con disartría, incontinencia urinaria (portador de sonda vesical permanente) y permanece en silla de ruedas.



## Conclusiones

La metodología enfermera o el Proceso de Atención en Enfermería (PAE), es un proceso importante y necesario de tener en cuenta a la hora de formular diagnósticos de enfermería, planificar cuidados y evaluar los resultados obtenidos. Indiscutiblemente, todo lo que pueda servirnos para mejorar este proceso irá en beneficio del paciente-usuario que atendemos y nos reportará mayor grado de satisfacción en la consecución de los objetivos marcados. Si a esto, le unimos la necesidad de que Enfermería no puede ni debe trabajar sola, sino en compañía de otros profesionales for-

mando un equipo multidisciplinar, este tipo de trabajos mejoraría sensiblemente la relación entre todos los miembros. Es por ello, que las fichas gráficas individuales de dependencia “Geronte” e “Isis”, que en principio eran utilizadas por trabajadores sociales, pueden resultar sumamente interesantes en nuestro trabajo cotidiano, complementando tal y como se ha comentado anteriormente a los diagnósticos de enfermería. Todos en alguna ocasión, nos hemos visto saturados a la hora de establecer estos diagnósticos, pues bien, estas fichas gráficas tratan de poner luz a las necesidades de nuestros pacientes y hacer que seamos capaces de realizar buenos diagnósticos y en consecuencia buenos y acertados planes de cuidados.

## Bibliografía

- Pérez del Molino J. Valoración Geriátrica: Conceptos generales. Ed. Masson.
- Rodríguez Rodríguez P. El apoyo informal a las personas mayores. Ed. Universidad Internacional “Antonio Machado”.
- Salgado A, González Montalvo J. Importancia de la valoración geriátrica. Ed. Masson.
- [www.cuidadoresdeancianos .es](http://www.cuidadoresdeancianos.es)

# Autismo: Introducción y aplicaciones prácticas para los cuidados de enfermería

- Enrique Pérez-Godoy Díaz<sup>1</sup>
- Inés M<sup>a</sup> del Barco de la Haza<sup>2</sup>
- Jesús García Rubio<sup>3</sup>
- Amparo Mena Hidalgo<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Diplomado en Enfermería. Área de Acción Social. Diputación de Sevilla.

<sup>2</sup>Diplomada en Enfermería. H. U. Virgen Macarena. Sevilla.

<sup>3</sup>Diplomado en Enfermería. H. U. Virgen Macarena. Sevilla.

<sup>4</sup>Diplomada en Enfermería. H. U. Virgen Macarena. Sevilla.

Padres de niños con autismo y miembros de la Asociación "AUTISMO SEVILLA"

## RESUMEN

**E**l autismo es un trastorno neurológico del desarrollo humano, de origen biológico aunque de etiología desconocida que afecta a 1 de cada 500 niños nacidos.

Este síndrome afecta a tres áreas que son la interacción social, la comunicación y el lenguaje y la imaginación y capacidad simbólica. La investigación sobre éstas ha hecho que se desarrollen teorías sobre el desarrollo humano, como es la capacidad de teoría de la mente, la cual se encuentra muy afectada en las personas autistas. Este desarrollo ha facilitado tanto el tratamiento de estas personas como la orientación hacia la capacitación, interacción con ellos e integración educativa, social y laboral.

Es bueno que la profesión enfermera tenga unos conocimientos básicos sobre este trastorno para prestar mejores cuidados. Entre ellos podemos reflejar la importancia del apoyo visual, respeto a sus ritmos, y la importancia de la persona vinculada que sirve de referente social. Con ello podremos prestar unos cuidados de calidad y evitar efectos yatrogénicos en el contexto sanitario.

## PALABRAS CLAVE

**Autismo, cuidados de enfermería, interacción social, integración**

## INTRODUCCIÓN

El autismo es un trastorno devastador del desarrollo humano que afecta a uno de cada 500 nacidos. El desconocimiento y la ausencia de investigación han hecho que históricamente se incluyera dentro de los trastornos psicóticos o el retraso mental.

Aunque todavía queda mucho por descubrir, en la actualidad se sabe algo más del síndrome lo cual facilita su diagnóstico precoz, un tratamiento

educativo adecuado y la mejor forma de relacionarnos con ellos. Esto redundará, a su vez, en mayores posibilidades de integración escolar, laboral y social y les permitirá ser (ya lo son en muchos casos) felices.

La persona autista como sujeto/objeto de los cuidados de enfermería requiere de unos conocimientos básicos sobre su trastorno, limitaciones, posibilidades y de la mejor forma de interactuar con ellos. Ese es el propósito de este artículo.

## Objetivos

- Introducir en la definición del síndrome y desarrollo de sus síntomas más comunes
- Introducir en algunos modelos teóricos para entender mejor a las personas autistas
- Desarrollar algunas pautas básicas de interacción con estas personas para conseguir su colaboración en los cuidados de enfermería que les prestemos.

## Contenidos

### Definición del Trastorno

El autismo se considera un síndrome de etiología desconocida, o al menos, poco clara que se manifiesta por la presencia de ciertas alteraciones de conducta que se engloban en lo que se conoce como la triada de Lorna Wing (1): Importantes alteraciones en el desarrollo de la interacción social, la comunicación y la imaginación.

Estos elementos aparecen dentro de los criterios de inclusión de las grandes clasificaciones diagnósticas (CIE-10 y DSM-IV) además de un criterio temporal: su aparición en el desarrollo del niño antes de los 3 años.

Además de estos grupos de síntomas nucleares, que desarrollaremos a continuación, pueden aparecer otros síntomas asociados con bastante frecuencia pero que no son definidores del trastorno: Deficiencia Mental (75%), hiperactividad en la infancia, hipoactividad en la adolescencia y edad adulta, autoagresividad, alteraciones del sueño, respuestas paradójicas a estímulos auditivos o epilepsia de aparición en la adolescencia (25%) entre otros.

El autismo, también conocido como autismo infantil o síndrome de Kanner es considerado un síndrome nuclear dentro de un grupo de trastornos denominado Trastornos del espectro autista (TEA.) nombre que convencionalmente utilizan los profesionales e investigadores en la actualidad. Este grupo incluye también otros trastornos como el síndrome de Rett, síndrome de Asperger, trastorno desintegrativo infantil y otros.

### 1.- Interacción social.

Las deficiencias en la interacción social se pueden manifestar con varios patrones de conducta (Lorna Wing):

- Patrón de conducta aislado. Es el más frecuente. El niño se comporta como si los demás no existieran. No acuden si se les llama. No res-



Chico con Autismo compartiendo fiesta de disfraces con hermano y primos

ponden. Miran “a través de ti” dirigiéndote ocasionalmente una mirada de soslayo

Utilizan al adulto, como si fuera un instrumento, para conseguir cosas, agarrándolo del brazo para que le alcance algo o le abra una puerta. Una vez conseguido su objetivo lo ignoran de nuevo.

El niño autista parece como si se aislara, aunque en realidad no es así: es una consecuencia de su incapacidad para entender lo que ocurre a su alrededor, y sobre todo a las personas, a quienes considera impredecibles.

- Patrón de conducta pasivo. Menos frecuente. Aceptan pero no inician la interacción social. Tienen un pobre contacto ocular y aunque comparten algo más con otros niños, nunca toman la iniciativa.
- Patrón de conducta “activo pero extraño”. Realizan aproximaciones pero de forma peculiar y unidireccional, con dificultades para escuchar y relacionándose acerca de intereses restringidos.
- Patrón de conducta hiperformal, pedante. Solo en los más capaces y con muy buen nivel de lenguaje. Son excesivamente formales y rígidos en su interacción. Estos patrones no son compartimentos estancos pudiendo pasar de uno a otro a lo largo del desarrollo del chico.

### 2.- Comunicación y Lenguaje

Todas las personas con autismo tienen problemas de comunicación, que se manifiestan principalmente a través de la expresión y comprensión del lenguaje.

Pueden presentar desde ausencia total de lenguaje hasta el uso de un lenguaje rico, aunque descontextualizado.

Lo más frecuente es la presencia de un lenguaje pobre, con frecuentes ecolalias (repetición de palabras o frases oídas) algunas veces retardadas y utilizadas de forma incorrecta como por ejemplo utilizar la pregunta ¿Quieres zumo? Para pedir un vaso de zumo.

También es característica la presencia de una entonación extraña que puede ser monótona o con inflexiones no adecuadas.

Una gran dificultad que presentan es la comprensión y el uso de la comunicación no verbal (a pesar de su gran memoria visual) la cual es, inconscientemente en las personas no autistas, mucho más comunicativa y consistente que la verbal. Esto les dificulta el uso de métodos alternativos de comunicación como pueden ser los gestos y las expresiones faciales.

### 3.- Deficiencias en la imaginación

Estos chicos tienen una gran dificultad para desarrollar juegos imitativos



*Aula específica de autismo integrada en centro educativo ordinario*

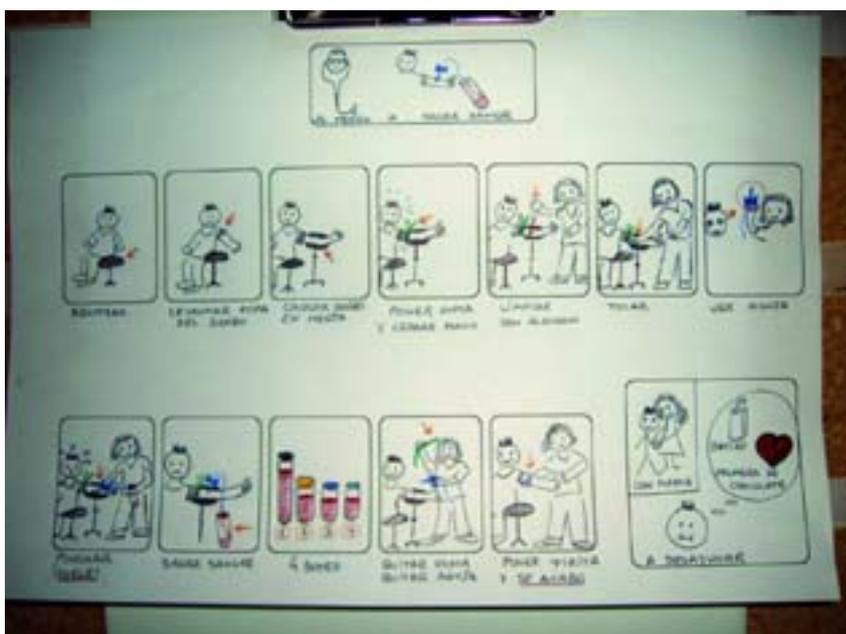
y actividades imaginativas como los demás niños. Según Rivière (2) tienen dificultad en la suspensión, (capacidad de hacer significantes y de atribuirles significado) lo cual también está relacionado con su afectación en el lenguaje.

Utilizan los juguetes de forma poco convencional y aquellos que parece que realizan algún juego simbólico, sin embargo, lo hacen siempre de la misma manera, de forma rutinaria.

A veces utilizan a otra persona, un

adulto generalmente, como instrumento, para que diga o haga siempre el mismo gesto o diga las mismas palabras.

De esta forma las actividades repetitivas y rutinas elaboradas se convierten en actividades que, por conocidas, les dan tranquilidad y les produce placer llegando en ocasiones a tal estado de excitación que se hace aconsejable que sean extinguidas.



*Ejemplo de apoyo visual para anticipar y favorecer el autocontrol en situaciones extraordinarias.*

#### 4.- Otros rasgos de conducta

Aunque no son universales ni necesarios para el diagnóstico sí se presentan algunas conductas como:

- Movimientos estereotipados: Movimientos de manos, balanceos, aleteos, muecas etc. Más aparentes cuando el niño está excitado o enfadado.
- Anomalías en el modo de andar o la postura: Más notorios en la adolescencia o la edad adulta. A pesar de que presentan dificultad en la coordinación motora, sin embargo pueden mostrar una gran habilidad en realizar trabajos manuales que son de su interés.
- Respuestas a estímulos sensoriales:
  - Respuestas anormales a determinados sonidos. Ya sea de fascinación y búsqueda como de gran desagrado (tapándose oídos y gritando) en sonidos aparentemente soportables.
  - Respuestas anómalas a estímulos visuales
  - Respuestas a sensaciones próximas. El tacto. Algunos chicos rehuyen del contacto físico mientras que a otros les encanta abrazar, tocar o incluso olisquear a otras personas.
  - Ansiedad y miedos especiales a objetos o situaciones aparentemente inofensivos
  - Dificultad para la atención y concentración, sobre todo en actividades que están fuera de su campo de intereses.
  - Habilidades especiales. Algunos chicos pueden presentar lo que Uta Frith denomina islotes de capacidad. Son capacidades especiales, en algunos casos impropias para su edad y nivel. Algunas de estas capacidades son el dibujo, la música, tocar un instrumento, leer a edades muy tempranas (aunque no entiendan el texto). En muchos de estos casos pierden la habilidad o el interés con el tiempo.
  - Conductas inadecuadas. Sobre todo en situaciones sociales. Rabiets, gritos, rutinas etc. Son conductas que se pueden modificar con un tratamiento adecuado.

## Epidemiología

En los primeros estudios serios que se hicieron en los años 60 y 70 (3) se encontró una prevalencia de 4-5 afectados por cada 10.000. En la actualidad (4) hay estudios, aunque locales, que encuentran un afectado por cada 500.

Además el hecho de que solo uno de cada cuatro es niña haría que de cada 150 varones nacidos uno sería autista.

¿Está aumentando la incidencia?  
¿Se debe a que se está afinando más en el diagnóstico? Este es un tema que los investigadores debaten en la actualidad.

## El autismo como trastorno psicológico

Aunque prácticamente nadie discute ya que el autismo tiene un origen biológico (Hubo una moda en los 60 en que se le atribuía una causa psicógena: una fría relación entre madre e hijo) y evidenciadas algunas alteraciones a nivel genético, sin embargo se hace necesario estudiar y tratar el autismo como un trastorno psicológico (5) con objeto de: Adquirir una mejor comprensión del síndrome, contribuir en mejor manera a la investigación, ayudar a la determinación de marcadores psicológicos precoces y ayudar a orientar los tratamientos psicológicos mediante objetivos cognitivos.

Con esos objetivos se han planteado distintas teorías basadas en hechos e investigaciones que, sin ser excluyentes entre sí, intentan explicar algunos de los comportamientos de las personas con autismo. Comentaremos algunas:

### 1.- Teoría del déficit de la teoría de la mente

Al decir que una persona posee una teoría de la mente queremos decir que el individuo atribuye estados mentales a sí mismo y a los demás. Un sistema de inferencias de este tipo es considerado como una teoría

porque estos estados no son directamente observables y porque dicho sistema puede ser utilizado para construir predicciones en relación con el comportamiento de las demás personas u organismos.

Este déficit en las personas con autismo explicaría, por ejemplo, su dificultad de interacción, su incapacidad de empatía, de ponerse en el lugar del "otro". Sería una incapacidad meta-representacional, o lo que Baron-

acción y una representación mental de la tarea.

Estos aspectos están ampliamente afectados en las personas con autismo y nos muestran en muchos casos su inflexibilidad (resistencia al cambio), su tendencia a la rutina (hacer siempre las mismas cosas y de la misma manera), lo cual orienta bastante en su tratamiento con el concepto de anticipación (preparar para el cambio).



*Los chicos con Autismo pueden disfrutar, con apoyo, de muchas de las actividades de chicos de su edad*

Cohen denomina como "ceguera mental".

En este sentido también explicaría sus dificultades en imaginación al verse afectada la capacidad de "predecir relaciones entre estados externos de hechos y estados internos mentales" (Frith 1989).

### 2.- Teoría del déficit de la función ejecutiva

Dentro de las teorías de perspectiva amplia la función ejecutiva se considera como "la capacidad de mantener una disposición adecuada de solución de problemas con el fin de lograr un objetivo futuro".

Esta capacidad implicaría aspectos como: Intención de inhibir una respuesta o diferirla hasta más tarde, un plan estratégico de secuencias de

### 3.- Teoría de la coherencia central

El sistema cognitivo normal tiene una propensión intrínseca a dar coherencia a una gama de estímulos lo más amplia posible y tiende a generalizar la coherencia a una gama lo más extensa posible de contextos.

Los niños autistas tienen menos capacidad de dar coherencia. Sus sistemas de procesamiento de la información y su propio ser se caracterizan por la desconexión (6).

Esta deficiencia podría explicar los buenos resultados de las personas autistas en las pruebas de cubos y figuras enmascaradas de los tests de inteligencia así como en la realización de puzzles.

Asimismo, la dificultad que tienen en separar la información relevante de la



*Es importante recordar la forma de comportarse en determinadas situaciones sociales*

secundaria e incluso nula, podría estar relacionada con esta deficiencia. Es, por ejemplo, lo que hace decir a Quique que la película que quiere que le compremos se titula “Los rescatadores en video y Dvd a partir del 4 de Julio”.

En palabras de Uta Frith las personas con autismo viven en un mundo fragmentado.

## Diagnóstico y tratamiento

Aunque el autismo es un trastorno que, de momento, no tiene cura el hecho de realizar un diagnóstico precoz posibilita adaptar un tratamiento psicoeducativo a las necesidades del niño y una orientación a los padres acorde con su discapacidad.

En la actualidad ya se está realizando, dentro del programa del niño sano un screening mediante la utilización de una adaptación del test CHAT (7), test muy fácil de realizar y corto de pasar que facilita la tarea de detección de casos.

Con posterioridad, y siempre por profesionales cualificados, se realizan evaluaciones psicológicas, que aparte de dar un diagnóstico más concreto se evalúan cada una de las áreas afectadas y su nivel de afectación, con la consiguiente orientación hacia el tratamiento cognitivo-conductual adecuado.

En cuanto a su tratamiento educativo, existen, grosso modo, según nivel de afectación tres modalidades diferentes.: Centro específico, aula específica dentro de centro ordinario o centro ordinario con apoyo. En cualquiera de las tres modalidades el tratamiento debe ser personalizado, de modo que por ejemplo dentro de un aula específica puede haber algún chico que se integre en algunas actividades con otras aulas y otros que no, siempre orientado a su mayor capacitación e integración

Sí se hace necesario tener en cuenta una serie de criterios previos en el establecimiento de cualquier tipo de tratamiento (Rivière 1998):

- 1.- Promover actividades gratificantes en contextos de bajo nivel de ansiedad. Estos contextos han de ser anticipables, que favorezcan la comprensión de las situaciones.
- 2.- Desarrollar vías de comunicación a través del lenguaje hablado. La información visual es mejor comprendida por estas personas.
- 3.- Ofrecer alternativas adecuadas a los problemas de conducta basadas en la comprensión de estos problemas, acompañada de actuaciones claras y bien estudiadas.
- 4.- Evitar actuaciones aversivas. Es necesario estudiar bien las adaptaciones individuales de los tratamientos educativo y farmacológico.

## Papel de enfermería como intermediario entre la persona con autismo y la institución sanitaria

El medio sanitario, el contexto hospitalario, provoca ansiedad en muchas personas por su desconocimiento del mismo o por el miedo a lo que le tengan que hacer, máxime en un proceso de enfermedad o como consecuencia de un accidente.

En las personas con autismo, con todos los déficit que hemos comentado que presentan, la vivencia de una consulta médica, de una prueba diagnóstica, de una extracción de sangre o de un ingreso hospitalario, pueden hacerse insoportables al no comprender el por qué, el para qué y sobre todo el “hasta cuando” de cada una de estas circunstancias.

En este sentido se están llevando a cabo experiencias muy interesantes(8) en los centros de atención (educativos o terapéuticos) a personas con autismo para anticiparles y explicarles qué es un centro sanitario, en qué consiste una exploración clínica o cuales son los pasos y el tiempo para una determinada prueba diagnóstica, con objeto de prepararles para un eventual accidente o ingreso hospitalario lo que evitará la aparición, por ejemplo, de fobias específicas( recogido como trastorno mental en todos los manuales diagnósticos) que precisarían de un arduo trabajo posterior de desensibilización.

La enfermera, en muchos casos, es la primera persona de la Institución sanitaria que tiene contacto con la persona con autismo y su familia y quien mejor puede “suavizar” un ingreso hospitalario. Es por ello que, a modo de orientación, presentamos una serie de consejos (9)sobre la interacción con la persona autista en relación con cada una de las áreas afectadas.

Previo a ello hay que insistir en que para la persona con autismo su padre, madre, hermano o maestra son su referente en situaciones sociales, lo cual hay que tener en cuenta a la hora de establecer una relación con ellos. Esto determinará que les tengamos un trato “especial” y permitamos el acompañamiento en el mayor número

ro de situaciones posible, máxime en situaciones que pueden generar mucha ansiedad como puede ser una técnica cruenta.

1.- Imaginación. La alteración en la capacidad de imaginación y la consecuente inflexibilidad a los cambios hace necesario que se les proporcione suficiente estructura espacial y temporal para determinada acción en la que ellos participen.

Es importante el uso de claves visuales, dibujos, pictogramas y fotografías de lugares a donde vaya a ir o de técnicas que se le vayan a realizar.

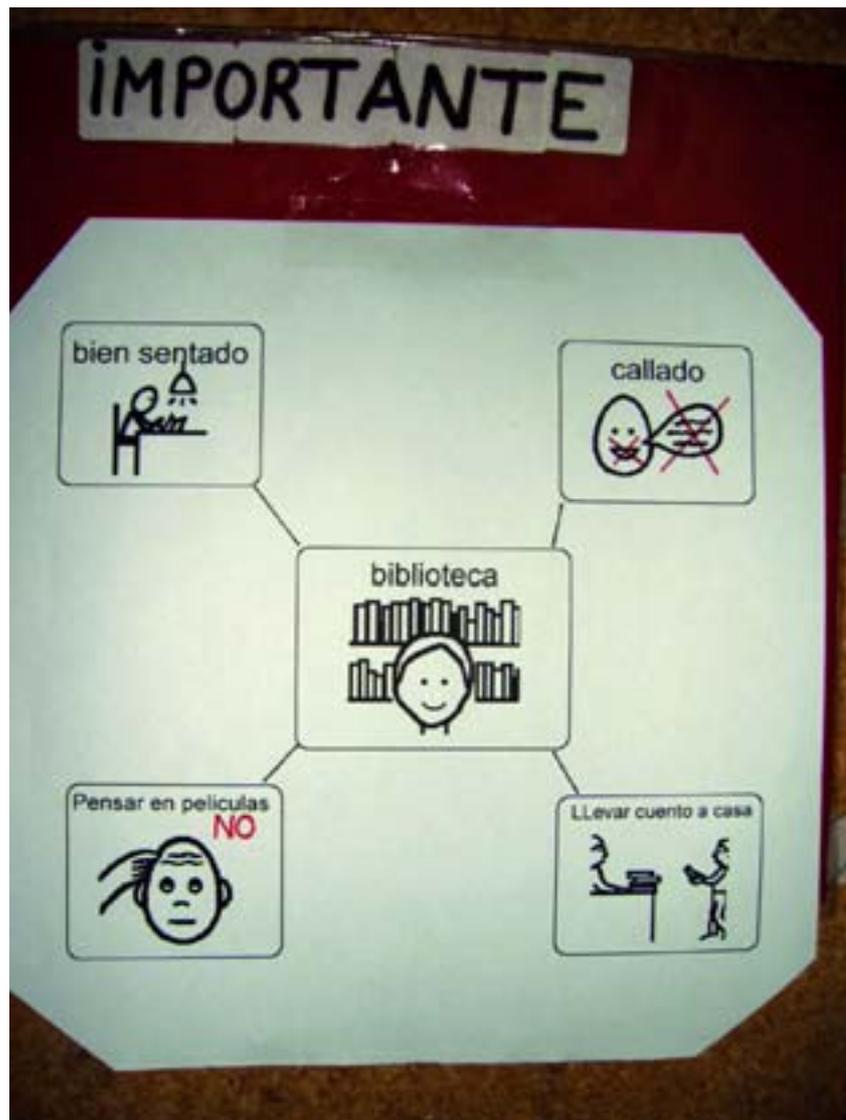
2.- Conducta social. Al tener muy afectados la capacidad de interacción social para ellos las personas son impredecibles y como tales carentes, en general, de interés. Será preciso, por tanto, hacernos atractivos, interesantes y divertidos tanto como para que intenten estar en contacto con nosotros.

Para ello será bueno intentar establecer contacto con ellos y reforzar (gratificando con dibujos, golosinas, etc) el hecho de que realicen o favorezcan esa relación. Relación de confianza que será precisa a la hora de explicarles o prestarles algún cuidado de enfermería. Por otro lado, la dificultad que ellos tienen para entender las “esperas” en consultas o espacios que ya de por sí pueden generar ansiedad hacen aconsejable limitar ese tiempo al mínimo para así evitar trastornos de conducta y asegurar la máxima colaboración del chico con autismo. Después de una larga espera cualquier intento de “conectar” con él o valorarlo puede hacerse muy complicado, sobre todo si es pequeño.

3.- Comunicación. Ante la enorme amplitud de niveles de lenguaje en el universo de los casos será preciso conocer hasta donde es capaz de entender y comunicarse y así mismo comprobar mediante reiteraciones o preguntándoles, que es lo que han entendido de nuestro discurso.

Con respecto a la comunicación será preciso tener en cuenta una serie de recomendaciones:

- Minimizar las preguntas directas y hacerlas claras.
- Comentar y repetir cada uno de los



Tablón de apoyo visual en domicilio de persona autista

pasos de lo que se le esté haciendo (aunque ya se le haya anticipado) para así reforzarle más lo que ha entendido y estructurarlo más.

- Tener paciencia. Ellos tienen su propio ritmo. Si se les pregunta es posible que tengamos que esperar más tiempo la respuesta. No podremos hacerles dos preguntas seguidas.
- Usar muchos gestos y expresiones faciales exageradas. No importa que parezcamos un poco “payasos”, además de asegurarnos mayor comprensión, nos haremos atractivos.
- Buscar el contacto visual, y pedir que nos miren cuando le estemos hablando.
- Reforzar todo acto o intención comunicativa con un refuerzo social (“muy bien”, palmadas etc)

## Conclusiones

La persona con autismo, ya sea niño, adolescente o adulto requiere de unos cuidados especializados por parte de la profesión enfermera. Estos cuidados se basan en el conocimiento del trastorno que padecen, las áreas de afectación y sobre todo sus posibilidades de interacción.

Este conocimiento permitirá prestar unos cuidados de calidad y, sobre todo, evitar un efecto iatrogénico que tanto la Institución sanitaria como los profesionales de la salud pueden provocar en la persona con autismo, de consecuencias duraderas e impredecibles.

**Indicadores de autismo típicos de la etapa 18-36 meses (Rivière 2000)**

1. Sordera aparente paradójica. Falta de respuesta a llamadas e indicaciones.
2. No “comparte focos de atención” con la mirada.
3. Tiende a no mirar a los ojos.
4. No mira a los adultos vinculares para comprender situaciones que le interesan o extrañan.
5. No mira lo que hacen las personas
6. No suele mirar a las personas.
7. Presenta juego repetitivo o rituales de ordenar.
8. Se resiste a cambios de ropa, alimentación, itinerarios o situaciones.
9. Se altera mucho en situaciones inesperadas o que no anticipa.
10. Las novedades le disgustan.
11. Atiende obsesivamente una y otra vez a las mismas películas de video
12. Coge rabinetas en situaciones de cambio.
13. Carece de lenguaje o, si lo tiene, lo emplea de forma ecológica o poco funcional.
14. Resulta difícil “compartir acciones” con él o ella.
15. No señala con el dedo índice para compartir experiencias.
16. No señala con el dedo índice para pedir.
17. Frecuentemente pasa por las personas como si no estuvieran.
18. Parece que no comprende o que “comprende selectivamente” solo lo que le interesa.
19. Pide cosas, situaciones o acciones, llevando de la mano.
20. No suele ser él quien inicia las interacciones con los adultos.
21. Para comunicarse con él, hay que “saltar un muro” es decir, hace falta ponerse frente a frente, y producir gestos claros y directivos.
22. Tiende a ignorar completamente a los niños de su edad.
23. No “juega con” otros niños.
24. No realiza juego de ficción: no representa con objetos o sin ellos situaciones, acciones, episodios, etc.
25. No da la impresión de “complicidad interna” con las personas que le rodean aunque tenga afecto por ellas.

**BIBLIOGRAFÍA**

- (1) Lorna Wing. *El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia*. Ed Paidós. Barcelona 1998
- (2) Rivière A. y Martos J. *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas*. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. Madrid. 1997.
- (3) Baron-Cohen S. y Bolton P. *Autismo. Una guía para padres*. Alianza editorial. Madrid 1998
- (4) Shattock P. *Environmental factors in the causation of autism*. International autism Europe Congress. Lisboa 2003.
- (5) Cuxart F. *El autismo. Aspectos descriptivos y terapéuticos*. Ediciones Aljibe. Málaga 2000.
- (6) Frith, U. *Autismo. Hacia una explicación del enigma*. Alianza editorial. Madrid 1998.
- (7) Baron-Cohen et al. *Marcadores psicológicos en la detección del autismo infantil en una población amplia*. En *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas*. Ministerio de trabajo y Asuntos sociales. Madrid 1998
- (8) Ventoso, R. *Program of sanitary education for people with autism*. International autism Europe Congress. Lisboa 2003
- (9) Lopez, D. *Guía básica del voluntario*. Asociación “Autismo Sevilla” (Sin editar).
- (10) Martos, J. y Rivière A. *Autismo: Comprensión y explicación actual*. Instituto de Migraciones y Sevicios sociales. Madrid 2001.

# “Registros de Enfermería” La Enfermería en la Emergencia Sanitaria Andaluza

## ■ Francisco Javier Márquez Pastor.

Diplomado Universitario en Enfermería”. “Servicio Provincial de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias”; “Hospital Dr. Diego Sagaz, 5ª Planta, Jaén”.

## RESUMEN

**Con** Con este trabajo se pretende realizar un punto y seguido en el trabajo que desde “Empresa Pública de Emergencias Sanitarias” se viene ejercitando.

Los profesionales enfermeros que aquí trabajan actúan en su trabajo siempre bajo un marco conceptual determinado y dejando siempre reflejado su trabajo de una forma muy tangible.

A través de unos propios registros enfermeros, los cuales han sido diseñados para realizar el “PROCESO ENFERMERO”.

El objetivo de este trabajo ha sido analizar estos registros archivados, durante un periodo de seis meses para comprobar si este proceso es llevado a cabo adecuadamente.

Para ello se han buscado responder a preguntas como:

¿Son estos registros adecuados para poder llevar a cabo el “Proceso Enfermero” de forma correcta?

- ¿Cumplimentamos adecuadamente los registros de enfermería?

- ¿Que información nos ofrece la adecuada cumplimentación de estos formatos?

A la luz de los resultados del trabajo, observamos que los registros son adecuados para cumplir su cometido, pero los enfermero/as aún necesitan más tiempo para continuar ampliando su conocimiento con respecto al tema y así mejorar en la atención que prestan, aumentando con ello la satisfacción del usuario.

En cuanto a este tipo de registros, son muy útiles para conseguir más información suplementaria que aporte datos para posibles estudios de aplicación práctica.

### PALABRAS CLAVES:

Registros de enfermería.  
Enfermería extrahospitalaria.  
Proceso Enfermero en la enfermería de emergencias.  
Enfermería andaluza y proceso enfermero.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad los profesionales de la enfermería están realizando avances verdaderamente importantes dentro de la disciplina, desarrollando cada vez con mayor rigurosidad científica el PROCESO ENFERMERO.

Dentro de la especialidad de la enfermería que se dedica a la atención extrahospitalaria, no existe mucho trabajo realizado al respecto, por lo que la labor realizada en la “Empresa Pública de Emergencias Sanitarias”, cobra un grandísimo valor.

Tras una ya considerable temporada de trabajo con los primeros registros de enfermería en estos servicios de emergencias, y ante las preguntas que van surgiendo, creo que es momento de realizar un estudio sobre los datos que estos nos aportan, para comprobar entre otras cosas, si se alcanza el objetivo marcado en un primer momento: Desarrollar con los pacientes atendidos el “Proceso Enfermero”, y si los pacientes se benefician de ello.



MOMENTO DE LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA HOJA DE REGISTRO

## MATERIAL Y MÉTODOS:

El objetivo de este trabajo ha sido realizar un estudio de los registros de enfermería cumplimentados por los equipos de emergencias 061 en la provincia de Jaén.

El estudio en cuestión tuvo una duración de seis meses, e incluía a todos los pacientes atendidos por los equipos de emergencias y que se les hubiera realizado registro de enfermería, sin atender a ningún otro criterio de selección pues todos los registros son válidos para estudiar los objetivos marcados.

Se busca un objetivo general del que se derivan otros objetivos secundarios.

El primero al que nos referimos consiste en demostrar si con los registros que trabajamos en la actualidad, el denominado “Proceso Enfermero” es desarrollado completa y correctamente.

Para ello, se analizaron todas los registros de enfermería disponibles de entre los meses de Enero y Junio de 2004 en los archivos del S.P 061 de Jaén;

Analizando cada diagnóstico marcado, comprobamos cada etapa del proceso:

- Valoración del paciente realizada más Análisis e interpretación de los datos recogidos: “¿Aparecen las características definitorias y los factores relacionados correspondientes al diagnóstico en cuestión? (Siempre se dará por adecuado y correcto el diagnóstico enfermero, si lo hay, expresado por el enfermero responsable del registro.)

- Planificación: “¿Quedan marcados los objetivos recomendados para el diagnóstico señalado?”.

- Ejecución: “Las intervenciones de enfermería llevadas a cabo: ¿Son adecuadas, quedan reflejadas correctamente?”.

- Evaluación de resultados: “¿Se muestran criterios de resultados para medir los objetivos antes seleccionados, y si los hay, son los correctos?”.

(En cada apartado, con registrar una sola de las características definitorias, factor relacionado, objetivo, intervención o criterio de resultado correcto para cada diagnóstico se contempla como válido.)

A través de este análisis, podremos buscar otro objetivo, llamémoslo secundario, pero el cual en un futuro y

tras alcanzarlo, colaborará a que el primero se alcance plenamente, este consiste en estudiar si los registros de enfermería son completados adecuadamente, según las recomendaciones de cumplimentación que fueron señaladas por el grupo de trabajo que se encargó del desarrollo de los formatos y según la bibliografía consultada.

**REGISTRO DE ENFERMERÍA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

**VALORACIÓN**

**ALIMENTACIÓN / HIDRATACIÓN**

Deglución: Eficaz:  Deficiente:  No valorable:

Hidratación: Adecuada:  Inadecuada:

Nutrición: Adecuada:  Inadecuada:

Prófisis: Si:  No:

**MOVILIDAD/ACTIVIDAD**

Movilidad:  Deficit Motor: \_\_\_\_\_  Ayuda Mecánica: \_\_\_\_\_  Inmovilización: \_\_\_\_\_

Dificultad al: Moverse:  Levantarse:  Sentarse:  Caminar:

**AUTO CUIDADO**

	Previo	Tram.	A=Autónoma
Higiene			
Alimentación			SP=Suplencia Parcial
Movilización			ST=Suplencia Total
Eliminación			
Autoprotección			

**APRENDIZAJE/ENSEÑANZA**

¿Entiende mensajes?  Si  No

¿Responde a órdenes verbales simples?  Si  No

¿Interés por el proceso?  Si  No

¿Capacidad cognitiva abolida?  Si  No

**FAMILIA**

Aislamiento familiar \_\_\_\_\_

Dolor anticipado \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**PROBLEMAS COLABORATIVOS**

Deterioro respiratorio: Urolog. \_\_\_\_\_

Deterioro neurológico \_\_\_\_\_

Deterioro hemodinámico \_\_\_\_\_

Dolor: \_\_\_\_\_

**OTROS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ELIMINACIÓN**

Dolor			
Urinario			
Intestinal			
Deorales			
Gástrica			
Sudoreción			
Hemoptis			
Secreciones			
Otro:			

Hematuria  Rectorragia  H. Hemático  V. Vesivo

Micturas  Diarrea  P. Parasitario  Hemococulia

**HIGIENE/PIEL/MUCOSAS**

Coloración de la piel: \_\_\_\_\_ Mucosas: \_\_\_\_\_

Heridas eczematizadas: \_\_\_\_\_ Estado de la ropa: \_\_\_\_\_

**EVITAR PELIGROS/SEGURIDAD/REALIZACIÓN**

Define su origen e inquietud: Si  No

Imagen corporal: Expresa actitudes sobre alteración en:  Aspecto  Función

Manifesto conductual de:  Desesperación  Desesperanza  Impotencia  Evitación

Negación  Dolor: (0-10) \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Rot: Verbalizaciones sobre:  Familia  Trabajo  Relaciones  Desamparo personal

Otros: \_\_\_\_\_

Evaluación cognitiva: Negativa:  Dolor  Pérdida  Amenaza  Desfilio

Positiva:  Sosiego  Alegría

Respuesta de afrontamiento: Activa:  Ataque  Evitación  Huida  Res. prob.

Defensiva:  Supresión  Ritualización  Manipulación  Proyección

Riesgo entorno: \_\_\_\_\_

**COMUNICACIÓN/RELACIÓN**

Comunicación: Solista Ayuda:  Si  No

Normal  Deficit sensorio perceptivos \_\_\_\_\_

Disminuida

Orientado en:  Tiempo  Espacio  Persona

FIRMA ENFERMERO/A E.E.: \_\_\_\_\_ FIRMA ENFERMERO/A RECEPTOR: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

Registros de enfermería utilizados en el presente estudio

(Se han ido señalando cuando y como recomiendan registrar cada característica señalada en los registros para que los resultados sean más claros y comprensibles.)

Y por último y aprovechando todos los datos que este estudio suministra, nos marcamos otro objetivo: Extraer otras consecuencias posibles del análisis, clasificación y estudio de estos datos, como pueden ser:

- ¿Cuáles son los diagnósticos enfermeros más frecuentes y cuales los menos?
- ¿Según los diagnósticos que se estudian, cuales son los objetivos, intervenciones y criterios más frecuentes que aparecen en los registros?
- ¿Cómo se reparten los pacientes atendidos según sus edades y sexos?

## RESULTADOS:

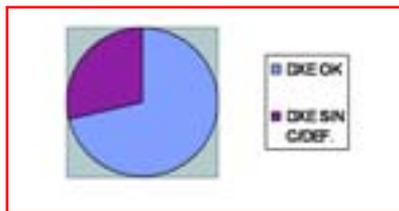
### 1º Objetivo marcado:

#### El denominado “Proceso Enfermero” ¿es desarrollado completa y correctamente?:

- Valoración del paciente realizada + Análisis e interpretación de los datos recogidos: “¿Aparecen las características definitorias y factores relacionados correspondientes al diagnóstico en cuestión?”
- Planificación: “¿Quedan marcados los objetivos recomendados para el diagnóstico señalado?”
- Ejecución: “Las intervenciones de enfermería llevadas a cabo: ¿Son las recomendadas, quedan reflejadas correctamente?”
- Evaluación de resultados: “¿Se muestran criterios de resultados para medir los objetivos antes seleccionados, y si los hay, son los correctos?”

#### 1. VALORACIÓN + ANÁLISIS DE LOS DATOS:

- De 473 Diagnósticos de enfermería totales que aparecían en los R.E analizados, en 135 faltaban las características definitorias, lo que supone un 28,54%. 71,56% OK (338).



- Presencia o no de características definitorias en los diagnósticos de enfermería estudiados

Y en 147 faltan los factores relacionados. Lo que equivale a un 31,08%. 68,92% OK



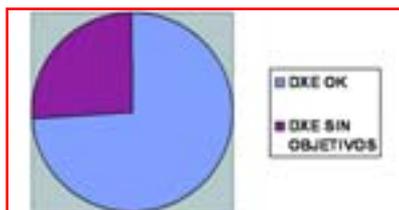
- Presencia o no de factores relacionados en los diagnósticos de enfermería estudiados.

Los porcentajes desvelan que aún se quedan muchos diagnósticos enfermeros sin una muestra de porqué se llega a él y que lo causa, factores que son básicos para conseguir credibilidad, fuerza científica y claridad en los registros.

### 2. PLANIFICACIÓN:

- En cuanto a los objetivos, de los 473 DXE analizados, 124 de ellos aparecen sin objetivo, 26,21%. 73,79% OK (349).

Es de destacar que aparecen 13 objetivos registrados sin ningún DXE en ese registro, lo que se corresponde con un 2,74%. Y también aparecen 29 objetivos registrados que no se corresponden con el DXE señalado en el RE, un 6,13%.



- Presencia o no de objetivos en los diagnósticos de enfermería estudiados.

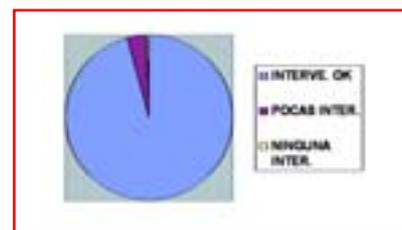
De estos datos el más alarmante es el primero, el 26,21% de DxE sin objetivo.

La determinación de estos es un factor determinante en la correcta elaboración del proceso enfermero, factor que indica y refleja que queremos conseguir que el paciente alcance con nuestros cuidados.

### 3. INTERVENCIONES:

- En lo referente a las intervenciones, de los 476 RE analizados, en 455 las intervenciones que aparecen son correctas (95,58%) en tipo y número; Pero en 17 aparecen muy pocas intervenciones 3,57% aunque son correctas las registradas.

Solo en 3 (0,63%) RE no aparece ninguna intervención en el registro.

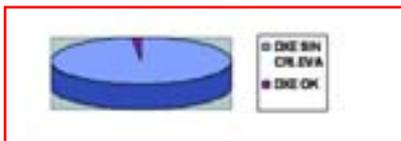


- Presencia o no de intervenciones registradas en los diagnósticos de enfermería estudiados.

¿Cómo es posible que aparezcan RE sin intervenciones o que estas sean muy escasas; Si es debido a alguna situación no controlable, debe quedar reflejada esta situación pero como sabemos que evidentemente este trabajo SIEMPRE se realiza, obligatoriamente debe quedar constancia de él. Si hemos reclamado en multitud de ocasiones que el trabajo enfermero era poco reconocido, no es lógico que dejemos escapar estas oportunidades, por no hablar de lo que para el proceso enfermero y para los RE constituye el registro de estas intervenciones, una de sus partes determinantes.

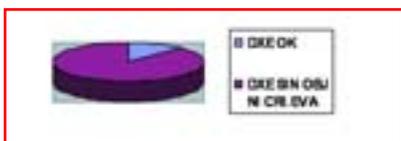
### 4. OBJETIVOS:

- Analizando los criterios de resultados registrados, de 473 DXE, 465 no presentan criterios de evaluación lo que equivale a un 93,30% de ellos.



- Presencia o no de criterios de evaluación en los diagnósticos de enfermería estudiados.

Solo estan registrados correctamente, con objetivos y criterios de evaluación **58 DXE**, que supone un **12,26%**.



- Presencia o no de objetivos y criterios de evaluación en los diagnósticos enfermeros.

En este punto es donde aparecen los resultados más negativos no solo de este objetivo que ahora analizamos sino de todo el trabajo realizado.

Prácticamente no aparecen criterios de resultados en los RE, con lo cual no queda completo el Proceso Enfermero, no existe un soporte donde comprobar la consecución o no de los objetivos que nos marquemos con los pacientes atendidos y que si vamos reflejando en la escala de valoración numérica, (margen derecho del lugar donde se registran los objetivos).

A la vista de los resultados obtenidos en estos puntos, creo que el objetivo presenta un balance negativo.

Es cierto que en algunos casos si se completan todas las fases del proceso enfermero, pero aún así se consideran insuficientes. No podemos dejar escapar tantos datos que seguro que sí somos conscientes de ellos durante la asistencia.

## 2º Objetivo marcado:

Son los registros de enfermería completados adecuadamente:

1-Alimentación/Hidratación: (Rellenar siempre): 476 RE. **OK 428, (89,91%)**.

**INCOMPLETO 20, (4,2%) /NADA REGISTRADO 5, (1,05%) /NO DA PIE A DXE 23, (1,05%)**.

2-Eliminación: (Solo si está presente). **NADA REGISTRADO OK 366, (76,89%) / REGISTRADA ELIMINACIÓN OK 27 (5,67%) / REGISTRA ELIMINACIÓN PERO NO USA LOS ICONOS 81, (17,01%)**.

3-Movilidad/Actividad: (Solo si está alterado). **REGISTRADAS ALTERACIONES OK 225, (47,26%) / NADA REGISTRADO OK 153, (32,14%) / NO DA PIE A DXE 97, (20,37%)**.

4- Higiene/Piel/Mucosas: (Solo si está alterado). **REGISTRA ALTERACIONES OK 308, (64,70%) / NADA REGISTRADO OK 64, (13,44%) / NO DA PIE A DXE 43, (9,03%)**.

5-Evitar peligros/Seguridad/Relación: (Solo si está alterado). **REGISTRA ALTERACIONES OK 208, (43,69%) / NADA REGISTRADO 59 OK, (12,39%) / ESCALA DE DOLOR INCOMPLETA 30, (6,30%) / NO REGISTRA LA ESCALA DE DOLOR HABIENDO SEÑALADO DOLOR 16, (3,36%) /NO REGISTRA EL MOTIVO DE INQUIETUD HABIENDO SEÑALADO QUE LO CONOCE 25, (5,25%) / REGISTRANDO INQUIETUD NO DXE 144, (30,25%)**.

6-Autocuidado: (Rellenar siempre). **REGISTRADO CORRECTAMENTE 295, (61,97%) / REGISTRA ST Y**

**7- P.A (37,56%), REGISTRA ST PERO NO SEÑALA P.A 131, (27,52%)**.

A destacar el alto porcentaje de RE en los que no se reflejan los PA habiendo antes registrado ST del paciente.

7-Aprendizaje/Enseñanza: (Rellenar siempre). **REGISTRADO CORRECTAMENTE 441, (92,64%)**.

**NADA REGISTRADO 10, (2,10%) / NO DA PIE A DXE 19, (3,99%)**.

8-Comunicación/Relación: (Rellenar siempre). **REGISTRADO ADECUADAMENTE 368, (77,31%)**.

**NADA REGISTRADO 21, (4,41%) / NO DA PIE A DXE 64, (13,44%)**.

9-Familia: (Solo si está alterado). **REGISTRADO OK 123, (25,84%) / NADA REGISTRADO OK 132, (27,73%) NO REGISTRA ACOMPAÑAMIENTO 138, (28,99%).**

10-Otros: **REGISTRADO ADECUADAMENTE OK 193, (40,54%) / NADA REGISTRADO OK 283, (59,45%).**

11-Firma (Rellenar siempre). **FIRMA ADECUADA 28, (5,88%). NO APARECE LA FIRMA 3, (0,63%) / MAL FIRMADO 445, (93,48%).**

En este punto encontramos los resultados más negativos en cuanto la forma de completar los RE, la gran mayoría de ellos quedan firmados por nuestra parte de una forma errónea. Recordamos que la recomendación es que se firme con la inicial del nombre, primer apellido y una raya horizontal seguidamente.

12-Fecha: (Rellenar siempre). **REGISTRADO ADECUADAMENTE 444, (93,27%). NADA REGISTRADO 30, (6,30%).**

13-D.U.E Receptor: (Rellenar siempre). **OK 431, (90,54%). NADA REGISTRADO 48, (10,08%) / IMPOSIBLE CONSEGUIRLA 1, (0,21%).**

(Distintos apartados a rellenar en los registros de enfermería)

Al contrario que el anterior objetivo estudiado, en este caso el balance es positivo con las excepciones que se han ido comentando. Los datos reflejan que los enfermeros conocen las recomendaciones facilitadas para la correcta cumplimentación de los RE.



VIRGINIA HENDERSON, ENFERMERA QUE DIO ORIGEN AL MARCO CONCEPTUAL SOBRE EL QUE SE DESARROLLARON LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA USADOS EN EL TRABAJO

### 3º Objetivo propuesto:

#### Consecuencias posibles del análisis, clasificación y estudio de los datos:

- ¿Cuáles son los diagnósticos enfermeros más frecuentes que aparecen, y cuales los menos?:

TEMOR:	69	(14,58%)
ANSIEDAD:	67	(14,16%)
RIESGO DE LESIÓN:	64	(13,53%)
DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA:	55	(11,62%)
DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA:	34	(7,18%)
DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL:	31	(6,55%)
AFRONTAMIENTO INDIVIDUAL INEFECTIVO:	21	(4,43%)
DÉFICIT DE CONOCIMIENTOS:	16	(3,38%)
BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL:	13	(2,74%)
RIESGO DE VIOLENCIA:	11	(2,32%)
DÉFICIT DE AUTOCUIDADO:	10	(2,11%)
LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AÉREAS: 1	0	(2,11%)
MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPEÚTICO:	9	(1,90%)
CONFUSIÓN AGUDA:	7	(1,47%)

TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL:	6	(1,26%)
DESATENCIÓN UNILATERAL:	5	(1,05%)
NEGACIÓN INEFICAZ:	5	(1,05%)
DESEMPEÑO INEFECTIVO DEL ROL:	5	(1,05%)
RIESGO DE VIOLENCIA (AUTOLESIÓN):	5	(1,05%)
DOLOR:	4	(0,84%)
SÍNDROME DE ESTREÉS DEL TRASLADO:	3	(0,63%)
DUELO ANTICIPADO:	3	(0,63%)
AFRONTAMIENTO INDIVIDUAL INCAPACITANTE:	3	(0,63%)
RIESGO DE ASPIRACIÓN:	3	(0,63%)
DETERIORO DE LA ADAPTACIÓN:	3	(0,63%)
INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD:	2	(0,42%)
ILEGIBLE:	2	(0,42%)
CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR:	1	(0,21%)
RIESGO DE INFECCIÓN:	1	(0,21%)
DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL:	1	(0,21%)
DESEPERANZA:	1	(0,21%)

- (Frecuencia de aparición en porcentaje de los diagnósticos de enfermería.)

¿Según los diagnósticos que se estudien, cuales son los objetivos, intervenciones y criterios más frecuentes que aparecen en los registros?

- Frecuencia de aparición de objetivos:

CONTROL DEL MIEDO:	73	(15,43%)
CONTROL DE LA ANSIEDAD:	63	(13,31%)
INTEGRIDAD DE LA PIEL Y MUCOSAS:	40	(8,54%)
NIVEL DE MOVILIDAD:	34	(7,18%)
CONTROL DE RIESGOS:	34	(7,18%)
ESTADO RESPIRATORIO, PERMEABILIDAD DE LA VIA AÉREA:	31	(6,55%)
ESTADO NEUROLÓGICO: (CONCIENCIA):	26	(5,49%)
AUTOESTIMA:	21	(4,43%)
HABILIDAD PARA LA COMUNICACIÓN:	24	(5,07%)
AFRONTAMIENTO:	23	(4,86%)
AUTOCUIDADO (ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA):	17	(3,57%)
ACEPTACIÓN DEL ESTADO DE SALUD:	14	(2,95%)
CONOCIMIENTO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO:	13	(2,74%)
HABILIDAD COGNITIVA:	12	(2,53%)
IMAGEN CORPORAL:	11	(2,32%)
ESTADO NEUROLÓGICO:	11	(2,32%)
CONTROL DE IMPULSOS:	11	(2,32%)
CONTROL DE LA AGRESIÓN:	9	(1,90%)
CONTROL DE LA ASPIRACIÓN:	7	(1,47%)
ESTADO DE SEGURIDAD:	6	(1,26%)
AJUSTE PSICOSOCIAL:	6	(1,26%)
CONTROL DE LA ALTERACIÓN DEL PENSAMIENTO:	4	(0,84%)
DESEMPEÑO DEL ROL:	4	(0,84%)
DESPERANZA:	4	(0,84%)
MAL REGISTRADO:	4	(0,84%)
CONDUCTA CUMPLIMIENTO DUDOSA:	2	(0,42%)
PERFUSIÓN TISULAR:	1	(0,21%)
ABRASIONES CUTÁNEAS:	1	(0,21%)
TOMA DE DECISIONES:	1	(0,21%)
TOLERANCIA DE LA MOVILIDAD:	1	(0,21%)
SUPLENCIA:	1	(0,21%)
SIGNOS VITALES EN LÍMITES NORMALES:	1	(0,21%)

- (Porcentaje de aparición de objetivos en los diagnósticos de enfermería.)

- Frecuencia de aparición de criterios de evaluación:

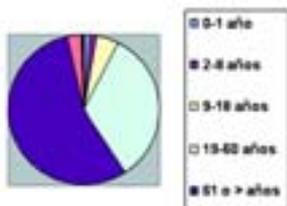
DESARROLLA ESTRATEGIAS DE CONTROL:	14	(2,95%)
SOLICITA INFORMACIÓN:	10	(2,11%)
TEMPERATURA EN RANGO ESPERADO:	7	(1,47%)
MOVILIDAD ARTICULAR:	2	(0,42%)
VERBALIZA SOBRE SU PROCESO:	2	(0,42%)
AFRONTA LA SITUACIÓN:	1	(0,21%)
CONOCE FACTORES DE RIESGOS:	1	(0,21%)
ORIENTADO:	1	(0,21%)
VERBALIZA NECESIDAD DE AYUDA:	1	(0,21%)
CONTROL DE IMPULSOS:	1	(0,21%)
HEMATOMAS :	1	(0,21%)
REALIZA EJERCICIOS DE AUTOCONTROL:	1	(0,21%)
EVITA FACTORES DE RIESGOS:	1	(0,21%)
MOVILIZA SECRECIONES:	1	(0,21%)
ESTADO DE SEGURIDAD: LESIÓN FÍSICA:	1	(0,21%)
VERBALIZA ACEPTACIÓN DE SEGURIDAD:	1	(0,21%)
DESCRIBE RÉGIMEN TERAPEÚTICO:	1	(0,21%)
DEMUESTRA ALICIENTE POR VIVIR:	1	(0,21%)
CONTROLA LA RESPUESTA DE LA ANSIEDAD:	1	(0,21%)
REFIERE DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD:	1	(0,21%)
VERBALIZA AUTOPROTECCIÓN:	1	(0,21%)
SIGNOS VITALES EN LÍMITES NORMALES:	1	(0,21%)
EXPRESA CONTROL DEL MIEDO:	1	(0,21%)
MAL REGISTRADO:	1	(0,21%)
SUPERACIÓN DE PROBLEMAS: ADOPTA ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR EL ESTRÉS:		(0,21%)
CONTROLA RESPUESTA.	1	(0,21%)
TRASLADO SEGURO:	1	(0,21%)

- (Porcentaje de aparición de los criterios de evaluación en los diagnósticos de enfermería.)

- En cuanto a la edad y el sexo de las personas que los equipos atienden y se le realizan registros enfermeros, los datos se desarrollan de la siguiente forma:

-Edad:

0-1 AÑO	6	(1,26%)
2-8 AÑOS	7	(1,47%)
9-18 AÑOS	23	(4,83%)
19-60 AÑOS	159	(33,40%)
61 o >	264	(55,46%)
NO APARECEN	14	(2,94%)
MAL REGISTRADO	2	(0,42%)
DESCONOCIDO	1	(0,21%)



- Sexo:

HEMBRAS	170	35,71%
VARONES	296	62,18%



- (Clasificación de los registros según la edad de las personas atendidas.)

- (Clasificación de las personas atendidas según el sexo.)



LOS ENFERMEROS DE LOS EQUIPOS DE EMERGENCIAS 061, LLEVAN A CABO EL “PROCESO ENFERMERO” CON TODOS LOS PACIENTES A LOS QUE APLICAN SUS CUIDADOS

## DISCUSIÓN:

A lo largo del desarrollo del trabajo se han ido incluyendo resultados y comentarios sobre los mismos para que la discusión de los objetivos alcanzados sea más clara, por lo que discutir específicamente sobre cada uno llegado este momento, podría resultar algo repetitivo.



Sin embargo de forma general si se puede comentar que tras el desarrollo de todos los objetivos y la extracción de todas las conclusiones junto con su análisis, podemos concluir diciendo que estamos en la línea adecuada de trabajo pero que es necesario que nos esforcemos por conocer y mejorar nuestros conocimientos en este campo, por el bien de la disciplina y en definitiva por el bien de todas las personas a nuestros cuidados, que sin duda, se benefician de todos estos avances en la profesión.

Este trabajo al igual que otros de este estilo, mantienen abierta unas líneas de investigación enfermeras que dan lugar a que los registros enfermeros cambien constantemente, aumentando la calidad de la asistencia a los pacientes, gracias a los resultados extraídos de estos trabajos que se van aplicando a la hora de estructurar y llevar a cabo sucesivos registros y valoraciones enfermeras de pacientes.

## AGRADECIMIENTOS:

Al Servicio Provincial de Jaén, de la “Empresa Pública de Emergencias Sanitarias”, por facilitar la realización de la investigación.

**LA CORRECTA APLICACIÓN DEL “PROCESO ENFERMERO”, EXIGE LA COLABORACIÓN DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA CADENA ASISTENCIAL, CON LO QUE SE ASEGURA LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y EL ÉXITO DE LA APLICACIÓN DEL PROCESO**

## BIBLIOGRAFÍA:

- “Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001, 2002”. North American Nursing Diagnosis Association. Edit: Harcourt.
- “Registros de enfermería”, usados por la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.
- “Guía de Cumplimentación de los Registros de Enfermería”, de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.
- “De la teoría a la Práctica, El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI”  
2ª Edición. Mª Teresa Luis Rodrigo, Carmen Fernández Ferrín, Mª Victoria Navarro Gómez Editorial Masson.
- “Diagnósticos de Enfermería, taxonomía NANDA”. Traducción revisión y comentarios.” Mercedes Ugalde Apatategui, Assumpta Rigol y Cuadra.  
Editorial Masson.
- “Los Diagnósticos Enfermeros: Revisión crítica y guía práctica”. María Teresa Luis Rodrigo. Editorial Mason.
- “Clasificación de Resultados de Enfermería” (CRE). “Nursing Outcomes Classifications” (NOC). Marion Johnson, Meridean Maas, Sue Moorhead.  
Editoril Harcourt/Mosby.
- “Clasificación de intervenciones de enfermería” (CIE). “Nursing InterventionsClassifications” (NIC). Joanne C.Mc Closkeg, Gloria M. Bulechek.  
Editorial Harcourt/Mosby.
- “Documentación del “II Título de Experto en Enfermería de Urgencias y Emergencias.”, Jaén 2000-2001.
- Webs sanitarias usadas y recomendadas:  
[www.aentde.com](http://www.aentde.com),  
[www.tempusvitalis.com](http://www.tempusvitalis.com),  
[www.enfermeríadeurgencias.com](http://www.enfermeríadeurgencias.com),  
[www.enfermerurg.com](http://www.enfermerurg.com), [www.enfermundi.com](http://www.enfermundi.com).

# Procedimiento en paciente con alteración respiratoria

■ M<sup>a</sup> Rosa Montero Bargueño<sup>1</sup>

■ Teresa Quesada Pérez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Diplomada en Enfermería, Hospital de la Mujer, H. Virgen del Rocío, Sevilla.

<sup>2</sup>Diplomada en Enfermería., Hospital Virgen Macarena, Sevilla.

## 1. RESUMEN

En este artículo se han descrito las distintas alteraciones respiratorias más frecuentes y comunes que nos podemos encontrar, y se han desarrollado las actividades que un enfermero debe tener en cuenta cuando se encuentra a un paciente en esta situación.

Se han enumerado 7 alteraciones respiratorias donde: se definen brevemente, por que se ha producido, las diferentes clasificaciones que se pueden hacer, una valoración del paciente para poder diagnosticar la alteración y las primeras actuaciones de enfermería junto a los fármacos a administrar.

Al final del artículo se han enumerado los distintos valores de una buena ventilación y en su defecto, se describen las escalas de dosificación para poder administrar una correcta oxigenación.

Se sabe que los primeros minutos y las primeras actuaciones en un paciente que presenta cualquier alteración respiratoria son vitales y donde se puede ver comprometida la vida de esa persona, por lo que el objetivo fundamental de dicho artículo es presentar una serie de pasos inmediatos a seguir por el profesional de enfermería, para que pueda actuar con rapidez ante un paciente que presente alguna alteración respiratoria.

Este trabajo se ha centrado para poder actuar y desarrollar las actividades en un medio extrahospitalario, pudiéndonos servir también, en cualquier puesto de urgencias

### PALABRAS CLAVES.

Alteración respiratoria  
Valoración  
Actuaciones  
Estabilizar  
Tiempo  
Extrahospitalaria

## 2. INTRODUCCIÓN

Atender a un paciente con problemas respiratorios causados por diversas patologías, es el día a día de un puesto de urgencias, bien sea en hospitalario o en extrahospitalario, por lo que es muy útil tener en mente algunos conceptos y actividades básicas para poder aplicar correctamente en el momento adecuado ante una persona con alteración respiratoria y poder ayudar a paliar esos síntomas que comprometen la vida del paciente.

Los objetivos que hay que tener en cuenta en este artículo son que el profesional de enfermería debe reconocer la causa que esta produciendo la insuficiencia respiratoria, debe saber valorar a un paciente con dicha alteración, debe aplicar los cuidados necesarios para mejorar la situación del paciente, debe aplicar las actividades comple-

mentarias que el medico crea oportunas, debe mejorar la ventilación y recuperar los niveles de oxigenación del paciente para así poder estabilizarlo y realizar su traslado, si es preciso.

## 3. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

### 3.1. DEFINICIÓN

Situación en la que se produce un fallo importante en el aparato respiratorio, incapaz de cumplir con su función de intercambio gaseoso, dando una alteración entre O<sub>2</sub> y CO<sub>2</sub> en la sangre arterial y por lo tanto no cumple con las necesidades metabólicas del organismo.

Alteraciones en los gases arteriales

V. Normales

- PO<sub>2</sub>: 90-95 mmHg
- PCO<sub>2</sub>: 35-45 mmHg
- Sat O<sub>2</sub>: 95-100%
- PH: 7'35-7'45
- HCO<sub>3</sub>: 2-28 mEq/l

IRA.

- PaO<sub>2</sub> < 60 mmHg.
- PCO<sub>2</sub> > 40 mmHg.
- Con aire Ambiente.
- Reposo

Insuficiencia Respiratoria Hipoxémica

- Alteraciones ventilación – perfusión
- Hipoxemia
- E. A. P.
- Obstrucción vía aérea
- Insuficiencia Respiratoria, Intoxicaciones

### 3.2 FISIOPATOLOGÍA

Se da un fallo súbito del aparato respiratorio causado por una gran variedad de situaciones, que provocan aumento del CO<sub>2</sub> (Hipercapnia) y un descenso del O<sub>2</sub> (Hipoxia).

- Alteraciones Cardiovasculares
- EAP, TBP
  - Arritmias
  - Valvulopatías

- Alteraciones neurológicas
- Centrales
    - ACVA, TCE
    - Intoxicaciones a farmacos
    - Anestiasias

- Perifericas
  - Tétanos
  - Difterias

- Alteraciones estructura torácica
- Traumatismos torácicos
  - Neomotorax
  - Derrame pleural
  - Toracoplastia

- Alteraciones de vías superiores
- Epiglotitis
  - Cuerpo extraño
  - Eomoptisis masiva
  - Parálisis de cuerdas vocales

- Alteraciones de vías bajas
- EPOC
  - Enfisema, asma, atelectasia
  - Neumonía

- Alteraciones de presiones
- Grandes alturas
  - Intoxicación por gases

### 3.3 CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA

Insuficiencia Respiratoria Hipercápnica

- Hipoxemia
- Hiperapnia
- Hiperventilación

### 3.4 VALORACIÓN

- Valoración del paciente mediante anamnesis.
- Valorar el nivel de conciencia (escala de Glasgow)
- Observar los signos y síntomas que presenta (cianosis, taquipnea, etc.)
- Tiraje respiratorio por musculatura
- Alteración del sistema nervioso central (irritabilidad, somnolencia, apatía, cefaleas, coma.)
- Ansiedad
- Movimientos respiratorios anormales
- Alteraciones cardiovasculares (taquicardia, HTA, bradicardia, hipotensión y shock)
- Valoración de las constantes vitales ( TA, FC, T<sup>a</sup>, FR, Sat O<sub>2</sub> )

### 3.5 ACTUACIONES DE ENFERMERÍA

- Tranquilizar al paciente
- Colocar en posición semisentado (Fowler) o sentado
- Administración de oxígeno (gafas nasales, ventimak, mascarilla reservorio, ventilación mecánica)
- Monitorización
- Aspirar secreciones
- Retirar cuerpo extraño si lo hubiera
- Retirar prótesis dental
- Canalizar vía periférica o vía central gafas nasales
- EKG
- Tener presente una posible parada respiratoria
- Administración de fármacos según la causa que produce insuficiencia respiratoria



- Broncodilatadores
  - Salbutamol
  - Aminofilina
- Diuréticos
- Aminofilina.
- Drogas vasoactivas
- Anticoagulación y/o fibrinólisis (E.A.P.)
- Antibióticos (Infecciones)
- Esteroides

- Control de constantes
- Colocación de una sonda uretral

## 4. DISNEA

### 4.1 DEFINICIÓN

Es un síntoma subjetivo donde el paciente siente una falta de aire, una sensación de ahogo. Tiene una respiración superficial, incomoda y dificultosa. Las causas que pueden producir Disnea son múltiples.

### 4.2 FISIOPATOLOGÍA

Se da la falta de aire por diferentes causas como:

- Ejercicio.
- Embarazo.
- Enfermedades pulmonares.
- Insuficiencia cardíaca.
- Hiperventilación aguda.

### 4.3 CLASIFICACIÓN

Según la New York Heart Association.

- Clase I: Ausencia de síntomas con la actividad cotidiana.
- Clase II: Síntomas con la actividad cotidiana.
- Clase III: Síntomas con escasa actividad.
- Clase IV: Síntomas en reposo.

### 4.4 VALORACIÓN

- Valoración mediante anamnesis.
- Valoración de las constantes vitales sobretodo Sat O<sub>2</sub>.
- Coloración de la piel y mucosas, cianosis.
- Sibilancias.
- Uso de los músculos accesorios y abdominales.
- Aleteo nasal.
- Tiraje.
- Sudoración.
- Piel fría y húmeda.
- Hiperventilación.
- Nivel de conciencia.
- Dificultad para hablar.
- Bradicardia.
- Hipotensión.

### 4.5 ACTUACIONES DE ENFERMERÍA

- Tranquilizar al paciente
- Oxigenoterapia → Ventimak o mascarilla reservorio y si precisa, ventilación mecánica
- Monitorizarlo.
- Toma de las constantes vitales.
- Canalizar vía periférica calibre grueso, N° 18.
- Posición Fowler.
- EKG.
- Administración del tratamiento prescrito según la patología.

## 5. EDEMA AGUDO DE PULMÓN (EAP)

### 5.1 DEFINICIÓN

Es el paso súbito del flujo capilar pulmonar hacia los pulmones, alvéolos, bronquios y bronquiolos, acumulándose el líquido y produciendo alteraciones respiratorias.

Requiere diagnóstico y tratamiento inmediato

### 5.2 CLASIFICACIÓN Y FISIOPATOLOGÍA

E. A. P. Cardiogénicos	}	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiencia ventricular izquierda.</li> <li>• Aumento presión en la aurícula izquierda.</li> <li>• Aumento de la presión pulmonar.</li> <li>• Causas:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• IAM.</li> <li>• Arritmias.</li> <li>• Shock cardiogénico.</li> </ul> </li> </ul>
E.A.P. No Cardiogénico	}	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obstrucción del sistema linfático</li> <li>• Alteración en la membrana alveolo capilar</li> <li>• Disminución de la presión osmótica plasmática</li> <li>Causas:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiencia Renal y Hepática.</li> <li>• Inhalación de gases irritantes.</li> <li>• Neumonía.</li> <li>• Shock séptico</li> <li>• Intoxicación → barbitúricos                           → opiáceos</li> </ul> </li> </ul>

### 5.3 VALORACIÓN

- Nivel de contaminación
- Respiración
- Actividad cardiovascular
- Signos y síntomas:

Cardiogénica	}	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación brusca</li> <li>• Cianosis distal</li> <li>• Piel pálida y húmeda</li> <li>• Desorientación</li> <li>• Crepitantes y sibilancias</li> <li>• Descenso tensión arterial y aumento de la frecuencia respiratoria</li> <li>• Espujo rosado y espumoso</li> <li>• Alteración en el EKG</li> </ul>
--------------	---	--

- No  
Cardiogénica
- Aumento frecuencia cardiaca y aumento frecuencia respiratoria.
  - Nerviosismo y confusión.
  - Sibilancias.
  - Espujo espumoso y poco denso.
  - Uso musculos accesorios.
  - Tiraje.

## 5.4 ACTUACIONES DE ENFERMERIA.

- Tranquilizar al paciente.
- Monitorización y pulsioxímetro.
- Administración oxigenoterapia: ventimak (alto flujo), Cipap, ventilación mecánica.
- Posición Fowler, sentado al borde de la cama con las piernas colgando flujos de oxígeno.
- Canalizar vía periférica y vía central si es posible (drum®).
- Colocación de sonda uretral.
- Administración tratamiento prescrito
  - Morfina: 1 a 3 mg IV.
  - Vasodilatadores (Nitroglicerina: 5mg/min.cada 3 o 5 min. Dosis máxima 100mg/min. Nitroprusiato: 1 amp de 5ml= 50 mg + 250 ml de S.G 5%).
  - Diureticos (Seguril®: de 40 a 60 mg IV lento en 1 o 2 min.).
  - Inotropicos (Digoxina®: 2 amp.+ 10cc de S.G 5% en 3 min. Repetir cada 4 u 8h).
  - Vasoactivos (Dopamina®: 2'5 a 20mg/Kg/min. en S.F o S.G 5%. Dobutamina®: 2'5 a 10mg/Kg/min. en S.Fo S.G 5%).
- EKG
- Tener presente una posible parada cardio respiratoria del paciente.
- Control de las constantes vitales, diuresis y respuesta del paciente al tratamiento en situ y a corto plazo.



Nota: En los pacientes con EAP es muy importante controlar la cantidad de líquidos que se le administra. NUNCA en exceso.

# 6. ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

## 6.1 DEFINICION

Es un síndrome que se caracteriza por la obstrucción crónica de las vías aéreas, dando lugar a una disminución del

flujo respiratorio durante la espiración, por lo que se limita la normal circulación del aire por las vías respiratorias.

## 6.2 FISIOPATOLOGIA.

Debido a una hipertrofia de las glándulas submucosas del aparato respiratorio, se da una hipersecreción de moco y por lo tanto un gran volumen de esputo que originan una inflamación del tejido, (todo esto acentuado con una gran variedad de factores de riesgo), se eleva el número de macrófagos alveolares, produciendo:

- Hiperplasia de células productoras de moco
- Hipertrofia del músculo liso
- Fibrosis
- Estenosis bronquiales
- Alteración de las vías aéreas, disminuyendo su elasticidad y el diámetro

## 6.3 CLASIFICACIÓN

El EPOC se agrupa en diferentes enfermedades:

- a) Enfisema pulmonar: Alteración destructiva de los alvéolos produciendo una dilatación anormal y atrapamiento del aire.
- b) Bronquitis crónica: Se caracteriza por una gran cantidad de mocos, presencia de tos y expectoración durante tres meses o más, todos los días o casi todos, en dos años consecutivos
- c) Bronquiectasias: Dilatación y destrucción irreversible de las bronquios.
- d) Asma: Estrechamiento de las vías aéreas debido a un proceso inflamatorio y edematoso.

## 6.4 VALORACIÓN GENERAL.

Anamnesis: Historial del paciente, antecedentes personales y familiares, tipo de trabajo....

- Nivel de conciencia
- Nivel de oxigenación
- Dificultad respiratoria
- Presencia de ruidos respiratorios, roncus, sibilancias....
- Color de la mucosa
- Presencia de tos, disnea o expectoración
- Temperatura corporal
- Dedos en palillos de tambor

## 6.5 ACTUACIONES DE ENFERMERÍA

- Colocar al paciente en posición Fowler
- Asegurar una buena oxigenación; En los pacientes con EPOC la hipoxia estimula el centro respiratorio, por lo que **NO** se debe de administrar altas concentraciones de Oxígeno (O<sub>2</sub>); mantener una Fi O<sub>2</sub> del 28%

- Tener preparado el material para intubar y ventilación mecánica.
- Monitorización y control de constantes.
- Canalizar una vía periférica.
- EKG.
- Administración de bronco-dilatadores según orden medica:
  - Salbutamol ( Nebulizador; 10 mg al 0'5% en 2 ml cada 20 min hasta 3 dosis.
  - IV; 0'25 a 0'50 mg en 10 ml en S.F, 1 ml/min.).
  - Atrovent; 10 inhalaciones en una hora.
- Evacuar secreciones:
  - Aspiración.
  - Drenaje postural.
  - Percusión en tórax.
- Evitar medicamentos depresores del centro respiratorio.
- Asegurar la comodidad del paciente.
- Vigilar posibles complicaciones durante el traslado del paciente a un centro hospitalario:
  - Cianosis.
  - Intranquilidad.
  - Confusión.
  - Taquicardia.



ambu

## 7. NEUMOTÓRAX

### 7.1 DEFINICIÓN

Es la presencia de una acumulación de aire o gases en la cavidad pleural (capa sedosa que rodea a los pulmones) y que provoca un colapso pulmonar.

### 7.2 CLASIFICACIÓN

- Neumotórax.
    - Yatrogénicas.
    - A tensión.
    - Espontáneo.
      - Primario.
      - Secundario.
    - Traumático.
      - Abierto.
      - Cerrado.
- a) Neumotórax Espontáneo: Producido por la rotura de flictena o ampollas pleurales.
- Primario:
    - No antecedentes pulmonares.
    - Radiografía de tórax.

- Secundario:
    - Enfermedad pulmonar existente.
    - Radiografía de tórax.
- b) Neumotórax Traumáticos: Traumatismos torácicos penetrantes o no.
- Abiertos: Entre la pleura y el exterior existe comunicación.
  - Cerrados: No hay comunicación entre la pleura y el exterior.
- c) Neumotórax a tensión: El aire se acumula en el espacio pleural con cada inspiración, haciendo presión sobre el pulmón y comprimiendo al corazón.
- d) Neumotórax Yatrogénico: Debido a una mala praxis del profesional en la canalización de vías centrales o en toracocentesis.

### 7.3 FISIOPATOLOGÍA

Debido a la presencia de aire o líquido en la cavidad pleural, los pulmones no se pueden expandir de forma normal para una correcta oxigenación produciendo una alteración en el intercambio gaseoso.

### 7.4 VALORACIÓN GENERAL

- Valoración de las constantes vitales.
- Coloración de las mucosas.
- Dolor u opresión torácica que empeora al respirar o toser.
- Valoración del tipo de disnea.
- Tos seca y/o expectoración.
- Disminución de movimiento de la pared torácica.
- Valoración de la respiración y frecuencia.
- Fatiga, ansiedad, estrés.
- Aleteo nasal.

**Nota:** Los síntomas aparecen de forma súbita y en reposo.

### 7.5 ACTUACIONES DE ENFERMERÍA

- Tranquilizar al paciente.
- Posición de Fowler.
- Administración de oxigenoterapia.
- Canalización de vía periférica.
- Administración de tratamiento prescrito.
- Colaborar con el medico en la realización de una toracocentesis y preparar el material necesario mascarilla reservorio.
- Vigilar el drenaje torácico.
- Vigilar cualquier complicación.



mascarilla reservorio

## 8. BRONCOESPASMO

### 8.1 DEFINICIÓN

Es una contracción repentina e irreversible de forma espontánea del tracto respiratorio e impide la entrada del aire.

### 8.2 CLASIFICACIONES.

- Causas tóxicas:
  - Gases irritantes.
  - Drogas betabloqueantes.
  - Polvo.
  - Aspiración de hidrocarburos.
  - Humo.
  - Vapores metálicos.
- Causas no tóxicas:
  - Asma.
  - Anafilaxia.

### 8.3 VALORACIÓN GENERAL

- Disminución de los niveles de oxígeno.
- Valoración de las constantes (aumento de la frecuencia cardíaca y disminución de la saturación de oxígeno).
- Dificultad para hablar y respirar.
- Disnea.
- Sensación de ahogo.
- Ansiedad.
- Coloración de las mucosas.
- Tos.

### 8.4 ACTUACIONES DE ENFERMERÍA

- Tranquilizar al paciente
- Administración de oxigenoterapia.
- Preparar para intubación
- Canalización de una vía periférica.
- Monitorización y valoración de las constantes palas de intubación.
- Administración de broncodilatadores y corticoides:
  - Salbutamol (Nebulizador; 10 mg al 0'5% en 2 ml cada 20 min hasta 3 dosis. IV; 0'25 a 0'50 mg en 10 ml en S.F, 1 ml/min ).
  - Aminofilina; 6 a 9 mg/Kg/h en S.F o S.G 5%.
  - Hidrocortisona; 200 a 300 mg cada 4 o 6 h.
  - Prednisolona; 40 mg cada 4 o 6 h.



palas de intubación



tubos endotraqueales

- Posición de Fowler.
- Vigilar las posibles complicaciones y evolución del paciente.

## 9. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

### 9.1 DEFINICIÓN

Obstrucción parcial o completa del flujo sanguíneo en la arteria pulmonar, debido al estancamiento de un trombo procedente de cualquier parte del sistema venoso.

### 9.2 FISIOPATOLOGÍA

Se deposita un trombo en uno de los vasos de la arteria pulmonar y esta se obstruye impidiendo el paso de la sangre para dejar el CO<sub>2</sub> y coger el O<sub>2</sub>, es decir, no se puede realizar el intercambio gaseoso aunque este llegando aire inspirado.

### 9.3 VALORACIÓN GENERAL

Es frecuente que sea una enfermedad silenciosa, que aparece de forma brusca en los tromboembolismos masivos. Pero en ocasiones se pueden observar los siguientes síntomas:

- Disnea y cianosis. Sensación de ahogo.
- Dolor en el pecho o en un costado.
- Espujo rosado y espumoso.
- Palpitaciones.
- Sincope y shock.
- Taquipnea.
- Ansiedad.
- Fiebre.
- Sudoración.
- Tos.
- Tiraje.

### 9.4 ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Tranquilizar al paciente.
- Posición de Fowler o SemiFowler.
- Administración de oxigenoterapia, según estado.
- Canalizar una vía periférica.
- Administración de tratamiento adecuado:
  - Anticoagulantes Heparina de bajo peso molecular: Tinzaparina 175Ui/Kg/ día. Enoxaparina 1 mg/Kg/ cada 12h. Heparina no fraccionada, bolo inicial de 80Ui/Kg, seguido de una perfusión de 18Ui/Kg/h.
  - Fibrinolíticos Estreptoquinasa; bolo de 250.000Ui 3n 30 min seguido de una perfusión de 100.000Ui en 24h. Uroquinasa; bolo inicial de 4.400Ui/Kg en 10 min seguido de una perfusión de 4.400Ui/Kg/h en 24h. RTPA; 100 mg a pasar en 2 h, dosis única.

- Monitorización del paciente y control de las constantes.
- Maniobra de RCP básica o avanzada en caso de que fuese necesario.
- EKG.
- Traslado del paciente lo antes posible a un centro hospitalario, una vez estabilizado.

## DETALLES A TENER EN CUENTA ANTE UNA ALTERACIÓN RESPIRATORIA

Durante el traslado:

- Asegurar la comodidad del paciente.
- Taparlos con sábanas o mantas.
- Apagar la luz si le molesta.
- Colocar adecuadamente los sueros, el monitor y el material en general.
- Comentarle el porqué se pone la sirena (el ruido puede crearle ansiedad).
- Decirle que si tiene alguna duda o problema que no dude en comunicarlo.
- Comunicar a la familia centro hospitalario al que se va a trasladar al paciente.

Escala de Dosificación de las Gafas Nasaes:

- 2 lpm = 28%
- 4 lpm = 33%
- 6-8 lpm = 40%
- 9-12 lpm = 50%

Todo paciente con un problema respiratorio que se vaya a atender en su domicilio, calle o lugar público es muy importante tener en cuenta los siguientes detalles:

- Es muy importante el entorno donde se encuentra el paciente y donde se le asiste. Tiene que ser un entorno tranquilo, sin ruido ni gente alrededor, que esté bien ventilado, un ambiente con aire. A este tipo de pacientes les alivia mucho el sentir el aire en su cara y tener espacios abiertos.
- Lo más frecuente es ansiedad, sensación de ahogo y de muerte inminente, por lo que es muy importante también, tranquilizarles, hablarles y decirles que se le está poniendo tratamiento, y que en pocos minutos se sentirá y se pondrá mejor.
- Es muy importante quitarle las ropas que le estén oprimiendo, como desabrochar camisas, sujetadores, fajas, etc....
- Parámetros a tener en cuenta;

Ventilación:

- Volumen minuto <12l
- Fr. Respiratoria >10 <35 por minuto
- VC >5 ml/Kg
- CV > 12ml/Kg
- VT = 10 ml/Kg

Escala de Dosificación del ventimak:

- 24% → 3 lpm
- 26% → 4 lpm
- 28% → 4 lpm
- 31% → 8 lpm
- 35% → 10 lpm
- 40% → 12 lpm
- 50% → 12/15 lpm

## 10. CONCLUSIONES

Lo que hemos querido dar a entender son las principales y las primeras actuaciones que hay que realizar para poder estabilizar a un paciente con alteración respiratoria y así poder trasladarlo a un centro hospitalario para que continúen con sus cuidados.

Hay a veces que se desarrollan actividades que no son propias de hacer en una extrahospitalaria y que pueden esperar.

Se puede encontrar en el mercado otras publicaciones sobre este tema en general, pero desde mi punto de vista este artículo está desarrollado muy claramente paso por paso y exclusivamente para enfermería en extrahospitalaria.

Se podría seguir profundizando más en este tema y hacer una relación y un seguimiento del paciente desde la extrahospitalaria pasando por urgencias y observación hasta que quede estabilizado en alguna unidad.

## 11. BIBLIOGRAFIA

1. Romero-Nieva Lozano, J. y Duque del Río, MC. *Guía de intervención rápida de Enfermería en situaciones urgentes*. Madrid: Ediciones DAE. 2.002
2. Abizanda Campos, R y otros. *Manual de soporte vital avanzado*. Barcelona: 2.002
3. Valenzuela Rodríguez A. J. *Guía de intervención rápida de enfermería en farmacología*. Madrid: Ediciones DAE S. L. 2002
4. Bárcena Amigo, F y otros. *Guía farmacoterapéutica 061*. Cantabria: 2.002
5. Piriz Campos, R y De la Fuentes Ramos, M. *Enfermería Médico Quirúrgica*. Madrid: Ediciones DAE. 2.001
6. Rovira Gil, E. *Urgencias en Enfermería*. Madrid: Ediciones DAE. 2.002
7. [http://www.separ.es/separmir/actualizaciones/insuficiencia/insuficiencia\\_respiratoria/](http://www.separ.es/separmir/actualizaciones/insuficiencia/insuficiencia_respiratoria/)
8. <http://www.es.geocities.com/simplex59/edemaagudodepulmon.html>
9. <http://www.paraquestesbien.com.mx/hombre/torax/corazon/corazon22.htm>
10. <http://www.cfnavarra.es/bif/boletines/13/1304.htm>
11. Barranco Ruiz, F., Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos, capítulo 2.8 Tromboembolismo pulmonar agudo, <http://www.uninet.edu/tratado/c020803.html>
12. <http://www.salud.discapnet.es/enclopedia/t/tromboembolismo+pulmonar.htm>
13. <http://www.escuela.med.puc.cl/boletin/tromboembolismo/tromboembolismopulmonar>
14. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000100.htm>
15. Díez García, R., Neumotorax en niños, <http://www.saludinfantil.com/neumotorax.htm>
16. <http://www.viasalus.com/vs/b2c/cn/enciclopedia/esp/ency/article/000087.jsp>
17. <http://www.tuotromedico.com/temas/neumotorax.htm>
18. [http://www.escuela.med.puc.cl/pagina/publicaciones/patolquir/patolquir\\_009.html](http://www.escuela.med.puc.cl/pagina/publicaciones/patolquir/patolquir_009.html)
19. [http://www.intox.org/databank/documents/treats/trt13\\_s.html](http://www.intox.org/databank/documents/treats/trt13_s.html)
- Ravindra, F., Broncoespasmos, <http://www.intox.org/pagesource/treatment/portugese/broncoespasmo.htm>
20. Guillermo Buguedo, T., Fisiología respiratoria y ventilación mecánica en el paciente neuroquirúrgico, <http://www.encolombia.com/medicina/neumologia/neumsupl/1997-recomend.htm>
21. [http://anestesiaweb.ens.uabc.mx/articulos/residentes/fisiologia\\_ventilacion\\_mecanica\\_paciente.htm](http://anestesiaweb.ens.uabc.mx/articulos/residentes/fisiologia_ventilacion_mecanica_paciente.htm)
22. Nauffal Manzor, D. Y otros, Diagnóstico y tratamiento del tromboembolismo pulmonar emodinámicamente inestable, [http://www.neumomadrid.org/pdfs/trombo\\_09.pdf](http://www.neumomadrid.org/pdfs/trombo_09.pdf)
23. Ruiz Manzano, J. Y otros, Tratamiento médico del tromboembolismo pulmonar, [http://www.neumomadrid.org/pdfs/trombo\\_08.pdf](http://www.neumomadrid.org/pdfs/trombo_08.pdf)

# Evaluación de hábitos alimentarios en escolares de 5º de ESO de tres municipios de Sevilla

- Olimpia Camacho Romero<sup>1</sup>
- Montserrat Montero Sánchez<sup>2</sup>
- Nuria Galán Páez<sup>3</sup>
- Fco. Javier Soriano Vilanova<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Diplomada en Enfermería. Unidad de Traumatología. Hospital San Juan de Dios (Aljarafe).

<sup>2</sup>Diplomada en Enfermería. Centro Periférico. Atención Primaria. Clínica Sagrado Corazón de Sevilla.

<sup>3</sup>Diplomada en Enfermería. Unidad de Pediatría. Clínica de Fátima. Sevilla.

<sup>4</sup>Diplomado en Enfermería. Unidad de Pediatría. Clínica de Fátima. Sevilla.

## RESUMEN

La obesidad infantil se considera una de las epidemias del siglo XXI. Conscientes de este hecho hacemos en este trabajo, una valoración de la nutrición infantil en nuestro entorno. Se llevo a cabo un estudio descriptivo transversal mediante la aplicación de un cuestionario a un grupo de 118 padres de diversos colegios. Como conclusión podemos deducir por el análisis general de los resultados obtenidos, que la dieta que siguen los niños, en cuestión, no es una dieta equilibrada, considerando el aporte de verduras y pescado muy deficitario, así como, el importe diario para golosinas es excesivo.

## SUMMARY

Children's obesity is considered one of 20th century epidemics. Conscious of this fact, we have assessed child nutrition in our environment. It was carried out a transverse descriptive survey with the application of a questionnaire to a group of 118 parents from several schools. To conclude, from the general analysis of the results achieved, we can deduce that children's diet in question is not a well-balanced one, considering vegetables and fish provision very negative, whereas the daily amount for candies is excessive.

### PALABRAS CLAVE

- Obesidad infantil
- Dieta alimenticia
- Nutrición infantil
- Hábitos alimenticios

### KEY WORDS

- Children's obesity
- Diet
- Children's nutrition
- Eating habits

## INTRODUCCIÓN

La obesidad es considerada en numerosas publicaciones científicas como una de las grandes epidemias del siglo XXI. La tasa de obesidad en niños, definida por la presencia de un peso corporal mayor a lo esperado,

de acuerdo a su estatura, está creciendo a una velocidad alarmante.

De acuerdo a los estudio más recientes realizados por la "Encuesta Nacional de Salud y Nutrición", el 22% de los niños son clasificados como obesos, a diferencia del 15% de hace 10 años.

Unas correctas normas nutricionales entre el primer año de vida y los 18 años de edad son fundamentales, no solo, para el crecimiento, la maduración y el óptimo estado de salud, sino para el establecimiento de los futuros hábitos dietéticos. El conocimiento de unas buenas normas dietéticas en

el niño, en el seno familiar y en los educadores, debe ser una práctica que se debe fomentar, ya que desde la infancia errores en la alimentación pueden tener implicaciones en la edad adulta.

Definimos la obesidad como:

- Peso corporal superior a un 20% del peso ideal en las tablas.
- La razón peso talla excede el percentil 90 – 95.

Es labor de la Enfermería informar acerca de este problema para lograr una concienciación social y conseguir establecer unas normas nutricionales, tanto en el ámbito familiar como social. De esta forma se ayudaría a evitar o por lo menos reducir las enfermedades, no sólo infantiles, sino también su repercusión en la vida adulta.

## OBJETIVOS

- 1 Determinar el tipo de dieta que siguen los niños en nuestro entorno.
- 2 Valoración de la dieta actual.

## MATERIAL Y METODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal mediante la aplicación de un cuestionario a un grupo de 118 padres de alumnos de diversos colegios. El ámbito de nuestro estudio comprendía los colegios Giner de los Ríos (La Algaba), Colegio Carmen Iturbide (Gines), Colegio Andrés Bernaldez (Los Palacios y Villafranca). La población objeto fueron los niños de dos clases de 5º de primaria de cada colegio, elegidos al azar. Los alumnos de estas escuelas eran tanto de ámbito urbano como rural y de diversas clases sociales.

Elaboramos por consenso una entrevista de nutrición infantil, que debían rellenar los padres de los niños objeto del estudio. El cuestionario recogía las variables de:

- Edad
- Sexo
- Profesión
- Conocimiento previo sobre nutrición
- Frecuencia en la toma de los distintos grupos de alimentos
- Peso
- Talla
- Sexo del niño

También se preguntó sobre la influencia de la “comida rápida” en la dieta habitual, así como, el gasto semanal destinado a golosinas. (ANEXO 1)

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El porcentaje de respuesta de los padres al cuestionario fue de un 72%.

La edad media de los padres encuestados osciló entre 30 y 40 años, siendo en su gran mayoría, 85%, mujeres.

La profesión más destacada fue la de ama de casa con un 82%.

Con respecto al conocimiento previo sobre nutrición, aunque un 53% ve programas relacionados con la nutrición, sólo el 7% había realizado algún curso sobre alimentación.

Un 85% de los encuestados afirman que sus hijos hacen 4 comidas al día, dato que coincide con la recomendación O.M.S. respecto a esta cuestión. Analizando uno a uno cada grupo alimentario, cabe destacar los siguientes datos:

- El 19% de los niños no comen nada de verduras a la semana y el 63% sólo la comen 1 ó 2 veces en semana, dato realmente preocu-

pante ya que se debe asegurar una cantidad de hidratos de carbono de cadena larga y fibra mediante el consumo de verduras y hortalizas.

- Frente a estos datos un 58% come al día de 1 a 2 piezas de fruta y un 24% no come nada de fruta.
- Estando en el mismo escalón de la pirámide alimenticia, el consumo de carne 3 o más veces a la semana es más del triple que el consumo de pescado, lo que nos rebela que el consumo de proteína animal es casi exclusivo procedente de la carne.
- Siendo las legumbres, la pasta y los cereales la base de la pirámide alimenticia nos encontramos que un 66% sólo comen legumbres 1 ó 2 veces a la semana, frente a un 32% que sí la comen 3 o más veces a la semana. Con respecto a la pasta y cereales el 76% la comen de 1 a 2 veces a la semana, cantidad considerablemente baja dada su posición en la pirámide.
- Con respecto a los productos lácteos, queremos destacar el hecho de que un 7% no tomen nada al día. Se hicieron tres preguntas concretas sobre los siguientes temas:
  - La denominada “comida basura”.
  - Importe que gasta el niño semanalmente en golosinas.
  - Qué tipos de alimentos se lleva el niño al recreo escolar.

Con respecto a la primera hay un 72% que afirman que nunca va a este tipo de establecimientos. Frente a un 4% que va una vez o más a la semana.

En cuanto al importe empleado en golosinas cabe destacar que un 24%

gasta de 0.30 a 1 euro al día y un 50% que gasta de 10 a 30 céntimos al día.

En la tercera pregunta nos sorprendió el resultado ya que un 84% de los encuestados llevaban para el recreo bocadillo y zumo y sólo un 5% consume dulces en ese momento.

Hay que asumir la posible contaminación de las respuestas obtenidas en las encuestas.

## CONCLUSIÓN

En conclusión, en nuestro estudio se ha observado que la persona encargada de la alimentación familiar sigue, en su mayoría, el modelo tradicional

de mujer y ama de casa. Con este resultado no debería influir en nuestro estudio el factor de incorporación de la mujer al mundo laboral. A pesar de este hecho podemos deducir por el análisis general de los resultados obtenidos, que la dieta que siguen los niños objeto de la encuesta, no es una dieta equilibrada. Las principales deficiencias se encuentran en un aporte insuficiente de hidratos de carbono; elemento básico de cualquier dieta y de vitaminas y minerales a través de las verduras, aunque quizás éste hecho se vea compensado por el aporte de fruta que es el adecuado. En cuanto al grupo de las proteínas, observamos un exceso de aporte, sobre todo, los relacionados con productos de origen animal, principalmente la carne. En relación con los productos lácteos, debemos comentar que se encuentran en la

dieta en su aporte adecuado. Asimismo, observamos que el importe diario destinado a golosinas es excesivo ya que éstas aportan sólo “calorías vacías” lo que se traduciría en un futuro en problemas de salud tales como caries, diabetes, obesidad, etc. En contraste a nuestra idea previa sobre la “comida basura” nos sorprendió que más de la mitad de las familias no acudan nunca a establecimientos de este tipo, y las que acuden lo hagan sólo esporádicamente. Igualmente, nos sorprendió el hecho de que la mayoría se llevan al recreo bocadillos y zumos en lugar de bollería industrial. En el presente trabajo no se indagó acerca de la obesidad infantil, por lo tanto no se puede establecer como comparación con los datos obtenidos en el estudio anteriormente citado.

### FE DE ERRATA

En la revista HYGIA nº 60. En el artículo Uso de Antiséptico Iodados en recién nacidos, gestantes y lactantes, pág. 39, por error se puso: ■ **Fco. Javier Mejías Montaño.**

Debe decir: ■ **Fco. Manuel Mejías Montaño.**

## ANEXO I

### ENCUESTA SOBRE NUTRICION INFANTIL

**Somos un grupo de Diplomados en Enfermería que estamos realizando un trabajo de investigación acerca de la nutrición infantil. Por ello les hacemos llegar estas encuestas agradeciéndoles de antemano su colaboración. Reciban un cordial saludo. Gracias. Por favor señalen con un círculo alrededor de la respuesta afirmativa.**

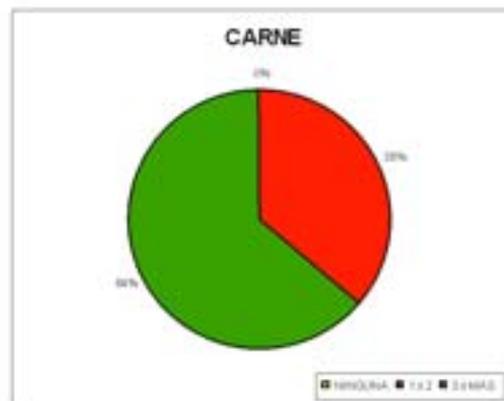
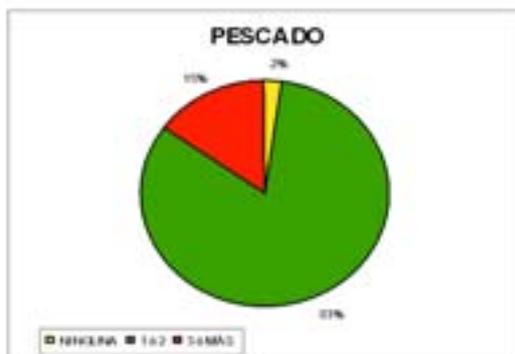
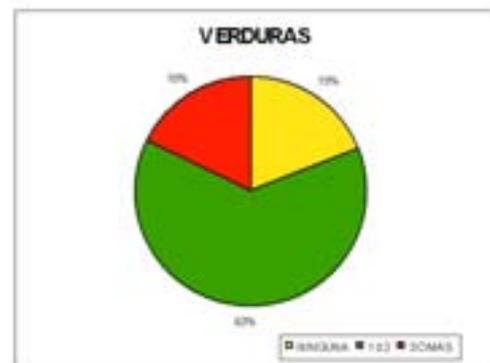
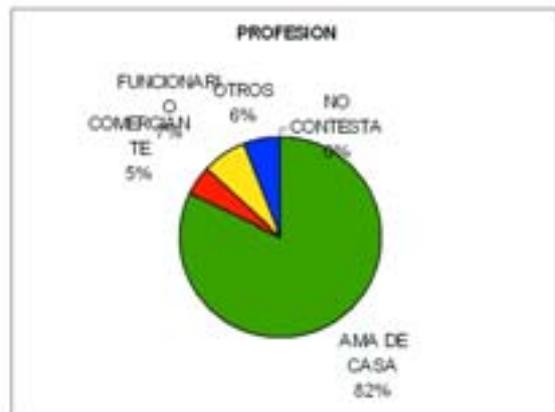
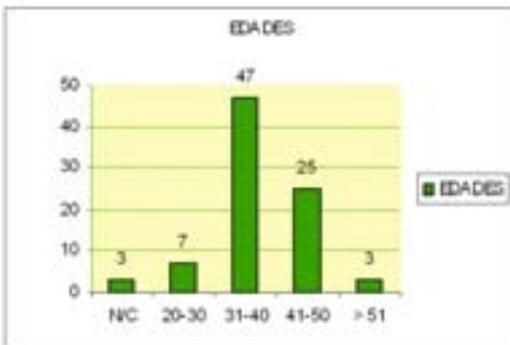
Edad: 20-30    30-40    40-50    >50

Sexo:                                  Hombre                                  Mujer

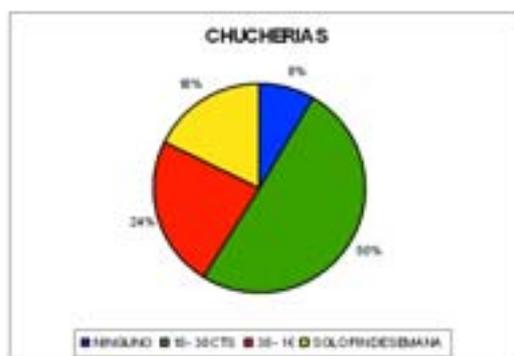
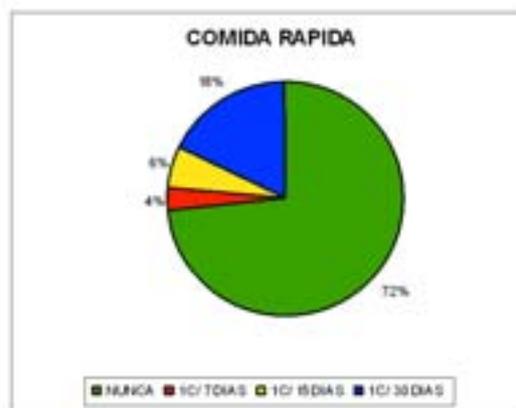
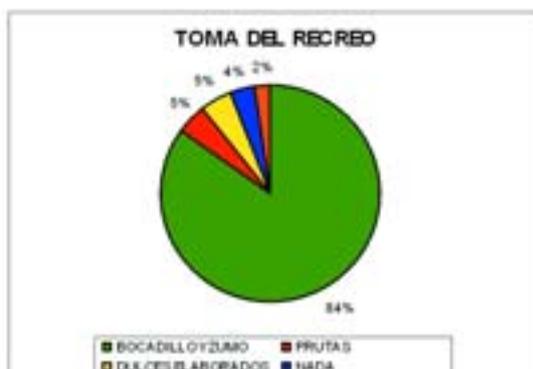
Profesión: \_\_\_\_\_.

- |   |       |   |
|---|-------|---|
| 1.- ¿Ha realizado algún curso sobre alimentación?                                     | SI    | NO  |
| 2.- ¿Es asiduo a los programas relacionados con la alimentación?                      | SI    | NO  |
| 3.- ¿Cuántas comidas hace al día su hijo?   | 3     | 4      5 ó más  |
| 4.- ¿Cuántas veces a la semana come su hijo verdura?                                  | 0     | 1-2      3 ó más  |
| 5.- ¿Cuántas veces a la semana come su hijo pescado?                                  | 0     | 1-2      3 ó más  |
| 6.- ¿Cuántas veces a la semana come su hijo legumbres?                                | 0     | 1-2      3 ó más  |
| 7.- ¿Cuántas veces a la semana come su hijo carne?                                    | 0     | 1-2      3 ó más  |
| 8.- ¿Cuántas piezas de frutas se come su hijo al día?                                 | 0     | 1-2      3 ó más  |
| 9.- ¿Cuántas veces al día consume su hijo productos lácteos?                          | 0     | 1-2      3 ó más  |
| 10.- ¿Qué toma su hijo habitualmente su hijo en el recreo? _____                      |       |   |
| 11.- ¿Con qué frecuencia acuden a establecimientos de comida rápida?                  |       |   |
|   | Nunca | 1 al mes      cada 15 días      1 ó más veces a la semana |
| 12.- Indique el importe aproximado en chucherías que gasta su hijo al día. ____Euros. |       |   |
| 13.- Peso de su hijo. _____ Kg.   |       |   |
| 14.- Altura de su hijo _____ m.   |       |   |

ANEXO II  
TABLAS DE RESULTADO



## ■ Evaluación de hábitos alimentarios en escolares de 5º de ESO de tres municipios de Sevilla



## BIBLIOGRAFIA

- Wong, Donna L y Whaley, Lucille F. Manual clínico de **enfermería pediátrica**. Barcelona [etc.] 1993. XIV, 614 p. Manual.
- Rizo, M y Cortés, E. Resultados obtenidos por enfermería pediátrica en un programa de atención primaria en nutrición. *Enferm Científ.* 1990 mar. 96:32-35. Original, artículo.
- Informe sobre el colesterol. *Pediatrics.* 1992 sep. 90(3):162-167. Informe técnico.
- Reeder, Sharon J.; Martin Leonide L.; Koniak Deborah. *Enfermería materno-infantil*. Interamericana-Mc Graw Hill. Méjico, 1995.
- Feliú Roig, Francisco Mellado Pastor, M Carmen y Ferrero Morán, Remedios. Valoración nutricional. Granada. 1996. Pp. 265-276. Capítulo.
- González Carrión, Pilar. *Nutrición en el niño sano*. Granada. 1996. Pp. 201-212. Capítulo.
- Alimentación: educación para la salud en centros escolares. Sevilla. 1990. 52 p. Monografía.
- Cao Torija, M. J.; *Nutrición y Dietética*. Ed. Masson. Barcelona 2003.
- Aguilar Cordero, M.J.; (dirección): *Tratado de enfermería: cuidados pediátricos*. Elsevier Science. Madrid 2003.
- Ruiz Gnzález, M.D.; Martínez Barellas, M. R.; González Carrión, P.: *Enfermería del niño y adolescentes*. DAE. Madrid 2001.



Contrate la **TARJETA PREMIER** y compre ahora con un **10%** de descuento\*.

compre todo lo que que quiera

\* y un **10%** más.



**10%** de descuento en sus compras en tiendas de ropa, zapaterías, material deportivo...



**10%** de descuento en sus viajes de esquí, la escapada de fin de semana, el viaje al Caribe, el fascinante Oriente...



**10%** de descuento en sus viajes de avión.



**10%** de descuento en alquiler de coches.



Tfno.: 954 93 28 80

[www.cajamadrid.es](http://www.cajamadrid.es)

\*Promoción válida del 1 de enero al 31 de marzo de 2006, para nuevas contrataciones durante el mes de alta y el siguiente, para compras en el territorio nacional en los sectores de actividad de ropa, zapaterías, agencias de viajes, hoteles, líneas aéreas y alquiler de coches. Consulte detalle de sectores en su Oficina y en [www.cajamadrid.es](http://www.cajamadrid.es).

# XXII

## Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla



Luis Ramos Araujo

### PREMIOS

**PRIMERO: 3.600 Euros**

**SEGUNDO: 1.800 Euros**

**TERCERO: 1.200 Euros**

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

#### BASES

- 1º. **DENOMINACIÓN:** Título "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- 2º. **OBJETO:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, inéditos, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo.
- 3º. **DOTACIÓN:** La dotación económica será de **3.600 Euros** (600.000 pesetas) para el trabajo premiado en primer lugar; **1.800 Euros** (300.000 pesetas) para el trabajo premiado en segundo lugar y **1.200 Euros** (200.000 pesetas) para el premiado en tercer lugar.
- 4º. **PRESENTACIÓN:** Los trabajos que opten a este certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada convocatoria anual marque, tendrán limitación de espacio y acompañarán Bibliografía. Se presentarán por triplicado en tamaño D.I.N. A-4, mecanografiado a doble espacio por una sola cara y encuadernados. Incluirán en separata un resumen de los mismos, no superior a dos páginas.
- 5º. **CONCURSANTES:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de A.T.S. o D.E. y que se encuentren colegiados.
- 6º. **JURADO:** Será Presidente del jurado el del Colegio de Enfermería de Sevilla o persona en quien delegue. Seis vocales, cada uno de los cuales corresponderá: al Colegio de Sevilla; Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; tres Vocales del profesorado de las Escuelas Universitarias de Enfermería y uno de entre los responsables de las Unidades 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.
- 7º. **INCIDENCIAS:** El hecho de participar en este certamen supone la aceptación de las presentes bases.
- 8º. **DECISIÓN DEL JURADO:** Los concursantes, por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial contra el fallo del jurado, que será inapelable. Los premios no podrán quedar desiertos ni ser compartidos entre dos o más trabajos.
- 9º. **DOCUMENTACIÓN:** Los trabajos serán remitidos por correo certificado con acuse de recibo o cualquier otra empresa de cartería al Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla Avda. Ramón y Cajal, nº 20-Acc. (41005-Sevilla), en sobre cerrado con la indicación "XXII CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA CIUDAD DE SEVILLA". No llevarán remite ni ningún otro dato de identificación.  
En su interior incluirán: el trabajo conforme se indica en el punto 4º de estas bases, firmado con seudónimo; sobre cerrado, identificado con el mismo seudónimo incluyendo nombre y dirección completa del autor o autores, teléfono de contacto del 1º firmante, certificado de colegiación reciente y curriculum vitae de la totalidad del equipo, si lo hubiere.  
Los trabajos presentados omitirán obligatoriamente referencias a localidad, centro o cualquier otro apartado, que pudiera inducir a los miembros del jurado a la identificación, antes de la apertura de las plicas, de la procedencia o autores de los mismos.
- 10º. **PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:** Los trabajos que se presentan en el Certamen quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo, habrá de hacerse mención 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 "XXII Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- 11º. **TITULAR DEL PREMIO:** Será Titular del importe de los premios quien a parezca como único o primer firmante del trabajo.  
**Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el 31 de octubre de 2006.** 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 2006.

#### PREMIOS 2005

- 1º Premio. Yolanda Galafate Andrades (Sevilla)
- 2º Premio. Esperanza B. García Navarro (Huelva)
- 3º Premio. José Carlos Bellido Vallejo (Jaén)



ILUSTRE COLEGIO  
OFICIAL DE  
ENFERMERÍA  
DE SEVILLA

141 Años avanzando con la Profesión

Patrocina

